



Berlins unabhängige  
Zahnärzte e.V.



FORUM  
90

26. Jahrgang, März 2007

Von Zahnärzten für Zahnärzte

# 90 und kein bisschen leise

Streit ums  
Qualitäts-  
management

Zunehmende  
Degeneration der  
Körperschaften

Einladung  
zur DAZ & VDZM  
Frühjahrstagung

[www.daz-web.de](http://www.daz-web.de)



# Dental Museum

---

## Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

An die einhundert Einzelbibliotheken aus Universitäten, von Sammlern und Museen, Archivbibliotheken von Firmen und sehr viele Privatbibliotheken befinden sich im Bestand des Dental Museums. Dieser Bestand erweitert sich ständig und stellt die umfangreichste Referenzbibliothek der Zahnheilkunde dar, die weltweit ihres gleichen sucht und daher zwingend erhalten werden muss.

**Dentalmuseum**

**Im Park 9b**

**04680 Zschadraß**

# Qualitätsmanagement ist jetzt Pflicht!

## Projekt Qualitätssicherung des DAZ

Wir orientieren uns an der Betreuungsqualität für den Patienten

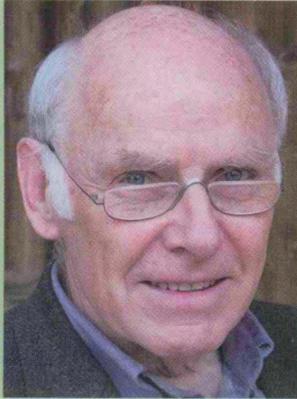
konstruktiv – kritisch – kollegial



Ist Ihre Praxis schon dabei?  
Beim DAZ-Projekt Qualitätssicherung?

Hier erhalten Sie alle Informationen:

Dr. Peter Nachtweh  
Kaiserdamm 97  
14057 Berlin  
Tel. 030/302 30 10  
Fax 030/325 56 10  
[pnachtweh@t-online.de](mailto:pnachtweh@t-online.de)



# Editorial

## Keine Angst!

Sehr geehrte Leser/innen!

Nun ist es also durch, das „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“, von Ministerin Schmidt und den Abgeordneten griffigerweise als Gesundheitsreform verkündet, ein Hohlwort, das aber wohl suggerieren soll, man habe damit etwas für die Gesundheit der Bürger getan. Nichts davon – es ging weder um Fragen der Gesundheit noch um Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten, weder um Unterstützung gesunder oder gesundheitsfördernder Maßnahmen und auch nicht einmal um ein Rauchverbot à la Italien oder Frankreich. Auch die endgültige Zulassung für fluoridiertes Speisesalz, das real Zahnschäden verhindert, ohne Staat und Krankenkassen einen Cent zu kosten, steht seit 15 Jahren noch immer aus. Stattdessen also jetzt das GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz, das u.a. bestimmt, dass Zusatzbeiträge von Arbeitnehmern zum Gesundheitsfonds ab 8 Euro auf 1% vom Einkommen beschränkt werden – alles klar?

Die SZ berichtet, keiner der zustimmenden Abgeordneten habe nach dem Sieg geklatscht – ein Novum. Noch nie war das Parlament, waren alle Parteien so zerstritten und ratlos. Der einzig konstant militanten Ministerin stehen Parlamentarier gegenüber, die sich „belogen, getäuscht und ausgetrickst“ fühlen (Abgeordn. Wodarg).

Wenn ich richtig mitgezählt habe, ist dies die sechste Reform innerhalb von 20 Jahren, und alle, die von der Materie etwas verstehen, sind sicher, dass sie niemandes Gesundheit verbessert, niemandem die Arbeit erleichtert und nichts billiger gemacht haben, am wenigsten für die Sozialversicherten, die – noch als Folge der letzten Reform – das Jahr 2007 mit einer Beitragserhöhung beginnen. Und die Krankenkassenbürokratie wird noch einmal

aufgestockt: Wenn ich das der Patientin erzähle, die mir gestern ihre 23 (!) Formulare für die Abrechnung einer einzelnen Krone zeigte (Papiere vom Zahnarzt, Zahntechniker, BEK und Zusatzversicherung), wird sie mir mit gewissem Recht die Psychiatrie androhen. Aber dieser Irrsinn liegt ja nicht an mir, sondern hat sich aus dem kollektiven Misstrauen gegen alle „Leistungsanbieter“ entwickelt, den Frau Schmidt mit ihren Verweisen auf die geldgierigen Lobbyisten noch bewusst geschürt hat. Schließlich versteht sie das Gesetz als Instrument zur Transparenz und zum Schutz der Patienten vor der raffgierigen Ärzteschaft, weshalb diese auch kaum gefragt wurde, wie man

**„Es muss früher oder später der wunde Punkt eintreten, wo wir von der Last der Schreibung und besonders der subalternen Bürokratie erdrückt werden.“**

*Bismarck: Erinnerungen 1898*

die Bestimmungen in der täglichen Praxis realisieren kann.

Trotzdem: Raufen Sie sich nicht die Haare, weder in Ihrer Praxis noch auf einer Demonstration (schaut sowieso kaum jemand hin). Besinnen Sie sich auf Ihre Stärken, auf das, was Ihnen niemand nehmen kann: Ihre ärztliche Kompetenz, Ihre Zuwendungsbereitschaft zu

**Redaktionsschluss für Forum 91:  
30.04.2007**

Ihren Patienten (auch wenn Beratungen am geringsten bezahlt werden). Diejenigen Kollegen, die zuhören, die ihre Patienten seriös und umfassend beraten und professionell behandeln, sind in allen Systemen und zu allen Zeiten erfolgreich gewesen – und sie brauchen viel weniger um Vertrauen zu werben, wenn die Notwendigkeit außervertraglicher Leistungen zur Diskussion steht.

Und noch etwas: Dieses DAZ-FORUM ist die 90. Ausgabe seit der Nr.1 im April 1982! In diesen 25 Jahren hat das Blatt mehrfach seine Form geändert, innen wie außen. Die Inhalte, die kollegiale Diskussion auch über Reizthemen des Berufsstandes, sind geblieben. Vielleicht kommen Ihnen die Themen aus dem Heft 1 ja bekannt vor: Behindertenbehandlung, Kindergarten-Prophylaxe, Qualitätsaspekte größerer prothetischer Rehabilitationen.

Sicherlich kann man manches nach dieser langen Zeit abhaken, anderes nicht. Und deshalb ist es wichtig, dass der kollegiale Disput fortgesetzt wird. Der DAZ hat sich im vergangenen Jahr viel zu sehr mit sich selbst beschäftigt und sollte sich jetzt wieder damit befassen, was wirklich wichtig ist: Die Fragen und Probleme der täglichen Praxis – Ihrer Praxis – auch und gerade im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ihre Meinung ist gefragt, nicht nur die vom Vorstand und von ein paar Redakteuren! Nutzen Sie dieses Medium, um Ihre Probleme, Ihre speziellen Kenntnisse oder Behandlungsmethoden Ihren Kollegen vorzustellen, oder Ihre Haltung zu Gesetzen, Bestimmungen und Entwicklungen darzulegen.

Wer nicht mit zu gestalten bereit ist, darf sich nicht beklagen, wenn andere es für ihn schlechter machen.

*Ihr Hanns-W. Hey*



# Inhalt

DAZ FORUM 90 März 2007

Inhalt .....	Seite
<i>Dr. Hanns-Werner Hey:</i> Editorial .....	3
<i>Dr. Wolfgang Eber, Dr. Eberhard Riedel:</i> Streit ums einrichtungsinterne Qualitätsmanagement .....	5
<i>Dr. Eberhard Riedel:</i> Qualitätsmanagement ad absurdum geführt .....	7
Einladung zur DAZ-VDZM-Frühjahrstagung vom 5. bis 6. Mai 2007 in Frankfurt/M. ....	8
<i>Dr. Sebastian Schmidinger:</i> Gedanken zur Qualität und Quantität von implantatprothetischen Versorgungen .....	10
<i>Dr. Andreas Vahlenkamp:</i> Quo vadis Kinderzahnheilkunde? .....	12
<i>Dr. Celina Schätze:</i> Selbstverwaltung – Verwaltung – Fremdverwaltung .....	14
<i>Dr. Rainer A. Jordan:</i> Akademische Ausbildung mittlerer zahnmedizinischer Fachkräfte für Westafrika.....	15
<i>Dr. Dr. Rüdiger Osswald:</i> Leserbrief: Endodontischer Irrgarten .....	16
<i>Dr. Hanns-Werner Hey:</i> Leserbrief: Schwierige Zuwendung.....	17
<i>Dr. Ulrich Happ:</i> Leserbrief .....	19
<i>Irmgard Berger-Orsag:</i> In DAZ-eigener Sache: Herzliche Einladung an alle Mitglieder .....	19
<i>Pressemeldung der VDZM:</i> Was Senioren und ihre Zähne heute wirklich brauchen .....	20
<i>Pressemeldung des BVAZ:</i> Der Berufsverband der Allgemeinzahnärzte zu Wissenschaft und Kommerz.....	21
<i>Dr. Wolfgang Kirchhoff:</i> Rezension: Medizin und Judentum .....	22
<i>Dr. Hanns-Werner Hey:</i> Rezension: Einführung in die Zahnmedizin.....	23
Vorankündigung: Jahrestagung des DAZ am 15. September 2007 in Berlin .....	23
Termine .....	24
Der DAZ stellt sich vor .....	25
BUZ – Berlins unabhängige Zahnärzte stellen sich vor .....	26
Kontaktadressen, Impressum .....	27

# Streit ums einrichtungsinterne Qualitätsmanagement

KZBV-SPITZE MONIERT DAZ-HALTUNG ZUM QUALITÄTSMANAGEMENT – DER DAZ BEGRÜNDET UND VERSTÄRKT SEINE KRITIK AN DER KZBV-LINIE

In einem Schreiben an den DAZ-Vorsitzenden und Autor des Beitrages ‚KZBV im Kampf gegen Qualitätsmanagement und den Verlust der Glaubwürdigkeit‘ (Forum 88, S. 18) greift der stellvertretende Vorsitzende der KZBV, Dr. Wolfgang EBER, die Berichterstattung des DAZ-Forum auf äußerst scharfe Weise an und verlangt eine Richtigstellung der in der Titelaussage aufgestellten Behauptung. Wir zitieren hier das Schreiben des Kollegen EBER in allen wichtigen Passagen und veröffentlichen das Antwortschreiben des DAZ-Vorsitzenden.



Dr. EBER

Sehr geehrter Herr Kollege Riedel, mit regem Interesse habe ich Ihren Beitrag in der jüngsten Ausgabe des DAZ-Magazins gelesen, in dem Sie Ihre Wahrnehmung über

die Arbeit der KVBV zum Thema Qualitätsmanagement aufgearbeitet haben.

Wie Sie anführen, basieren Ihre aktuellen Erkenntnisse zum Thema offensichtlich allein auf der Berichterstattung der DZW vom vergangenen Juni. (...) Dass Sie Ihr Editorial allein auf diese Quelle stützen, belegt einmal mehr die besondere inhaltliche und journalistische Qualität der Publikation Ihres Verbandes.

Gleichwohl möchte ich es nicht versäumen, auf Ihre Schilderungen einzugehen und Ihnen einige ergänzende Informationen bezüglich der Arbeit der KZBV im Bereich Qualitätsmanagement zukommen zu lassen.

Der Gesetzgeber hat in § 136b SGB V die Festlegung von Richtlinien für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement bestimmt und in seiner Begründung dazu wörtlich formuliert: „Dabei beschränken sich die Vorgaben auf grundlegende Mindestanforderungen, weil die Einführung und Umsetzung von Qualitätsmanagementsystemen stark von den einrichtungsspezifischen Gegebenheiten und Bedingungen ‚vor Ort‘ abhängen. Dies sichert, dass die Vertragszahnärzte ausreichend Gelegenheit haben, das Qualitätsmanagement ihren jeweiligen Besonderheiten entsprechend individuell zu entwickeln.“

Dieser Begründung können Sie entnehmen, dass die Beschränkung auf „grundlegende Mindestanforderungen“ schon vom Gesetzgeber eindeutig intendiert ist, um den Praxen notwendige Freiräume für die individuelle Umsetzung zu belassen. Die KZBV hat diesen Ansatz von Anfang an geteilt, um die niedergelassenen Zahnärzte vor einer Überregulierung und Bürokratisierung und damit überflüssigen Zusatzkosten im Bereich Qualitätsmanagement zu bewahren. Die KZBV hat in sämtlichen Verhandlungen immer den Standpunkt vertreten, dass QM-Systeme nur dann nutzenstiftend für die zahnärztliche Versorgung sein können, wenn der Zahnarzt den Sinn des QM verinnerlicht und es aus Überzeugung, freiwillig und ohne Zwang von außen oder gar regressbehaftete Kontrollmechanismen von Verwaltungsbehörden in Eigenverantwortung individuell in die eigene Praxis integriert. (...)

Allerdings ist es auch ein Anliegen des Vorstandes der KZBV, den Berufsstand vor rein kommerziell betriebenen QM-Angeboten zu schützen, die mehr den finanziellen Vorteil der Anbieter im Auge zu haben scheinen als die Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung der zahnärztlichen Versorgung.

Gerade aufgrund der bereits zahlreichen QM-Aktivitäten in den Praxen kann der Berufsstand nach Auffassung der KZBV auch sehr selbstbewusst mit dem Thema umgehen. Er ist auch heute schon in der Lage, hohe Qualitätsniveaus in Struktur, Prozess und Ergebnis zu gewährleisten, ohne Kommissionen unter Beteiligung der Krankenkassen ins Leben rufen zu müssen, denen Kontrollbefugnisse eingeräumt werden, die ihnen nach meiner Meinung nicht zustehen. Genau aus diesem Grund hat sich die KZBV gegen die Übernahme der Regelungen aus dem ärztlichen Bereich gewandt.

Obwohl der Gesetzgeber keine Fristen vorgegeben hat, hat die KZVB gemeinsam mit den Krankenkassen an einer zügigen Fertigstellung der Qualitätsmanagement-Richtlinie gearbeitet. Die Richtlinie ist am 17. November 2006 vom Gemeinsamen Bundesausschuss verabschiedet worden. Das geschah in einem mustergültigen Selbstverwaltungsverfahren im Konsens mit den Krankenkassen, die auch ihrerseits keine Veranlassung sahen, auf Kontrollbefugnissen zu bestehen. Das BMG hat im Übrigen bereits mitgeteilt, dass es keinerlei Grund zur Beanstandung der Richtlinie sieht.

Im Lichte dieser unbestreitbaren Fakten stimmen Sie sicher zu, dass jede Äußerung, die KZBV befinde sich im Kampf gegen das Qualitätsmanagement, ebenso falsch wie abstrus wäre. Ich bitte Sie um eine entsprechende Klarstellung in Ihrer Mitgliederzeitschrift.

Ganz offensichtlich unterscheidet sich unsere Auffassung über die Sinnhaftigkeit von QM-Systemen in der zahnärztlichen Versorgung von Ihrer im Wesentlichen an dem Punkt, dass wir sehr viel stärker auf die Bereitschaft des Berufsstandes setzen, solche Systeme in Eigenverantwortung, ohne Zwangsverpflichtung und Kontrollen durch Kommissionen in die Praxis zu integrieren, und zwar angepasst an die individuelle Praxissituation.

*Soweit Sie an einer Fortsetzung der Diskussion zum Thema Qualitätsmanagement interessiert sind, werden Sie in mir jederzeit einen engagierten Diskussionspartner finden. Ich halte es aber für zielführend, das Thema auf der Basis vertiefter Sachkenntnis zu bearbeiten, und erlaube mir den freundlichen Hinweis, in Zukunft nicht alleine die DZW als Informationsquelle heranzuziehen. (...)*

*Dr. Wolfgang Eber  
Stellvertretender Vorsitzender  
des Vorstandes*



*Dr. Riedel*

### **Antwortschreiben von Dr. Eberhard Riedel vom 05.02.2007:**

Sehr geehrter Herr Kollege Eber, für Ihr Schreiben vom 21.12.2006 bedanke ich mich. Ich freue mich, dass mein DAZ-Forum-Beitrag bei Ihnen auf Interesse gestoßen ist und bin selbstverständlich sehr daran interessiert, die von Ihnen aufgegriffene Diskussion fortzuführen. Allerdings wünsche ich mir zu diesem Zwecke einen Austausch in aller Sachlichkeit, wobei herabwürdigende Bemerkungen unterbleiben sollten.

Es ist tatsächlich nicht nachvollziehbar, weshalb Sie glauben, dass der DAZ von der DZW abschreibt. Die ‚Qualität‘ der DAZ-Forum-Inhalte scheint ja immerhin auszureichen, dass Sie sich mit den Inhalten kritisch auseinandersetzen. Zudem müsste Sie die unabhängige Aufbereitung zahnärztlich-standespolitischer Themen sowohl in der DZW als auch beim DAZ umso weniger stören, je fundierter und nachvollziehbarer das politische Tun der KZBV und anderer Körperschaften wäre. Weiterhin setzt jedes Thema, soll eine Diskussion fruchtbar sein, eine vertiefte Sachkenntnis voraus. Ihr Vorwurf, hieran würde es in diesem Falle feh-

len, ist, wie Sie auch unten nachlesen können, denkbar fehl am Platze und kann nur allzu leicht unangenehm zurückwirken.

Sie zitieren als Begründung für die Haltung der KZBV zu den QM-Richtlinien eine Begründung zum § 136b SGB V. Gleichzeitig scheinen Sie sich aber auch auf diesen kurzen Passus zu beschränken, obwohl dieser den vollständigen Inhalt des § 136b in keiner Weise kommentiert. Dort heißt es nämlich unter Abs. 1:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragszahnärztliche Versorgung durch Richtlinien nach § 92 die VERPFLICHTENDEN Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 SOWIE die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement ...

Unter Punkt 1. findet sich somit eine Aufzählung zweier verschiedener Forderungen, von denen die ‚grundsätzlichen Anforderungen‘ nur die eine, die ‚verpflichtenden Maßnahmen nach § 135a Abs. 2‘ aber die andere Forderung darstellen.

Wenn man zu letzteren unter dem § 135a Abs. 2 nachliest, so findet man:

(2) Vertragsärzte ... sind ... verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die ERGEBNISQUALITÄT zu verbessern und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

Noch deutlicher macht es der Gesetzgeber unter Punkt 2. im Abs. 1 des § 136b, in dem er Richtlinien vom G-BA fordert, ‚Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität aufwändiger diagnostischer und therapeutischer Leistungen‘ zu bestimmen. Im Absatz 2 des § 136b wird dann vom G-BA gefordert, ‚Qualitätskriterien für die Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz zu beschließen‘.

Warum, sehr geehrter Herr Kollege Eber, liest man von all dem bei Ihnen gar nichts? Warum negieren Sie, dass der Gesetzgeber, völlig anders, als Sie es in Ihrem Schreiben glauben machen wollen, eben nicht nur ‚grundlegende Mindestanforderungen‘ intendiert? Und warum brandmarken Sie die Herausstellung des Eindrucks, dass sich die KZBV um die Qualitätssicherung herumogelt, als schlechten Journalismus?

Dabei gehe ich mit Ihnen völlig konform,

dass die Umsetzung von Qualitätsmanagementsystemen stark von den einrichtungsspezifischen Gegebenheiten ‚vor Ort‘ abhängt und es genügend Zeit braucht, QM entsprechend individuell zu entwickeln. Und beim Schutz der Kollegen vor Überregulierung und Bürokratisierung sowie überflüssigen Zusatzkosten können Sie sich des Beifalls des gesamten DAZ sicher sein. Somit ist auch der Schutz vor rein kommerziell betriebenen QM-Angeboten ein Ziel, in dem die KZBV nur Unterstützung erfordern darf.

Ihre Meinung allerdings, unser Berufsstand wäre heute schon auch ohne sinnvolle QM-Strukturen in der Lage, ein ‚hohes Qualitätsniveau‘ zu gewährleisten, teile ich in diesem sehr pauschalen Tenor nicht. Neben den unbestreitbar vorhandenen Spitzenleistungen einer High-End-Zahnmedizin und dem im Großen und Ganzen ebenso akzeptablen Mittelmaß gibt es wohl ebenso unbestreitbar einen erschreckend hohen Anteil an weit unterdurchschnittlichen, inakzeptablen zahnärztlichen Leistungen. Diesem ‚Low End‘ sollte aus Sicht des DAZ ein Qualitätsmanagement im Wesentlichen dienen, aber genau hier wird von verantwortlicher Seite offenbar geflissentlich weggeschaut.

Das hohe Behandlungsniveau ist somit kein Argument für den Verzicht auf sinnvolle QM-Maßnahmen, sondern ein Argument, solche Maßnahmen nicht scheuen zu müssen. Dabei muss es nicht darum gehen, die gute zahnärztliche Behandlung noch etwas besser zu machen, sondern zunächst einmal die eindeutige contra-legen-Behandlung zu erkennen, zu korrigieren und zu vermeiden helfen. Die QM-Programme allerdings, die derzeit schon von KZV-Seite angeboten werden, leisten zu diesem prekären Problem keinerlei Beitrag, sondern beschränken sich weitgehend auf theoretische Inhalte im Handbuckniveau.

Wenn nach Ihrer Auskunft das BMG keinen Grund zur Beanstandung der G-BA-Richtlinie sieht, so darf vor dem Hintergrund des zwingenden Anlasses für QM-Maßnahmen allerdings bezweifelt werden, dass sich das BMG auf Dauer mit Lippenbekenntnissen zu grundlegenden QM-Anforderungen zufrieden geben wird. Denn auch das BMG wird fortan sicher genau beobachten, was mit Hilfe der G-BA-Richtlinie oder auch ohne diese in den KZVen vor Ort real umgesetzt wird. Auch dem DAZ geht es, wie durch die Ausgestaltung un-

seres ‚Projekts Qualitätssicherung‘ klar zum Ausdruck kommt, nicht um rigorose Zwangsmaßnahmen oder die Bevormundung des Zahnarztes, sondern vielmehr um die Stärkung seiner Professionalität. Dieses geschieht bei uns aber nicht durch Gesundheitsbetriebe, sondern mit Hilfe einheitlicher und als Dienstleistung verstandener QM-Maßnahmen, die es erlauben, Defizite in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu erkennen und in der Folge zu vermeiden.

Das Setzen auf Freiwilligkeit und Eigenverantwortung kann allerdings insofern nicht reichen, als dann genau die Kolleginnen und Kollegen niemals teilnehmen dürften, die QM am dringendsten nötig haben. Dass ein solches QM-System dann nicht wirklich nutzenstiftend ist, liegt auf der Hand. Und auch wenn es bis zu dieser Erkenntnis noch lange braucht: Es gibt keine Qualität ohne Kontrolle! Dass eine Kontrolle in der Medizin völlig anders ausfallen muss als in der Industrie, ist völlig selbst-

verständlich. Wie das beispielsweise auf äußerst praxisverträgliche Weise geht, zeigt das ‚Projekt Qualitätssicherung‘ des DAZ.

Angesichts der Länge der Zeit, in der die KZBV die drängenden Fragen zur Qualitätssicherung gar nicht bearbeitet hat, der oberflächlichen Auseinandersetzung mit dem Thema seit den immer deutlicher werdenden Forderungen des Gesetzgebers (ich erinnere nur an manchen ZM-Artikel des verstorbenen Prof. Heners) bis hin zur Zufriedenheit über die sehr unklaren und unvollständigen Vorgaben im Rahmen der G-BA-Richtlinie lassen für mich keinen anderen Schluss zu als den, dass die KZBV hier eine wirksame Qualitätssicherung gezielt zu verhindern sucht. Dieses meinte ich mit meiner sicher sehr plakativ ausgefallenen Artikelüberschrift ‚KZBV im Kampf gegen QM . . .‘. Angesichts der von Ihnen so nicht ausgemachten drängenden Qualitätsprobleme im obigen Sinne und des selbstzufriedenen Tenors Ihres Schreibens sehe ich kei-

nen Anlass, meinen Eindruck zu revidieren. Im Mindesten würde ich von der KZBV erwarten, immer und immer wieder mit einem geistig-moralischen Leitbild auf die Kollegenschaft einzuwirken. Ein Wertesystem gerät nur allzu leicht ins Wanken, wenn es nicht fortwährend in Erinnerung gerufen wird. In diesem Sinne kann es nicht reichen, in der Zahnärzteschaft ein so nicht stimmiges Trugbild des hohen zahnärztlichen Niveaus zu fördern. Vielmehr wäre es sinnvoll und notwendig, fortwährend die Ausrichtung der Behandlung in geistig-moralisch verantwortbarer Weise zu fordern. Die von Ihnen vertretene Körperschaft hätte hier eine wichtige Funktion.

In der Hoffnung auf eine sachliche Fortsetzung dieser Diskussion verbleibe ich

mit den besten Wünschen

*Dr. Eberhard Riedel  
DAZ-Vorsitzender*

*Eine Fortsetzung dieser Diskussion folgt im nächsten Heft.*

## QUALITÄTSMANAGEMENT AD ABSURDUM GEFÜHRT

### Wie simpel sich die KZV Bayerns die Umsetzung der QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vorstellt

Mit einem Werberundschreiben der Firma Weka Media GmbH & Co. KG aus dem bayerischen Kissing, das dieser Tage tausenden Zahnärzten in die Praxis flatterte, versucht die KZV Bayerns, Zahnärztinnen und Zahnärzten das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement in der von dieser Körperschaft offenbar verstandenen Weise zu verkaufen.

In dieser Zuschrift wird ein Handbuch beworben, dessen Herausgeber Dr. Gordian Hermann, der Referent für Qualitätsmanagement der KZV Bayerns, ist. Im einzelnen heißt es, dass mit dem Kauf dieses Handbuches bereits sämtliche Vorgaben der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses berücksichtigt, ja sogar übererfüllt seien. Für nur € 198,- zzgl. Versandkosten und MwSt. könne das Muster-QM-Handbuch direkt in jede Praxis übernommen werden. Das Handbuch enthalte „alle Prozesse, die speziell für die Zahnarztpraxis wichtig sind – von Experten vorformuliert“.

Wortwörtlich heißt es dann weiter: „Mit der Praxislösung ‚QM in der Zahnarztpraxis konkret‘ setzen Sie ganz schnell und einfach ein QM-System in Ihrer Praxis um. (...) Einfach die vorbereiteten Muster an die Gegebenheiten Ihrer Praxis anpassen, bei Bedarf ausdrucken, fertig! Schneller und bequemer geht es wirklich nicht.“

Auch mit dem Namen des Herausgebers wird geworben: „Der Herausgeber Dr. Gordian Hermann, ein erfahrener Experte, ist selbst im Gemeinsamen Bundesausschuss tätig.“ Und als ob das alles noch nicht vertrauenswürdig genug sei, wird zum Schluss für Kurzentlassene ein „tolles“ Poster ‚Unsere Praxis arbeitet mit System‘ im Wert von 15 € als Gratiszugabe oben draufgelegt. Offen lässt freilich auch diese Werbezusendung, wie z.B. ein Poster oder eine im Handbuch enthaltene optimal formulierte Einverständniserklärung für operative Eingriffe verhindern helfen kann, dass die Behandlung selbst misslingt.

Da behauptete eben noch der KZBV-Vize Eßer, dass es genügend Zeit brauche, QM-Maßnahmen individuell zu entwickeln, schon hat die KZV Bayerns die ultraeinfache und ungemein schnelle Patentlösung bei der Hand. Auch vom Schutz vor rein kommerziell betriebenen QM-Angeboten sowie überflüssigen Zusatzkosten, den sich die KZBV ja vorgeblich auf die Fahne geschrieben hat, ist angesichts der aktiven Beteiligung der KZV Bayerns an diesem kommerziellen „QM-System“ nicht viel übrig.

Wer profitiert hier vom Verkauf dieses Handbuches, das nach den Inhalten des Werbeprospektes allenfalls ein Leitfaden für Praxismanagement ist, wirklich? Der Verlag? Der Herausgeber unter Ausnutzung seiner standespolitischen Funktion? Gar weitere KZVB-Funktionäre, die nicht einschreiten, das alles dulden oder sogar aktiv unterstützen? Zumindest nicht die Zahnärztinnen und Zahnärzte, denen auf diese reißerische Art weis gemacht wird, sie könnten so der Umsetzung eines „einrichtungsinternen Qualitätsmanagements“ nennenswert näher kommen.

*Dr. Eberhard Riedel*

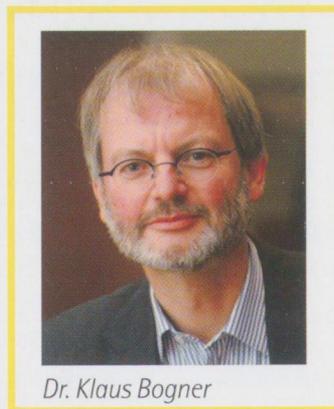


# Einladung zur DAZ-VDZM-Frühjahrstagung vom 5. bis 6. Mai 2007 in Frankfurt/M.

## DIE TAGUNGSTHEMEN:

- Die Situation von Berufsstand und Versorgung unter der neuen Gesetzeslage
- Implantologie – quo vadis?

Der Samstagvormittag ist – wie immer – der Gesundheitspolitik gewidmet. Als Referenten/ Gesprächspartner sind eingeladen: Dr. Klaus Bogner, stellvertretender Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes und ein führender Vertreter der Gesetzlichen Krankenkassen.



Dr. Klaus Bogner

Am Samstagnachmittag werden zwei Fachvorträge angeboten, die das Thema Implantologie aus sehr unterschiedlichen Perspektiven betrachten:

- Optimizing Esthetics – Interdisziplinäre Überlegungen zum Erreichen einer optimalen Implantatästhetik
- Implantologie zwischen medizinischem Fortschritt, Maximaltherapie und Humanversuch

Für die Vormittags- wie für die Nachmittagsveranstaltung werden je 3 Fortbildungspunkte vergeben.

Zeit: Samstag, 5.05.2007

10–13.<sup>00</sup> gesundheitspolitischer Vormittag mit Dr. Klaus Bogner

14–18.<sup>00</sup> Fortbildung mit Dr. Matthias Mayer und Dr. Wolfgang Kirchhoff

Sonntag, 6.05.2007

9.<sup>30</sup>–14.<sup>00</sup> DAZ-Ratssitzung

Ort: Ökohaus,  
60486 Frankfurt-Bockenheim,  
Kasseler Straße 1a,

Tel.: 069 705058

[www.oeko-net.de/kaeins](http://www.oeko-net.de/kaeins)

## ACHTUNG! Neuer Tagungsort

Das Anmeldeformular finden Sie auf Seite 24 dieses Heftes.

### Lebenslauf Dr. Matthias Mayer M.Sc.D.

- 1991–1995 Studium der Zahnheilkunde an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt am Main
- 1995–1997 Assistenzzeit in privater Praxis in Frankfurt am Main
- 1997 Promotion zum Dr. med. dent. auf dem Gebiet der Ultraschalldiagnostik im Fachbereich Medizin der JWG-Universität in Frankfurt am Main
- 1997–2000 Postgraduiertenstudium auf dem Gebiet der Implantologie und Parodontologie an der Tufts-University in Boston, MA, USA
- 1999 Ernennung zum Associate Professor, Abt. für Implantologie und Parodontologie an der Tufts-University in Boston, MA, USA
- 1999–2001 Referent und praktischer Leiter chirurgisches Seminar an nicht fixierten menschlichen Leichen
- Kursinhalt: Sinus- Augmentation, Osteotom-Technik, monokortikaler Knochenblock und Distraktionsosteogenese am Institut für fortschrittliche Implantologie und Parodontologie in Swamschott, MA, USA; Leiter: Dr. Myron Nevins
- 2000 Inauguration zum Master of Science Degree (M.Sc.D) auf dem Gebiet der Knochengeneration an der Tufts-University in Boston, MA, USA
- 2001 Niedergelassen in privater Praxis in Frankfurt am Main limitiert auf die Spezialgebiete Implantologie und Parodontologie

seit 2001

Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Lehrbeauftragter an der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main, Abteilung für Parodontologie; Leiter: Prof. Dr. Peter Eickholz

Lehraufträge an der Donau-Universität in Krems (Master Programm) und der Tufts-University in Boston, MA, USA (Institut Myron Nevins in Swamscott)

Gründer des „1. Frankfurter Study Clubs“

Nationale und internationale Referententätigkeiten für die DGP, DGI, DGZI, Neue Gruppe und Fa. Alatec Camlog

Active Member der American Academy of Periodontology und der American Academy of Osseointegration

Spezialist der DGP



Dr. Matthias Mayer M. Sc. D. stellt eine Behandlungsphilosophie für eine optimierte Ästhetik vor, die nachstehend von ihm selbst zusammengefasst ist:

*Der klinisch orientierte Vortrag gibt Ihnen einen detaillierten Einblick hinsichtlich der Implantatdiagnostik, der Weich- und Hartgewebschirurgie sowie weitere interdisziplinäre Überlegungen zum Erreichen einer optimierten Ästhetik.*

*Die Inserierung eines enossalen Implantates ist eine rekonstruktive Maßnahme, die das Fundament für eine darauf folgende funktionelle und ästhetische dentale Rehabilitation bildet. Eine optimierte Ästhetik im Fokus der Bemühungen und auch die Erwartungshaltung der Patienten verlangen eine unauffällige dentale und parodontale Situation in der Implantattherapie. Um dies zu erreichen, werden Operationstechniken angewendet und auch weiterentwickelt, die in ihrem Wesen der plastischen Wiederherstellungschirurgie entsprechen, was bedeutet, dass es manchmal einer*

*ganzen Sequenz von chirurgischen Interventionen bedarf, um ein optimales Ergebnis zu erzielen.*

*Das Zusammenspiel aus theoretischem „know how“ der Adoption rekonstruktiver Operationstechniken und dem Grundsatz, dass der Erhalt der natürlichen Situation immer vor der Regeneration steht, formt die Basis für eine moderne Behandlungsphilosophie.*

*Neueste biotechnologische Errungenschaften ermöglichen heute eine vereinfachte Entwicklung des Implantatlagers hinsichtlich des Weich- und Hartgewebsangebotes.*

*Kombiniert mit den Grundlagen der dentalen Implantologie und der plastisch-chirurgischen Behandlungsphilosophie meint man heutzutage in der Lage zu sein, funktionelle und ästhetische Implantatversorgungen mit einer doch sehr beachtlichen Vorhersagbarkeit zu gewährleisten.*

*Wichtiger allerdings noch ist das Verständnis der Faktoren, die einen Behandlungserfolg limitieren, eine sensible Auseinandersetzung*

*und Erkennung individueller anatomischer Vorgaben und deren Auswirkung auf das Endergebnis.*

*Die klinische step-by-step-Analyse wirklicher Patientenfälle und der daraus entstehende Nutzen für Ihre eigene Praxis sollte Sie dazu ermuntern, diese Veranstaltung zu besuchen.*

Dr. Wolfgang Kirchhoff wird eine Betrachtung zu den gesundheits- und sozialpolitischen Risiken einer aus seiner Sicht von falschen Motivationen gesteuerten Implantationstätigkeit liefern.

Praxismarketinginteressen, Profilierungswünsche in Wissenschaftlerkreisen und der von einem übermächtigen medizinindustriellen Komplex ausgeübte Verkaufsdruck sind für ihn die Größen, die die rein patientenbezogene ärztliche Indikationsstellung allzu oft überlagern.

### Lebenslauf Dr. Wolfgang Kirchhoff

Jahrgang 1943

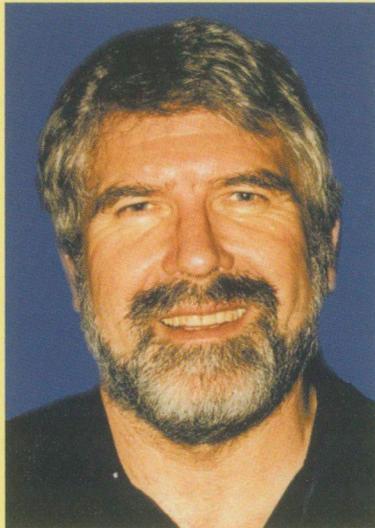
- 1960–1966 Technischer Zeichner, Abendgymnasium. Studium von Medizin/Zahnmedizin,
- 1971 Approbation als Zahnarzt
- bis 1978 Wiss. Angest. in der Abt. für Zahnersatzkunde der Universität Gießen
- 1978 Promotion über ein Zahnersatzthema
- 1979–1983 zahnärztliche Gemeinschaftspraxis in Gießen
- 1983–2002 Zahnarztpraxis mit Schwerpunkt Zahnersatz in Marburg
- seit 2002 beratender Zahnarzt einer Krankenkasse, Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen
- Gründungsvorsitzender der Vereinigung demokratische Zahnmedizin e.V., verschiedene Lehraufträge der Universität Gießen

Zahlreiche wissenschaftliche, gesundheits- und sozialpolitische Publikationen, zahlreiche medizinhistorische Publikationen als Autor und Buch-Herausgeber, u. a. Zahnmedizin und Fascismus.

Fachberatung beim Autorenteam des Kursbuch Gesundheit (Kiepenheuer & Wisch) und beim Ratgeberbuch Zahn um Zahn von Krista Feder-spiel (ebenda).

Buchpublikation gemeinsam mit Krista Feder-spiel: Lückenlos, Die goldenen Geschäfte der Zahnärzte (ebenda).





## Die eigene Meinung

Die DAZ-VDZM-Frühjahrstagung am 5. Mai 2007 wird sich in ihrem fachlichen Teil kontrovers mit dem Thema „Implantologie – quo vadis?“ befassen. Der nachfolgende Beitrag ist als eine Einstimmung darauf gedacht. Der Autor Dr. Schmidinger ist ein erfahrener Implantologe und beschreibt aus seiner Sicht die Probleme implantatprothetischer Behandlungsplanung.

### „Viel oder wenig, das ist hier nicht die Frage“

#### GEDANKEN ZUR QUALITÄT UND QUANTITÄT VON IMPLANTATPROTHETISCHEN VERSORGUNGEN

Menschen kommen zu uns in die Praxis mit Wünschen, die geprägt sind von ihrem Problem, ihrem Problembewusstsein und ihrem Informationsstand. In der Regel sind Patienten heute durch die Medien über die Möglichkeiten der modernen Zahnheilkunde einschließlich der implantatbasierten Prothetik ganz gut aufgeklärt, es vergeht ja kaum eine Woche, in der nicht eine Weltneuheit oder eine Modifikation altbekannter Techniken im Fernsehen oder den Druckmedien um Aufmerksamkeit heischt.

Bei der Umsetzung der Wünsche der Patienten in einen langlebigen, funktionstüchtigen, ästhetisch anspruchsvollen und kostengünstigen Zahnersatz ist meiner Meinung nach der Blickwinkel maßgebend, mit dem wir als Behandler die Aufgabe betrachten. Die grundlegenden Überlegungen sind dabei:

- Ist der Wunsch des Patienten prinzipiell realisierbar?
- Würde ich mir selbst eine solche Konstruktion einsetzen?
- Kann ich diese Wünsche auch selbst bedienen oder ist dieser Patient anderswo besser aufgehoben?
- Kann und will der Patient das auch bezahlen?

Überlegungen hinsichtlich der Anzahl der benötigten Implantate fließen dabei selbstverständlich mit in die Planung hinein, wobei sich hierbei manchmal die Geister scheiden und sich eine Diskussion in den Fachkreisen ent-

zündet nach dem Motto: „Darf’s auch ein bisschen mehr sein?“ oder „da genügt doch auch die Hälfte.“ Anders als in der herkömmlichen Prothetik, die weit mehr als 100 Jahre Zeit gehabt hat, Standards für bestimmte Fragestellungen zu entwickeln (z.B. Richtlinien für den Brückenzahnersatz), fehlen in der Implantatprothetik solche Grundlagen. Es gibt zwar vom Bundesverband der implantierenden Zahnärzte (BDiZ) Empfehlungen dazu, die aber rein auf einer verhältnismäßig kurzen Empirie basieren und nicht wissenschaftlich hinterfragt sind.

Eindeutige Aussagen gibt es nur in zwei Bereichen: Zum Ersatz eines Zahnes braucht man mindestens 1 Implantat, mit einem halben Implantat geht es nicht, anders als beim natürlichen Zahn, wo manchmal auch ein halber Zahn (reseziert oder hemiseziert) eine Zeitlang noch seinen Dienst verrichten kann. Die zweite Aussage betrifft die langfristige Fixierung der UK-totalen Prothese, für die mindestens 2 Implantate im interforaminalen Bereich benötigt werden, wobei sich die Kollegenschaft über den besten Standort dieser beiden Implantate uneinig ist. (Ich meine, sie gehören aus statischen Gründen so nahe an das foramen mentale wie möglich.) Einig ist sich die Kollegenschaft, dass 4 Implantate ein funktionell besseres Ergebnis bringen und zudem die von Ledermann seit 1978 dokumentierte Sofortbelastung ermöglichen.

Bei all den weiteren Diskussionen, ob man für diesen einen Patienten mit seinem individuellen Problem so viele oder so wenige Implantate als Basis für eine langfristige oder sogar lebenslange implantatprothetische Versorgung benötigt, werden oft merkwürdige Argumente gebraucht, die an der Möglichkeit der modernen augmentativen Implantologie mit dem Ziel der Wiederherstellung einer funktionellen Anatomie und dem dauerhaften Erhalt der Gewebe vollkommen vorbeigehen. Ein wenig böse und überspitzt formuliert: Wozu braucht es ein künstliches Hüftgelenk, wenn der Rollstuhl doch auch eine gewisse Bewegungsfreiheit ermöglicht.

Zurück zur Wirklichkeit: Die Wünsche der Patienten haben die oberste Priorität bei der Planung, die limitierenden Faktoren sind dabei die biologische und mechanische Qualität der Laergewebe, die Leidensfähigkeit und Toleranz des Patienten, das handwerkliche Können des Behandlers und ganz zuletzt die Kosten. Mit den augmentativen Techniken, die uns heute zur Verfügung stehen, können wir – überspitzt formuliert – aus einem 60 Jahre alten zahnlosen einen vollbezahnten Patienten machen, wie er es 30 Jahre früher gewesen war und ihn auch in diesem Zustand sein Leben lang halten. Bei demselben Patienten kann man aber auch guten Gewissens eine Fixierung der totalen Prothese im Unterkiefer mit 2 Implantaten bewerkstelligen, wenn es nach Aufklärung sein Wunsch ist.

Es ist also eine Frage der fairen und verantwortungsvollen Aufklärung des Patienten, die ihn in die Lage versetzt, für sich selbst die richtige Entscheidung zu treffen. Einlassungen der Versicherungen, z.B. pro Kieferhälfte werden nur 2 Implantate bezuschusst, können und dürfen hier keinen Raum haben, liegt doch die Verantwortung und die Garantie der Behandlung ausschließlich beim Behandler.

Ein Beispiel soll das verdeutlichen: Unterkiefer rechtes Freie, der letzte endständige Zahn ist der Eckzahn.

Wie viele Implantate benötige ich für die Versorgung?

- 1 Implantat regio 44 mit Kugelkopf, um den Halt des herausnehmbaren ZE zu verbessern? (OK Totale, 43 wurzelbehandelt)
- 1 Implantat regio 46 (5,0 mm Durchmesser, 13 mm Länge), Brücke zum ohnehin überkronen vitalen 43 (OK totale)
- 2 Implantate 5 mm Durchmesser, 13 mm Länge, regio 44,46, darauf Brücke. OK bezahlt bis 16
- 3 Implantate 3,3 mm Durchmesser, Länge 13 mm bei 44, 11 mm Länge bei 45,46. OK bezahlt bis 16
- 4 Implantate 3,8 mm Durchmesser, Länge 13 mm bei 44, 9 mm Länge bei 45 und 11 mm Länge bei 46 und 47. OK bezahlt bis 18

An diesem Beispiel kann man leicht erkennen, dass es immer eine individuelle Planung und Entscheidung braucht, um den verschiedenen Parametern – es gibt einige mehr als oben angeführt – Rechnung tragen zu können, mit dem Ziel, eine für den Patienten befriedigende und langlebige Versorgung zu erreichen.

Eine ganz andere Frage ist die, ob die Versicherungsgemeinschaft diese Kosten ganz oder teilweise tragen soll. Zurzeit haben wir bei den gesetzlichen Krankenkassen ja eine Festkostenregelung, die auf unser Beispiel übertragen einen Zuschuss von 360.- bis 380.- € vorsieht.

Das heißt, dass diese Versicherungen auch für den allereinfachsten Fall, also 1 Implantat mit Kugelkopf noch nicht einmal 1 Drittel der Kosten übernehmen, obwohl dies wahrlich keine Luxusversorgung darstellt, sondern nur hilft, dass der endständige Zahn aus der Belastung herausgenommen wird und damit länger erhalten bleibt (siehe Prävention!) Bei der festsitzenden Lösung mit 4 Implantaten (die Natur hat an dieser Stelle 6 Wurzeln vorgese-

*Es ist ... eine Frage der fairen und verantwortungsvollen Aufklärung des Patienten, die ihn in die Lage versetzt, für sich selbst die richtige Entscheidung zu treffen.*

\*

*Es ist eine Schande, dass die Fixierung der totalen Prothese mit zwei Implantaten bei dem atrophierten Unterkiefer des älteren Patienten keinerlei Zuschuss erfährt.*

hen!) beträgt dieser Festkostenzuschuss weniger als 5 %, man könnte auch sagen, dass man ihn gleich ganz vergessen kann. Der Verwaltungsaufwand übersteigt dabei längst diesen Zuschuss.

Im Übrigen ist es aus meiner Sicht eine Schande, dass die Fixierung der totalen Prothese mit zwei Implantaten bei dem atrophierten Unterkiefer des älteren Patienten keinerlei Zuschuss erfährt. Diese Patientengruppe, die in der Regel mit einer schmalen Rente auskom-

men muss, wird mit ihrem Handicap allein gelassen. Die Alterspyramide zeigt, dass diese Gruppe in Zukunft erheblich an Bedeutung zunehmen wird. Als Kompensation könnte ich mir die Streichung der Wurzelfüllung beim 2ten und dritten Molaren aus dem Bewertungsmaßstab vorstellen, die auch von den sogenannten Spezialisten nur ohne Garantie abgeliefert wird.

**Fazit:** Implantatprothetik ist immer das Ergebnis einer auf den Wünschen des Patienten basierenden Planung, in die viele Parameter einfließen müssen, soll die Langlebigkeit, Funktion und Ästhetik gewährleistet sein. Die Kosten können bei dieser oft diffizilen und damit kostenträchtigen Technik ein limitierender oder ausschließender Faktor sein. Ein Mehr oder Weniger an Implantaten kann aber nicht auf dieser Kostenebene gehandelt werden.

„Alles kann mer, wenn mer will“, sagt Karl Valentin.

„You can't always get what you want“, sagen die Stones.

Dazwischen liegt irgendwo die Wahrheit für den Einzelnen.

Dr. Sebastian Schmidinger, Seefeld

## ANZEIGE



**Lipinski & Hoffmann**<sup>OHG</sup>  
zahntechnik

**Qualität & Service**

... eine starke Verbindung  
für Ihren Praxiserfolg

VOLLKERAMIK

TRIFFT **GALVANO**



**Wir beraten Sie gern.  
Rufen Sie uns einfach an!**

Ihre Zahntechnikermeister:  
**Lipinski & Hoffmann**

Margaretenstr. 16 • 93047 Regensburg  
info@zahnerlebnis.de • Fax 79 25 11 • Fon 09 41.79 15 21

## Quo vadis Kinderzahnheilkunde

DR. ANDREAS VAHLENKAMP ZU DEN REAKTIONEN  
AUF SEINEN BEITRAG „IRRWEG UND IRRSINN  
IN DER KINDERZAHNHEILKUNDE“

**Zu meinem Erfahrungsbericht und dem von mir daraus abgeleiteten Aufruf im DAZ Forum 88 haben mich einige sehr unterschiedliche Stellungnahmen erreicht, auf die ich nachfolgend bezogen auf ihren jeweiligen Haupttenor eingehen werde.**

Der Anästhesist Dr. v. Neumann-Cosel äußert sich: „Die Indikationsstellung zur Vollnarkose für Eingriffe bei Kindern richtet sich in meiner täglichen Praxis nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (1998). Dort werden Allgemeinanästhesien zur

- Therapie von behandlungsunwilligen Kindern
- Therapie von Patienten, bei denen die Untersuchung und/oder der Eingriff in Lokalanästhesie oder Analgosedierung nicht möglich ist, empfohlen.“

Nach Literaturhinweisen und -zitaten (Van Waes 2001, Lee & Roberts 2003, Krämer&Roberts, Kraft 1998, Cameron&Roberts, Widmer 1997) schreibt er:

„Insbesondere möchte ich Ihnen nochmals darlegen, dass bei der Entscheidung zur Intubationsnarkose die Wirtschaftlichkeit, vorherige Behandlungsversuche bzw. Behandlungsabbrüche, Umfang der Behandlung, Schmerzen und das Alter des Patienten Grundlage für eine strenge Indikationsstellung sind.“

Ähnlich eindeutig positionieren sich die Kinderzahnärztinnen N. Bujara und Dr P. Di Christofano: „Sicherlich ist es in den meisten Fällen richtig, dass durch geeignete prophylaktische Maßnahmen und die sogenannte Desensibilisierung von Seiten der Eltern und des Zahnarztes, Karies vermieden oder so weit reduziert werden kann, dass eine Zahnsanierung in Intubationsnarkose überflüssig wird.“ Zwar sei die Karies bei Kindern und Jugendlichen zurückgegangen, der Kariesbefall konzentriere

wird der Anteil der frühkindlichen Karies auf 10–15 % geschätzt (Robke FJ & Buitkamp 2002) (...) Diese spezielle Patientengruppe stellt eine besondere Anforderung an den Zahnarzt, da sie einerseits dringend einer zahnärztlichen Behandlung (z.B. Abszedierung, akute Schmerzen) bedarf. Andererseits ist die Durchführung einer Therapie aufgrund mangelnder kindlicher Kooperation nicht möglich. (...) Eine Gebissanierung in Intubationsnarkose stellt immer eine ultima ratio dar, wenn



sich aber auf wenige Kinder. „Nicht einmal die Hälfte der kariösen Läsionen bei 6–7-jährigen Grundschulkindern wurde in Deutschland versorgt (Pieper 2005). Dass diese Entwicklung bereits bei sehr viel jüngeren Kindern ihren Anfang nimmt, belegen lokale Studien, die sich dem Problem frühkindlicher Karies widmen. So

andere Behandlungsmöglichkeiten wie Sedierung oder Hypnose versagt haben.“

Soweit bin ich mit den Kolleginnen und dem Kollegen einer Meinung. Nur erklärt sich mir dadurch aber nicht meine immer wieder gemachte Erfahrung, dass sich Kinder als koope-

rativ er- und beweisen, die alio loco als „nur in Narkose behandelbar“ diagnostiziert wurden. Wenn doch – wie oben versichert – die Zahn-sanierung in ITN bei Kindern allgemein solch strenger Indikation unterliegt – wie ist das vereinbar mit der immer wieder anzutreffenden Werbung zur Narkosebehandlung? Wie wäre es mit einer Werbeaktionen wie dieser: „Wir nehmen uns die nötige Zeit für Ihr Kind (natürlich honorarpflichtig) und wir sind so versiert in Hypnose, dass bei uns die Behandlung in Vollnarkose eine große Ausnahme ist ...“

In seinem Schreiben moniert Prof Dr. H. Schneck „die durch nichts gerechtfertigte Behauptung, nach Allgemeinanästhesie sei grundsätzlich mit psychotischen Zuständen zu rechnen. (...) Es ist nicht korrekt, den fachfremden Lesern und den Eltern behandlungsbedürftiger aber -unwilliger Kinder die heutzutage bei fachgerechter Durchführung kaum mehr nennenswert komplikationsbeladene Allgemeinanästhesie als Hochrisiko-Unternehmen darzustellen.“



Es kann aber meines Erachtens kein Zweifel darüber bestehen, dass eine Allgemeinanästhesie für das Kind eine größere Belastung sive Gefährdung darstellen kann, als sie es für den Erwachsenen ist. Und „postoperative Psychosyndrome (...) sind Alarmsignale des vital verunsicherten Organismus, äußern sich deli-

rant, paranoid-halluzinatorisch, verwirrt oder dysphorisch, treten akut auf, dauern zwei bis vierzehn Tage und verselbstständigen sich selten.(...) Am häufigsten, wenn die Operation Herz, Lunge, Gehirn, geschlechtsbedeutende Organe, Augen, Hormonorgane, Kiefer- oder Bauchbereich betrifft“ (Dörner et al.2002). Dass es bei der Allgemeinanästhesie nach wie vor ein Restrisiko gibt, halte ich ebenfalls für unbestreitbar. Bedauerlicherweise muss ich immer wieder die Erfahrung machen, dass Eltern betroffener Kinder darüber offensichtlich nicht aufgeklärt wurden.

### Es geht letztendlich nicht um den Einzelfall, es geht um grundsätzliche Wege.

In der DZW 1-2/07 ist zu lesen, dass pro Jahr aus dem ärztlichen Budget rund 250 Millionen Euro für Vollnarkosen bei zahnärztlichen Behandlungen benötigt werden – in anderen Worten: pro Arbeitstag fast 1 Million Euro! Die Ärzteschaft wollte diese Möglichkeit den An-

ästhesisten streichen. Im Protest der Zahnärzteschaft hätten sich – so die DZW – besonders Verbände hervorgetan, die mit der Kinderzahnheilkunde befasst seien.

Es scheint mir, dass allen strengen Indikationen zum Trotz die Narkosebehandlung in der

heutigen Kinderzahnheilkunde äußerst wichtig ist. Offensichtlich haben die bisherigen Prophylaxeprogramme gerade die Kinder mit hohem Kariesrisiko nicht erreicht. Ich habe den Eindruck, dass sich der Markt dieses Problems angenommen hat. Ich halte es gesundheitspolitisch für fragwürdig, die offensichtlich noch bestehenden Defizite der Gruppenprophylaxe durch ein flächendeckendes Angebot von Behandlungsmöglichkeit in ITN dauerhaft aufzufangen. Ich vermisse das Bestreben in der Gesundheitspolitik und in der Zahnärzteschaft, Wege zu etablieren (auch gegen den Markt!), welche gerade Kinder mit hohem Kariesrisiko wirklich prophylaktisch erreichen. Letztendlich führt m.E. kein Weg sowohl an der aufsuchenden Prophylaxe als auch an der aufsuchenden Behandlung vorbei.

Frau Dr. K. Schwigon, ehemals leitende Kinderstomatologin des Kreises Dippoldiswalde, schrieb: „Die Indikation zur Behandlung in Narkose sollte sehr verantwortungsbewusst gestellt werden. Wenn alle anderen Bemühungen gescheitert sind, halte ich sie für eine

sinnvolle therapeutische Maßnahme. Aber man muss den Eltern auch deutlich die Risiken aufzeigen. Auf der Strecke bleibt m.E. auch der Lernprozess für das Kind. Es sollte schon lernen, sich auch mit weniger angenehmen Situationen auseinander zu setzen und zunehmend Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Wann soll das geschehen, wenn es stets diese „bequemen“ Wege gibt? (...) Setzen wir uns zusammen, holen wir uns gleichgesinnte Kinderzahnheilkundler hinzu und erarbeiten Vorstellungen einer kindgerechten Basis-

arbeit und einer aufsuchenden Kinderbehandlung“.

*Dr. Andreas Vahlenkamp*

*Dörner K., Plog U., Teller Chr., Wendt F.: Irren ist menschlich – Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie-Verlag Bonn 2002: 405*



## Selbstverwaltung – Verwaltung – Fremdverwaltung

VON DER ZUNEHMENDEN DEGENERATION DER KÖRPERSCHAFTEN

Als vor einigen Jahren die ersten Bestrebungen erkennbar wurden, die Spitzenpositionen von Selbstverwaltungsorganen per Gesetz von der Ehrenamtlichkeit in Hauptamtlichkeit zu überführen, haben einige kluge Warner sofort eine Gefährdung der Selbstverwaltung in ihrem Kern befürchtet. Die von den Befürwortern der Hauptamtlichkeit vorgebrachten Argumente von den Vorteilen einer Professionalisierung der Interessenvertretung gegenüber dem Laienspielcharakter der ehrenamtlichen Vorstände waren von Anfang an nur der nicht ganz ungeschickte Versuch, den Widerstand gegen diese fundamentale Veränderung zu beschwichtigen.

Heute ist nach einer Zeit der Etablierung fest zu stellen, dass die hauptamtlichen Vorstände – wie von den frühen Warnern vorhergesagt – ein Selbstverständnis als Verwalter in einem technisch bürokratischen Sinne offenbaren. Die Rolle als Treuhänder der Interessen der sich selbst verwaltenden Berufsgruppe tritt dem gegenüber in den Hintergrund.

Sehr deutlich wird diese Tendenz zur Abkoppelung von der „Basis“ durch Versuche, die Kompetenz zum eigenständigen Handeln des Vorstandes gegenüber der Entscheidungs- und Weisungskompetenz der Vertreterversammlung möglichst weit auszudehnen.

Dieses Kaltstellen der möglicherweise widerborstigen Basis scheint genau dem allgemeinen politischen Interesse zu entsprechen, das am Anfang der Entwicklung von den Kritikern der Hauptamtlichkeit unterstellt worden ist, da die Aufsichtsbehörde diese Bestrebungen durch entsprechende juristische Stellungnahmen unterstützt.

In Berlin gibt es einen konkreten Fall, der in seiner Wichtigkeit die oben gegebenen Einschätzungen stützt und berechtigt erscheinen lässt:

Die Vertreterversammlung hat einen Beschluss gefasst, der den Vorstand verpflichtet, sich bei der Neueinrichtung und -besetzung von ehrenamtlichen Positionen für Zahnärzte im Apparat der KZV das Einverständnis der VV einzuholen. Die zentrale Bedeutung dieser Positionen für die Verbindung zwischen der Verwaltung und der zahnärztlich arbeitenden Basis sowie die Möglichkeit einer politisch gesteuerten Auswahl bei der Besetzung der Positionen haben diesen Beschluss begründet.

Der Vorstand hat erklärt, dass er diesen Beschluss nicht umsetzen werde, da es sich um einen unangemessenen Eingriff in das allgemeine Verwaltungshandeln, welches alleinige Aufgabe des Vorstandes ist, handele. Diese Rechtauffassung ist von Aufsichtsbehörde trotz einer eigenen Darstellung seitens der Vertreterversammlung von der Wichtigkeit der Angelegenheit für das Funktionieren von Selbstverwaltung unterstützt worden.

Die aktuelle Tendenz (auch durch die neue Gesetzgebung begünstigt), aus den KZV'en heraus Dienstleistungsgesellschaften zu gründen, geht in dieselbe Richtung:

Diese Gesellschaften sind den Vertretern gegenüber nicht rechenschaftspflichtig.

Leistungen, die von der KZV erwartet werden könnten, werden gebührenpflichtig aus deren Haushalt und Verantwortung ausgelagert.

Es werden viele neue Positionen geschaffen, die (verbands-)politisch genutzt werden können.

Der nächste Schritt zur Auflösung der Selbstverwaltung in der Verwaltung allgemein und zur Anbindung an die politischen Ziele der jeweils amtierenden Exekutive ist die Verhauptamtlichung der Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Viel „Selbst“ ist uns in der Verwaltung nicht übrig geblieben. – Wir sollten das nicht ohne weiteren Widerstand hinnehmen!

*Dr. Celina Schätze*

### Nachtrag zur Kammerwahl 2006 in Berlin

Auf Grund von Fehlern bei der Stimmenauszählung haben 15 Wähler, die in 6 verschiedenen Verbänden organisiert sind, gegen die Gültigkeit der Kammerwahl 2006 Widerspruch eingelegt.

Ungeachtet dessen wurde am 25. Januar 2007 ein neuer Kammervorstand gewählt. Der Vorstand besteht nur aus Mitgliedern der Verbände, die auch den alten Vorstand getragen haben und die bei der Wahl stark an Stimmen verloren haben. Die zuvor gemachten Ankündigungen, zukünftig möglichst integrativ arbeiten zu wollen, wurden durch diese Abgrenzung der bisherigen und nun auch zukünftigen Opposition Lügen gestraft.

*Die Redaktion*



## Akademische Ausbildung mittlerer zahnmedizinischer Fachkräfte für Westafrika

Die westafrikanische Republik Gambia wies bis zur Jahrtausendwende eine kaum existente zahnmedizinische Versorgung auf: das Zahnarzt-Patientenverhältnis lag bei 1: 300.000. Die Zahnärzte konzentrierten sich zudem in der klimatisch begünstigten Küstenregion, und damit war eine Betreuung für die Bewohner des Binnenlandes praktisch ausgeschlossen. Seit der Einführung des Hilfsprogramms der Universität Witten/Herdecke im ländlichen Hinterland im Jahr 1995 ist die maximale Entfernung zur nächsten Zahnstation von über 400 km auf deutlich unter 100 km gesenkt worden und Zahnheilkunde für viele Patienten erreichbar geworden.

Das Ziel des Wittener Hilfsprojektes in Gambia ist die Hilfe zur Selbsthilfe durch Ausbildung mittlerer zahnmedizinischer Fachkräfte, so genannter Community Oral Health Worker (COHW), die in einem halbjährlichen Training an die wichtigsten Therapien theoretisch und praktisch herangeführt werden. Dazu gehören die atraumatische restaurative Behandlung (ART), Zahnextraktionen und gruppenprophylaktische Seminare in Kindergärten und Schulen. Die Behandlungen können nach Zertifizierung durch das afrikanische Gesundheitsministerium eigenständig und unter temporärer ärztlicher Supervision von den COHW eigenständig durchgeführt werden. Hierzu sind in den vergangenen Jahren landesweit acht Oral Health Units errichtet worden. Das Patientenaufkommen lag im Jahr 2005 bei 10.000 Patienten.

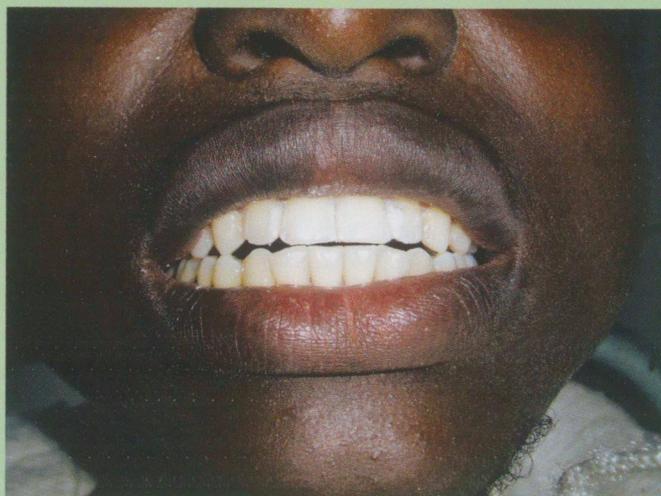
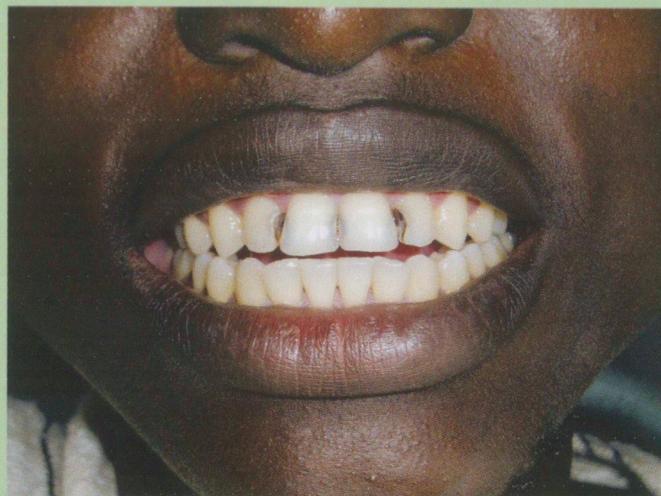
Bisher haben über 40 Studierende und Zahnärzte der Universität Witten/Her-

decke sowie kooperierende Ausbildungsstätten wie die Universitäten in Basel, Zürich und Philadelphia und die Fachhochschule Münster das Programm durchgeführt. Das ART-Projekt hat seinen Namen von der gleichnamigen Atraumatischen Restaurativen Behandlungstechnik, die für die minimalinvasive und von Elektrizität unabhängige Behandlung der Zahnkaries in Entwicklungsländern konzipiert wurde.

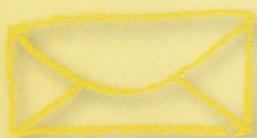
Als Zahnfüllungsmaterial kommt ein Glasionomerzement zum Einsatz. Diese Technik wurde mit einer großen Anzahl von relevanten Ver-

öffentlichungen in den vergangenen Jahren wissenschaftlich hervorragend untermauert. Das Ausbildungskonzept für den Community Oral Health Worker für unterprivilegierte Regionen wurde zudem vom Direktor der Oral Health Unit der Weltgesundheitsorganisation, Prof. Dr. P.E. Petersen, ausdrücklich begrüßt. Auch die Universität Witten/Herdecke beteiligt sich an den Studien zur Weiterentwicklung der ART-Behandlungstechnik mit longitudinalen Untersuchungen zur Füllungsmaterialklasse der Glasionomerzemente. Eine Studie zur 12-Monatsbewertung von ART-Füllungen mit Ionofil® (VOCO, Cuxhaven) hat eine Erfolgsrate von über 90% nachgewiesen. Aufgrund einer sich erst entwickelnden „Kultur der Zahnerhaltung“ bleibt jedoch die Zahnextraktion auch zukünftig der wesentliche Behandlungsschritt bei tiefgehender Kariesprogression, da sich eine vergleichbar einfache Methode der Wurzelkanalbehandlung zur Zeit noch in der Phase der klinischen Entwicklung befindet.

Neben der zahnmedizinischen Behandlung engagieren sich Studenten in Gambia hauptsächlich an wissenschaftlichen Projekten, die später die Grundlage für Promotionsarbeiten bilden. Derzeit gibt es acht laufende Dissertationen; für 2007 sind drei weitere geplant. Das Hilfsprojekt wird wissenschaftlich von der WHO begleitet und mit maßgeblicher Unterstützung durch das Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiete e. V. und dessen Präsidenten Dr. K. Winter durch Spenden finanziert. Die klinisch-kontrollierten Studien zur prospektiven longitudinalen Bewertung von ART-Füllungen werden von der VOCO GmbH finanziell gefördert.



*Für weitere Informationen:  
Dr. Rainer A. Jordan, MSc.  
Universität Witten/Herdecke  
Fakultät für Zahn-, Mund-  
und Kieferheilkunde  
Abteilung für Konservierende  
Zahnheilkunde  
Bereich Community Oral Health  
Alfred-Herrhausen-Straße 50  
58448 Witten  
andreas.jordan@uni-wh.de*



ZUM AUFSATZ „DIE ENDODONTIE ZWISCHEN STACHANOW UND HENNECKE?“ VON WILHELM BULK AUS MÜNSTER UND ZUM LESERBRIEF VON NORBERT GUGGENBICHLER ZUR STELLUNGNAHME

# „Endodontischer Irrgarten“

Natürlich muß man bei der Diskussion über unterschiedliche Behandlungskonzepte für die gleiche Erkrankung gerade als Praktiker immer auch über Geld sprechen. Man darf dabei jedoch die Frage nicht aus den Augen verlieren, ob das Behandlungskonzept, das man zur Begründung einer in den eigenen Augen unzureichenden Honorierung heranzieht, indikationsgerecht und damit erfolgreich ist.

Mit Bezug auf einen im renommierten International Endodontic Journal veröffentlichten Grundsatzartikel über die bescheidenen Ergebnisse der Infektionskontrolle bei Wurzelkanalbehandlungen nach dem international anerkannten so genannten Goldstandard der Endodontie-Spezialisten (M.-K. Wu, P. M. H. Dummer & P. R. Wesselink: Consequences of and strategies to deal with residual post-treatment root canal infection; Volume 39, Issue 5, Page 343 - May 2006) schreibt Nicola Kramer im Editorial der Maiausgabe 2006 ihrer Zeitschrift „Endodontic Practice“ sinngemäß:

„Es ist als Endodontologe ausgesprochen deprimierend, die Tatsache akzeptieren zu müssen, dass weltweit mehr als die Hälfte aller unserer Wurzelfüllungen voller Bakterien sind und geradezu eine Epidemie von nicht ausge-

heilten apikalen Knocheninfektionen existiert. Wir sind offensichtlich weder in der Lage, die für den endodontischen Infekt verantwortlichen Bakterien durch unsere Spültechniken zu eliminieren, noch ist Kalziumhydroxid insbesondere in den der mechanischen Aufbereitung unzugänglichen Bereichen ausreichend desinfektorisch wirksam. Zu allem Unglück gibt es auch keinen wissenschaftlich Beleg dafür, dass wir die unser Behandlungsprotokoll überlebenden Bakterien unschädlich machen können, in dem wir versuchen, sie mit unseren modernen Abfülltechniken und bakterienrichtigen Restaurationen wie in einem Mausoleum zu begraben. Welch wundervolle Munition für die Rechtfertigung der Extraktion funktionell einwandfreier Zähne durch unsere implantologisch tätigen Kollegen!“

Vor diesem Hintergrund relativiert sich die Forderung des Kollegen Bulk, der die zeitintensive Anwendung dieses im Wesentlichen mechanistischen Goldstandards als Beleg für eine sehr deutliche Anhebung der Honorare durch die GKV als Beleg anführt, ganz erheblich. Gegen die Forderung nach einem höheren Honorar ist natürlich genau so wenig einzuwenden wie gegen moderate Zuzahlungen durch den Patienten. Dies jedoch allenfalls für die indikationsgerechte Behandlung ihrer Erkrankung. Das vom Kollegen Bulk beschriebene endodontische Protokoll, das räumen endlich auch die endodontischen Spezialisten ein, ist zwar wie von ihm beschrieben mechanisch aufwendig und zeitintensiv, in keinem Falle jedoch indikationsgerecht oder erfolgreich.

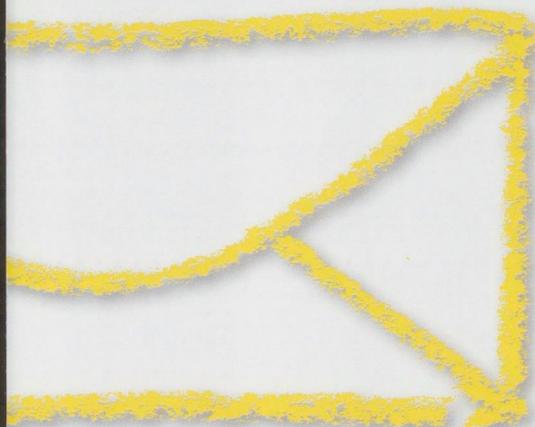
In dem gleichen Zusammenhang muss auch die Einlassung des Kollegen Norbert Guggenbichler bewertet werden.

Denn da die Hoffnung bekanntlich zuletzt stirbt, ist die Autorin nach diesem Eingeständnis des Versagens der als modern auf-

tretenden Endodontie auf der ganzen Linie eher verkrampft bemüht, ihren Lesern eine brauchbare Perspektive zu bieten, und fährt fort:

„Es ist überhaupt nicht einzusehen, dass der wundervolle menschliche Körper, der mit einer Vielzahl unterschiedlicher Bakterien in Harmonie leben kann, zur friedlichen Symbiose mit endodontitisrelevanten Bakterien nicht in der Lage sein soll. Selbstverständlich ist unser Fernziel, alle verantwortlichen Bakterien vor dem definitiven Verschluss abzutöten und die apikale Ostitis auszuheilen! Aber weil wir das offensichtlich nicht können, müssen wir umso eifriger das von Shimon Friedman beschriebene Spiel des lediglich funktionellen Zahnerhalts spielen. Um dabei erfolgreich zu sein, müssen wir unsere mechanistischen Bemühungen noch weiter intensivieren und die Bakterien auf ein Maß zu reduzieren, mit dem der Mensch zur Not leben kann.“

Mit dieser Empfehlung hebt die Kollegin im Zustand nachvollziehbarer Depression sehr weit vom Boden der spätestens von Hippokrates (geb. um 400 vor Christus) begründeten und nach wie vor geltenden medizinischen Lehre ab. Sie spielt damit nicht nur den Implantologen in die Zange, sondern haucht auch den als nahezu ausgestorben geltenden Fokaltheoretikern neues Leben ein. Natürlich lebt der Mensch in friedlicher Symbiose mit einer Vielzahl unterschiedlicher Bakterien. Sich als Zahnarzt damit zu begnügen, in seinem wundervollen Körper nicht mehr als ein Gleichgewicht des Schreckens zwischen den bakteriellen Aggressoren, die erfolgreich in seine Körperhülle eingedrungen sind und ihn krank machen, und einer permanent aktiven körpereigenen Immunabwehr herzustellen, die jederzeit zusammenbrechen kann, ist als Ziel ärztlicher Therapie völlig unakzeptabel.



Das Wichtigste in der Medizin ist die indikationsgerechte Behandlung auf der Basis der Kenntnis von Ätiologie, Pathogenese und anatomischem Umfeld, in dem sich die jeweilige Erkrankung abspielt. Wenn die Indikationsstellung nicht stimmt, gerät alles ins Rutschen und die ärztliche Therapie verkommt zum Selbstzweck. Denn eine nicht indikationsgerechte Behandlung kann per Definition nicht zur erfolgreichen voraussagbaren Heilung führen.

In diesem Sinne ist es höchste Zeit, dass sich die Endodontologen endlich wieder an die ärztlichen Wurzeln unseres Fachgebiets erinnern und von ihrem mechanistischen Höhenflug zu einer medizinischen Betrachtung ihrer nicht länger abzuleugnenden Problematik zurückkehren. Ätiologie und Pathogenese der Endodontitis sind seit einem Jahrhundert genau so vollständig beschrieben, wie ihr anatomisches Umfeld, das nachgerade ideale Bedingungen für die indikationsgerechte Langzeitanwendung wirklich potenter Desinfektionsmittel bietet. Die Therapeutika, die das Erforderliche bei Abwesenheit von Nebenwirkungen voraussagbar erfolgreich leisten können, sind gerade in Deutschland bekannt. Man muss sie nur dem klinischen Ausgangsbefund entsprechend genau so sorgfältig wie geduldig anwenden.

Der wissenschaftlichen Literatur zum Trotz gebetsmühlenartig zu wiederholen, eine ausufernde Mechanik werde es schon richten, wenn sie denn von der GKV honoriert würde, und die Unwirksamkeit von Kalziumhydroxid auf wesentliche endodontitisrelevante Keime sei strittig, ist nicht zielführend, und die überfällige Aufwertung der MED zu beklagen ist vor diesem Hintergrund nicht hilfreich.

Lassen Sie uns also erst einmal bei Erweiterung der allgemein sehr eingeschränkten Indikationsstellung zum Zahnerhalt diese einfache bakterielle Infektionskrankheit in ihrem sehr überschaubaren anatomischen Umfeld voraussagbar erfolgreich in den Griff bekommen, ehe wir ein höheres Honorar für ihre nicht indikationsgerechte Behandlung einfordern. Wenn wir das endlich erreicht haben werden, werden Fokaltheoretiker wie Kollege Guggenbichler auch wieder ihre Stimme auf ein nicht mehr wahrnehmbares Maß senken.

*Dr. Dr. Rüdiger Osswald*

## ZUM BEITRAG

„ERFAHRUNGSBERICHT KABUL MAI 2005“ AUS FORUM 89

ERREICHTEN DIE REDAKTION

KOMMENTARE ZWEIER IM AUSLAND ERFAHRENER ZAHNÄRZTE.

# Schwierige Zuwendung

Die Erfahrungen des Kollegen Lewark decken sich durchaus in vielen Details mit meinen eigenen – in Ladakh, Äthiopien und Kirgistan – und ich habe mich oft genauso gefragt, wozu man sich die ganze Arbeit macht (vor allem die Reisevorbereitungen – Beschaffung von Materialien und Geräten), wenn am Ende so wenig Positives herauskommt: Für die Patienten, für

selbst: Die notwendigen Veränderungen (natürlich nicht nur im Gesundheitswesen) müssen aus Initiativen des jeweiligen Landes selbst, zumindest aus dem gleichen Kulturkreis kommen. Das setzt aber z.B. voraus, dass die einheimischen Ärzte und Zahnärzte auch im Land bleiben.

- Ich fände es deshalb vertretbar, nur diejenigen



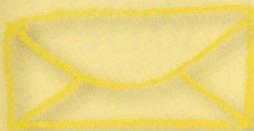
*Zahntechnisches Labor in Kabul: nicht einmal eine Grundausstattung*

die Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten im jeweiligen Land, und für die eigene Psyche. Nach vier Einsätzen in den o.g. Ländern halte ich mich zwar noch nicht für einen Experten, glaube aber, ein paar Ratschläge geben zu können, wie man bei zahnärztlichen Hilfseinsätzen in Entwicklungsländern Enttäuschungen und Frust-Schübe zwar nicht vermeiden, aber doch verringern kann.

- Den wichtigsten Rat gibt Kollege Lewark

zu Ärzten auszubilden (vor allem dann, wenn dies mit ausländischer Unterstützung geschieht), die sich verpflichten, mindestens fünf, besser zehn Jahre im eigenen Land zu arbeiten.

- Wo Hilfe geleistet werden soll, müssen zuerst vor Ort der tatsächliche Bedarf festgestellt und die lokalen Gegebenheiten eruiert werden. Es sollten nur dort zahnärztliche Behandlungsplätze installiert werden, wo Strom-,



Wasser- und Abwasserleitungen existieren oder gelegt werden können. Es ist ein Unding, Zähne und Turbinenansätze im Trockenbetrieb zu ruinieren!

- Wer zahnärztliche Geräte liefert, muss unbedingt vorher die lokalen Fähigkeiten abklären, Installation und Reparaturen durchzuführen. Mit modernstem Equipment eingeflogene Medizintechniker könne sicher sachgerechte Inbetriebnahmen gewährleisten, nicht aber Nachhaltigkeit bzgl. Wartung und Instandsetzung. Immer wieder ist zu hören, dass die Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit

recht wiederhergestellte Geräte aus dem zahnmedizinischen und allgemeinmedizinischen Bereich.

- Wer feststellt, dass gelieferte Geräte, Instrumentarium oder Material nicht dorthin kommen, wo sie hingehören, sondern privat genutzt oder verkauft werden, muss den Verantwortlichen sagen, dass man sie nicht weiter unterstützt - diesen Mut muss man aufbringen, auch um unserer Spender willen. Ebenso konsequent muss man Wünsche nach implantologischem Equipment und Knowhow zurückweisen. Solange nicht bestimmte

*Behandlung angesichts des Mangels: ausländische Hilfe muss bedarfsgerecht sein*



(GTZ) großzügig modernstes Equipment geliefert und installiert hat, nach kurzer Zeit die teuren Geräte aber defekt waren und unbenutzt herumstanden, weil eine Platine nicht mehr zu beschaffen war, oder die Kollegen vor Ort mit High-Tech-Gerät überfordert sind. Viel besser geeignet, auch speziell für die Arbeit in Entwicklungsländern konzipiert, und zu einem Bruchteil der Kosten einer deutschen Einheit zu liefern sind z.B. Units aus Brasilien (Olsen): ohne Platinen und luftgesteuert kosten diese Plätze incl. Behandlungsstuhl, OP-Lampe, Schwebetisch, Unit mit Mehrfunktions-spritze, Turbine, Mikromotor einschl. Winkelstücke, integr. Wasserversorgung und Absaugpumpe und Arbeitssessel ca. 6000 Euro (erweiterbar um Polymerisationslampe und Ultrascaler). Wer sich darüber informieren will, nehme Kontakt auf mit der Firma Technologie Transfer Marburg in die Dritte Welt (TTM), Tel. 06421-873730, wo man kompetent und indikationsgerecht beraten wird. Diese Firma kümmert sich auch um die Abwicklung der Zollformalitäten und den Versand. Diese Firma liefert auch gebrauchte, aber fachge-

Hygienestandards gewährleistet sind und so lange nicht Unverzichtbarkeiten aus den konservierenden und prothetischen Fachbereichen praktiziert werden können, ist Implantologie so wenig angebracht wie kostspieliges Endo- Instrumentarium (Mikroskope etc.). Außerdem kämen Implantatversorgungen nur wieder den Privatpatienten zugute.

- Die Enttäuschung des Kollegen Lewark könnte aber auch an der speziellen Situation in Afghanistan liegen: Möglicherweise hat ja die Tatsache, dass dieses Land fast vollständig auf ausländische Hilfe angewiesen ist, schon an der Selbstachtung der dortigen Kollegen genagt. Statt der Ankündigung einer Lehrtätigkeit sollte man vielleicht erst mal ein paar Tage zuschauen und sich auf gleicher Augenhöhe auf den einen oder anderen Rat beschränken. Wenn sich daraus der Wunsch der Kollegen nach einem Fachseminar oder einer speziellen Fortbildung entwickelt, umso besser. Wir müssen einfach berücksichtigen, dass Menschen auch in Notsituationen die Möglichkeit haben müssen, ihr Gesicht zu wahren.

*Dr. Hanns-W. Hey*



**Zahnarzt, 42,**  
ohne BE, sucht Anstellung als  
Ausbildungsassistent n. § 13 ZHG  
im südlichen NRW. Dt. Staats-  
examen 1999,  
BE als gelernter Zahntechniker.  
Alle mit einem Wiedereinstieg und  
§ 13 verbundenen Kosten werden  
übernommen.  
PAR Fobi 2006,  
Rö Fobi 2007.  
Gerne auch Teilzeit o.ä.  
J. Müller,  
Tel: 01729080196 oder  
Fax: 02685988644

**LESERBRIEF  
ZU „ERFAHRUNGSBERICHT  
AUS KABUL“ VON DR. GÜNTER  
LEWARK, FORUM 89/12.06**

Die Effizienz und auch Nachhaltigkeit eines Projektes...“, den Erfolg herauszubekommen, das ist wirklich eine schwierige Sache. Die Bewertung kann aus verschiedenen Blickwinkeln erfolgen und zu so ganz verschiedenen Ergebnissen führen. So ist ganz wichtig zu unterscheiden, ob es sich um einen Hilfeinsatz in einer Notsituation (Krieg, Hunger-, Umweltkatastrophe), also eine Art „Feuerwehreinsatz“ handelt, um „Arbeitseinsatz für die Armen (Preisdumping)“ oder um Entwicklungshilfe. Die Ziele sind so verschieden, dass eine Vermischung nur zu Frust führen kann, wie Kollege Lewark in seinem Artikel anschaulich darstellt.

Geht es um einen erfolgreichen „Feuerwehreinsatz“, so muss die „Feuerwehr“ die Kapazität haben, das Problem zu bewältigen bzw. es müssen primär dafür die Voraussetzungen geschaffen werden. Begrenzte Krisenbereiche wie z.B. ein Fischerdorf nach dem Tsunami sind so kalkulier- und beherrschbar. Wenn jedoch wie hier dargestellt in der einzigen vorhandenen Klinik mit miserabler Ausrüstung die PatientInnen aus ganz Afghanistan zahnärztlich/chirurgisch versorgt werden müssen, so ist das natürlich unmöglich. Auch wenn 200-250 Patienten pro Tag irgendwie versorgt werden, so kann das bei dem riesigen Einzugsbereich keine Versorgung der Bevölkerung (ca. 30 Millionen) sein. Es kann zwar Einzelnen nach willkürlicher Zufallsauswahl geholfen werden, aber es kann keine Verbesserung, keine nachhaltige Veränderung des Gesundheitszustandes in Afghanistan erwartet werden. Deshalb blüht nicht nur Korruption, deshalb kommt bei den länger Tätigen auch Frust, Lethargie und Ignoranz auf in Richtung „Abwarten und Tee trinken – wir können den Zustand sowieso nicht ändern“. Da würden auch keine besseren Gehälter motivieren. Die Einzelnen suchen sich lieber ihre privaten kleinen Bereiche, in denen sie für sich erfolgreich arbeiten können. Und wir Hilfeleistenden – wir können viel-

leicht 100 – 200 Zähne pro Tag ziehen. Und darin unseren persönlichen Erfolg sehen. Das war's. Die Ursache des Problems beseitigen wir nicht.

Zur Nachhaltigkeit in der medizinischen Versorgung gehört die Prävention – aber welcher Patient mit einem riesigen Abszess, hunderte von Kilometern angereist, interessiert sich für Ernährungsberatung, Zahnputztechniken? Möglichkeiten dafür sind kaum vorhanden und seit Generationen die Extraktion die einzige Versorgung. Die individuelle und offizielle Not liegt im Krisengebiet nicht in der Prävention.

Preisdumping, z.B. das gratis-Behandeln in einem Armengebiet, ist ein anderes Problem der gut gemeinten Hilfe. So etwas führt nicht zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Vielmehr unterstützt es die Lethargie der Betroffenen, nicht nur in Entwicklungsländern: „es wird schon Hilfe kommen, wenn die Not nur groß genug geworden ist“. Diese Mentalität mussten wir auch bei unseren Projekten erleben und sie überträgt sich auch auf die Pflege der gestifteten Ausrüstung. Gratis-Behandlung kann eventuell als Motivation in ein Präventionsprogramm eingebunden werden als sozialmedizinische Aufgabe, insbesondere für Kinder. Sonst macht sie nur den Markt für ein lokales Gesundheitswesen kaputt. Medizinische Hilfe muss dem Betroffenen auch etwas Wert sein – und sei es eine Banane.

Nachhaltigkeit, dieses Ziel sollte jedem Hilfsprojekt stets vor Augen haben. Andere nennen es Hilfe zur Selbsthilfe. Diese Hilfe muss inhaltlich machbar und lokal überschaubar sein. Es müssen die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Zielgruppe mit den eigenen Wünschen und Möglichkeiten abgestimmt werden und es muss ein Programm dahinter stehen, dass langfristig Entwicklung und Bestand verspricht – sonst bleibt es beim mehr oder weniger erfolgreichen „Feuerwehreinsatz“. Ich hoffe, mit unserem Programm haben wir einen vorstellbaren Weg gefunden.

*Dr. Ulrich Happ*  
2. Vorsitzender  
Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya e.V.  
[www.zahnarztthilfe-kenya.de](http://www.zahnarztthilfe-kenya.de)

**In DAZ-eigener Sache:  
HERZLICHE EINLADUNG  
AN ALLE MITGLIEDER!**

Sehr geehrte Damen und Herren!

Wie gewohnt folgt im Rahmen der Frankfurter Frühjahrstagung auf die politischen und Fortbildungs-Aktivitäten am Samstag, dem 05.05.2007, am nächsten Tag, Sonntag, dem 06.05.2007, ein verbandsinternes Treffen, eine sogenannte DAZ-Ratssitzung (9.30 – ca. 14.00 Uhr, ebenfalls im Ökohaus, Kasseler Str. 1a, Frankfurt-Bockenheim).

Während im vorigen Jahr die Auseinandersetzung mit Integrierten Versorgungsmodellen unter zahnärztlicher Beteiligung die DAZ-interne Diskussion dominierte, dürfte es in diesem Jahr eher um die Folgen der neuesten Gesundheitsreformen und um die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zu Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung gehen. Es wird interessant sein, hierzu Erfahrungen aus verschiedenen KZV-Bereichen zusammenzutragen und zu untersuchen, wie das DAZ-Projekt Qualitätssicherung den Anforderungen entspricht und welche weiteren Angebote für die Praxen in der nächsten Zeit im Rahmen des Projektes entwickelt werden sollen. Nicht zuletzt werden wir auch thematisieren, wie der DAZ seine politische Zusammenarbeit mit anderen Organisationen, vor allem dem NAV-Virchow-Bund, und seine Präsenz in der Öffentlichkeit verstärken kann.

Für all dies braucht der DAZ aktive Mitstreiter. Alle Mitglieder sind eingeladen, in Frankfurt zusammen mit dem DAZ-Vorstand über die Aktivitäten des DAZ und des QS-Projektes sowie die nächste Ausgabe der Zeitschrift DAZ-Forum zu beraten, Kritik und Vorschläge einzubringen und sich je nach Ihren Interessen in dem einen oder anderen Arbeitsbereich auch zukünftig zu beteiligen.

Daneben gibt's am Freitag vor Tagungsbeginn und am Samstagabend nach den öffentlichen Veranstaltungen Gelegenheit zu kollegialem Austausch und geselligem Beisammensein.

Bis zur Frühjahrstagung!  
Es grüßt Sie

*Irmgard Berger-Orsag,*  
DAZ-Geschäftsführerin

Priv.-Doz. Dr.  
Ingeborg  
Peroz



## Im Alter nicht mehr ohne sondern mit –

### WAS SENIOREN UND IHRE ZÄHNE HEUTE WIRKLICH BRAUCHEN

*Tipps und Anregungen für die Alterszahnheilkunde und Alterszahnpflege. Besonders defizitäre Verhältnisse bei den Pflegebedürftigen. Unterstützung von Pflegepersonen durch Prophylaxefachkräfte erforderlich.*

Auf der Herbstveranstaltung der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin e.V. (VDZM) in Berlin zeigte Priv. Doz. Dr. Ingrid PEROZ, Oberärztin für Prothetik und Alterszahnheilkunde an der Humboldt-Universität, die besonderen Bedürfnisse älterer Patienten auf. Die Teilnehmer der Veranstaltung diskutierten neben den fachlichen Aspekten auch, welche strukturellen und personellen Veränderungen daraufhin vorzunehmen sind.

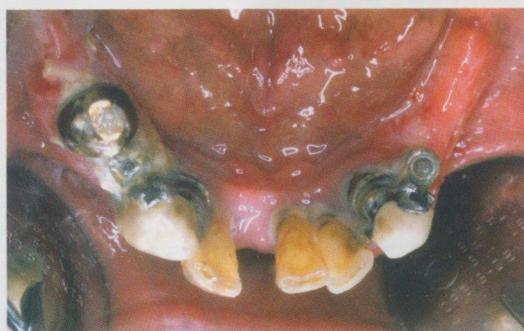
Dr. PEROZ hob hervor, dass laut der dritten Mundgesundheitsstudie (DMS-III, 1997) nach wie vor ein Viertel der 65- bis 74-jährigen zahnlos sei. Im Umkehrschluss bedeute dieses aber auch, dass drei Viertel der Menschen heute im hohen Alter noch viele Zähne behalten, welche der Pflege, Betreuung und gegebenenfalls auch der Behandlung bedürfen. In Verbindung mit der steigenden Lebenserwartung werde laut Angaben des Statistischen Bundesamtes die Zahl der über 80jährigen bis zum Jahr 2050 von derzeit knapp vier Millionen auf über zehn Millionen steigen.

Im hohen Alter belaste und beeinträchtige die Multimorbidität vieler Menschen ihre Mundgesundheit. Insbesondere die speichelhemmende Wirkung vieler Medikamente, allem voran Antidepressiva und Antihypertonika, erhöht durch den Wegfall der Spül-, Pufferungs- und Remineralisationswirkung des Speichels die Risiken für Karies und Parodontitis ganz dramatisch. Für die Betreuung und Medikation dieser Menschen könnten und sollten Speichelerersatzstoffe mit zusätzlichem Fluoridgehalt bis zu 4 ppm zum Einsatz kommen. Ver-

fügbare seien auch Spezialkaugummis mit künstlichem Speichel und Mundspüllösungen.

Ein besonderes Problem böten auch Zustände nach Bestrahlungen, etwa im Rahmen einer Krebstherapie. Nach einer solchen bliebe so gut wie immer eine verringerte Speichelproduktion zurück. Insbesondere die Ohrspeicheldrüse regeneriere nicht wieder.

Gerade beim alten Menschen trete besonders die Zahnhalskaries hervor, die aufgrund



*Lange keine Zahnbürste gesehen:  
Zahnersatz und Restbeziehung einer pflegebedürftigen Person*

des reduzierten Zahnfleischniveaus oft flächig bis zirkulär anwachse sowie besonders gern unterhalb von Kronenrändern in Erscheinung trete. Um der Zahnhalskaries präventiv zu begegnen, biete sich neben geeigneter Plaquebeseitigung mittels Zahnbürste und Zwischenraumpflegehilfsmitteln auch die hochdosierte

Lokalfluoridierung in wöchentlichen Gel-Applikationen oder auch in vierteljährlichen Fluoridlack-Touchierungen an.

Die im hohen Alter und insbesondere bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit nachlassende Fähigkeit zur Eigenzahnpflege werde allzu oft nicht gleichwertig durch die Pflegepersonen aufgefangen, so dass daraus in vielen Einzelfällen ein fulminanter Zerstörungsschub des Gebisses mit dramatischem Einbruch der verbliebenen Kau- und Lebensfunktionen folge.

Weiterhin wisse man heute, dass etwa bei Parodontitis auch das Risiko für gesamtgesundheitliche Schäden steige. So nähme das kardiovaskuläre (Herz/Kreislauf) Risiko gleich auf das Doppelte zu. Regelmäßig werde bei Parodontitis-Patienten in Greifmuskel-Tests eine deutlich niedrigere Muskelkraft als beim parodontal Gesunden gemessen, was auf ein erhöhtes Risiko für Pflegebedürftigkeit hinweise.

Einer Studie zufolge, in der bei Geriatrischen Patienten bakteriologische Mundschleimhaut- beziehungsweise Prothesenabstriche vorgenommen wurden, musste bei 52 Prozent bis 69 Prozent der Fälle ein Verdacht auf Vorliegen einer Candidiasis, also Pilzbesiedelung, als Ausdruck mangelhafter Hygiene und eventueller Abwehrschwäche festgestellt werden.

Entgegen der landläufigen Vorstellung vom „Gebiss im Glas“ könne es bei diesem Personenkreis im übrigen sinnvoller sein, den Ersatz nachts nicht zu tragen und ihn dann eher trocken zu lagern als feucht.

Eine gute Empfehlung könne im Einzelfall auch die Anschaffung eines Ultraschallreinigungsgeschirrs für Zahnersatz sein, das heute für wenige Euro sogar schon von Diskonthandelsketten angeboten werde.

## **PFLEGE FÜR DIE PFLEGE – DIE PFLEGEPERSONEN IN DER GEBISSPFLEGE UNTERSTÜTZEN**

Die als besonders defizitär erkannte Situation in Heimen und Pflegeeinrichtungen wie vielfach auch in der häuslichen Pflege löste unter den Tagungsteilnehmern eine lebhaftere Diskussion aus.

Angehörige berichteten, dass die pflegenden Personen oft so stark von den übrigen pflegerischen Aufgaben gefordert wie zuweilen auch überfordert seien, dass die Mund- und Gebisspflege eben aus dem Blick gerate oder einfach unterbleibe. Unsicherheiten über das geeignete Vorgehen, den angemessenen Einsatz von Hilfsmitteln und von Pflegeprodukten kämen hinzu. Die Diskutanten waren sich einig, dass die pflegenden Personen, egal ob sie in pflegerischen Einrichtungen oder in der häuslichen Pflege tätig seien, in gewissen Abständen, zum Beispiel halbjährlich, eine Unterstützung durch mobile Zahn-Prophylaxefachkräfte erfahren sollten, die sie bei der Arbeit aufsuchen, beraten, schulen, remotivieren und mit Maßnahmen professioneller Zahn- und Zahnersatz-Reinigung sowie auch lokaler Zahnlack-Fluoridierung unterstützen können.

Erfahrungen aus einem Modellprojekt der

Zahnärztekammer Berlin (2005/2006), wo drei zahnärztliche Teams mit je zwei Zahnmedizinischen Fachangestellten aus einer Praxis sowie von der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (LAG) insgesamt 56 Wohneinrichtungen für behinderte Erwachsene mindestens zweimal jährlich aufsuchten und betreuten, hätten gezeigt, wie dankbar die pflegenden Personen dies nach anfänglicher Zurückhaltung aufgenommen hätten, und wie sehr sich die Pflege im Alltag daraufhin verbessert habe. Im übrigen wurden die Kosten hier mit 26 Euro pro Bewohner und Jahr angegeben. Allerdings fehlten hier Zahnreinigungen und Fluoridapplikationen im Angebot.

Von den Teilnehmern der Veranstaltung kritisch betrachtet wurde die Einstellung vieler Zahnärzterverbände und Zahnärztekammern, den Schwerpunkt vorrangig in der Behandlung zu sehen. Sicherlich wäre auch diese verbesserungswürdig. Allerdings sei die Behandlung der betroffenen Pflegebedürftigen im Bedarfsfalle seitens der Angehörigen oder der Pflegedienstleitungen durch das Verweisen zum Hauszahnarzt oder das Hinzuziehen eines die Einrichtung betreuenden Zahnarztes durchaus zu lösen.

Die Unterstützung der Pflegepersonen erfordere jedoch ebenso wie in der Jugendzahnpflege und Gruppenprophylaxe **strukturelle Maßnahmen unter Einsatz von Prophylaxefachkräften**, die nach aktueller Gesetzeslage unter eine wie auch immer geartete zahnärztlicher Aufsicht zu stellen seien. Auch in der Seniorenbetreuung könne das Gruppenprophylaxe-Modell angewendet werden. Man könnte die Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege damit beauftragen, ebenso wie auch Strukturverträge denkbar seien, nach denen Zahnärzte mit geeigneten Prophylaxe-Teams im Auftrage oder auf Abruf tätig werden könnten.

„Die Menschen brauchen Unterstützung und Hilfe von uns, wenn sie sich noch nicht – und wenn sie sich nicht mehr selbst helfen können. Das betrifft also die Prophylaxe bei Kindern und Jugendlichen einerseits sowie bei pflegebedürftigen Senioren und ähnlichen Personengruppen andererseits. Hier liegen die besonderen Aufgaben und hier schließt sich dann der Kreis“, fasste Dr. PEROZ die Ergebnisse der Diskussion zusammen.

*VDZM-Pressemeldung vom 14.11.2006  
Dr. Burghard Hahn, Frankfurt*

## **Pressemeldung des BVAZ**

### **DER BERUFSVERBAND DER ALLGEMEINZAHNÄRZTE ZU WISSENSCHAFT UND KOMMERZ**

**Gern zitieren wir aus Verlautbarungen anderer Vereinigungen, deren Haltungen und Meinungen den unseren verwandt sind.**

**Der Berufsverband der Allgemeinzahnärzte äußert sich zu der seiner Meinung nach unangemessenen Verquickung von Wissenschaft und Kommerz.**

**Wir zitieren deshalb in Auszügen aus einer Pressemeldung:**

Am Beispiel der umstrittenen Endodontie-Richtlinie sei die enge Verflechtung wissenschaftlicher Fachgesellschaften mit kommerziellen Weiterbildungsträgern deutlich geworden, wie auch die unverhohlenen Interessen der Hochschullehrer, die auf der einen

Seite weltfremde Leitlinien aufstellen und den Zahnärzten auf der anderen Seite für kostspielige Pseudo-Fachzahnarzt-Weiterbildungen mehr „als eine Handvoll Dollar“ abverlangen, so Dr. Günter Kau M.Sc.(Healthcare Management), Präsident des Berufsverbandes der Allgemeinzahnärzte BVAZ.

Es ist höchste Zeit aufzuzeigen, dass wir Allgemeinzahnärzte mehr als nur Teilgebietsspezialisten sind, und dass wir deren rein prozessorientierte Leitlinien eigene allgemeinzahnärztliche Leitlinien entgegenstellen können, die bei Wahrung der Therapiefreiheit ergebnisorientiert sind.

Ein für teures Geld ausgebildeter Teilzahnarzt kann nicht daran interessiert sein, dass

ein Spezialist für Zahnheilkunde ihm alle komplizierten Fälle überweist, Er braucht die solventen Patienten, die sich seine hochpreisigen, technisch überlasteten und häufig genug keineswegs zielführenden Bemühungen leisten können. Die verbleibenden 90% der Patienten sollen wir Allgemeinzahnärzte dann irgendwie, in den Augen der Fachgesellschaften jedoch eher schlecht als recht behandeln.

Wir wollen die ordentlich arbeitenden Zahnärzte hinter uns versammeln, die nicht nur kleinere Teilgebiete, sondern das gesamte Fachgebiet der Zahnheilkunde überblicken, die in der Folge alle Patienten indikationsgerecht behandeln können und nötigenfalls an universitär weitergebildete Kollegen überweisen.



## Buchbesprechungen

### Medizin und Judentum

Das Institut für Geschichte der Medizin in Dresden blickt hinsichtlich der Aufarbeitung der Zeit des Nationalsozialismus auf eine respektable Tradition bis weit in die Vorwendezeit zurück. Durch den für uns glücklichen Zufall in Gestalt einer Zahnmedizinerin, Medizinhistorikerin und heute wissenschaftliche Oberassistentin am Institut für Geschichte der Medizin der medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus an der TU Dresden Prof. Dr. Caris-Petra Heidel, kamen schon frühzeitig auch zahnmedizinische Themen des inkriminierten Zeitraumes zur wissenschaftlichen Bearbeitung. Zu einem Zeitpunkt, als in Westdeutschland von zahnärztlicher Seite noch eine Beteiligung an den Naziverbrechen vehement abgestritten, bzw. verleugnet wurde, scheute Heidel auch wissenschaftliche Westkontakte hinsichtlich dieser Thematik nicht.

In der Nachwendezeit ergab sich in Zusammenarbeit mit dem damaligen Direktor des Instituts, Prof. Dr. Albrecht Scholz, eine medizinhistorische Veranstaltungsreihe unter dem Oberthema Medizin und Judentum. Die Ergebnisse dieser Veranstaltungen wurden seit 1994 regelmäßig in einer Buchreihe veröffentlicht und waren in der Zwischenzeit längst vergriffen. Zahlreiche bekannte Forscher der Neuen Medizingeschichte kamen in den 5 Bänden zu Wort: neben den Herausgebern u. a. Kurt Nemitz, Julius Carlebach, Gerhard Baader, Paul Weindling, Eduard Seidler oder Gerald Kreft.

Dem bekannten Mabuse-Verlag aus Frank-



furt am Main kommt das Verdienst zu, Band I (1994) Jüdische Ärzte in Sachsen, Band II (1995) Hygiene und Judentum, Band III (1996) Medizinische Wissenschaft und Judentum, Band IV (1998) Medizinische Bildung und Judentum und Band V (2000) Sozialpolitik und Judentum als Reprint von 500 Seiten 2005 neu herausgegeben zu haben. Medizin und Judentum ist in dieser gebotenen Variationsbreite auch für ZahnmedizinerInnen ohne umfassende medizinhistorische Vorbildung interessant und äußerst lesenswert. Auch spezifisch zahnmedizinische Aspekte kommen nicht zu kurz. So wird den Schicksalen jüdischer Zahnärzte in Dresden und Leipzig nachgegangen. Ein Beitrag beschäftigt sich mit der deutschen Zahnärzteschaft im Umgang mit ihrer NS-Vergangenheit. Der Versuch einer wissenschaftlichen und institutionellen Verselbständigung der sozialen Zahnheilkunde durch Alfred Cohn und Julius Misch wird ebenso thematisiert wie Alfred Kantorowicz als Vorkämpfer der sozialen Zahnheilkunde in Deutschland oder das sozialpolitische Engagement der bekannten Zahnärztedynastie der Familie Nelki aus Berlin.

Als Band VI erschien (2002) Das Bild des jüdischen Arztes in der Literatur, Theater und Film. In Band VII Emigrantenschicksale findet sich u. a. der zahnmedizinische Beitrag über den Einfluss von Alfred Kantorowicz auf die wissenschaftliche Zahnheilkunde in der Türkei. Band VIII Der Einfluss des Zionismus auf Medizin und Gesundheitswesen erscheint in Kürze ebenfalls mit einer zahnmedizinischen Fragestellung: Gab es Einflüsse des Zionismus in der Zahnheilkunde? Alle Bände sind in einer ansprechend lesbaren Form, hervorragend lektoriert und vielfach bebildert. Sehr empfehlenswert und für zahnmedizinische Verhältnisse zu einem sehr zivilen Preis!

*Albrecht Scholz, Carie-Petra Heidel (Hrsg.), Medizin und Judentum, Medizinhistorische Essays, Reprint der Tagungsbände 1-5 (1994-2000), 500 S., 49 Euro, 2005, ISBN 3-938304-04-9*

*Albrecht Scholz, Caris-Petra Heidel (Hrsg.), Das Bild des jüdischen Arztes in der Literatur, Schriftenreihe Medizin und Judentum, Band 6, 178 S., 18 Euro, 2002, ISBN 3-933050-94-4*

*Albrecht Scholz, Caris-Petra Heidel (Hrsg.), Emigrantenschicksale, Einfluss der Emigranten aus Sozialpolitik und Wissenschaft in den Gastländern, Schriftenreihe Medizin und Judentum, Band 7, 358 S., 34 Euro, 2004, ISBN 3-935964-38-2*

*Albrecht Scholz, Caris-Petra Heidel (Hrsg.), Der Einfluss des Zionismus auf Medizin und Gesundheitswesen, Schriftenreihe Medizin und Judentum, Band 8, ca. 300 S., ca. 30 Euro, erscheint im Mai 2006, ISBN 3-938304-02-2*

*Dr. Wolfgang Kirchhoff*

# Einführung in die Zahnmedizin



herausgeg. von B. Reitemeier, N. Schwenzler  
und M. Ehrenfeld

Thieme-Verlag 2006, 305 Seiten,  
556 farb. Abbildungen  
ISBN 3-13-13919-x

Dieses Buch wurde speziell für Zahnmedizin-Studenten der Vorklinik konzipiert, um ihnen, so das Vorwort der Herausgeber, einen Überblick über die gesamte Zahnmedizin zu vermitteln. Das macht es zwar auch für den ausgewachsenen Zahnarzt interessant, erklärt aber vor allem, warum Aspekte der Ausbildungsordnung, die Grundlagen der evidenzbasierten Zahnmedizin, arbeitswissenschaftliche Aspekte und die „Internetsuche – Wege zur effektiven Literatursuche“ relativ ausführlich beleuchtet werden.

Andererseits ist jedoch nicht nachzuvollzie-

hen, warum die zahnärztliche Chirurgie auf gerade mal zweieinhalb Seiten abgehandelt wird (im Stichwortverzeichnis findet sich unter „Chirurgie, zahnärztliche“ sogar nur ein Verweis auf eine Viertelseite Chirurgie im 19. Jahrhundert), der Implantologie dagegen dreifacher Raum zugestanden wird. Überhaupt werden prothetische Aspekte und Methoden überproportional behandelt, wobei sogar die Vor- und Nachteile der Abformung mit Kupferlingen beschrieben werden – ich dachte, das hätten wir nun wirklich hinter uns! Zum Thema Lokalanästhesie findet man demgegenüber lediglich einen 3-Zeilen Hinweis darauf, dass sie Aufgabe des Behandlers ist (!) plus zwei Abbildungen.

Wenn ein Buch, das von über 30 Hochschullehrern zusammengestellt wurde, solcherlei Gewichtungen zeigt, so ist zu befürchten, dass auch

die geplante neue Approbationsordnung in diese Richtung zielen wird – m.E. ein falscher Weg.

Noch einmal: dies ist eine „Einführung“ ins Fach. Für die intensivere Beschäftigung mit den einzelnen Disziplinen muss natürlich auf die entsprechenden Lehrbücher verwiesen werden (z.B. die im gleichen Verlag erschienenen). Für manchen Bereich ist auch die Kürze kein Nachteil. Sehr gut gelungen finde ich die Kapitel „Normale und gestörte Funktionen des orofazialen Systems“ und die „Alterszahnmedizin“ sowie die dazu passenden Teile des Zahnersatz-Kapitels.

Schon deshalb ist das Buch sowohl für Anfänger als auch Fortgeschrittene ausgesprochen lesenswert und – in der gewohnt hohen Thieme-Qualität mit großzügiger Bebilderung – auch seinen Preis wert.

Dr. Hanns-W. Hey



## Vorankündigung: Jahrestagung des DAZ am 15. September 2007 in Berlin

Den traditionellen Fortbildungsvortrag in Verbindung mit unserer Jahreshauptversammlung wird Herr Professor Dr. med. habil. Dieter Schneider aus Leipzig zu dem Thema „Der Koronarpatient in der täglichen Praxis“ halten.

Parallel zum allgemeinen medizinischen Fortschritt sehen wir in unseren Praxen immer mehr chronisch kranke, multimorbide Patienten, die in großer Zahl auch Koronarpatienten sind. Die koronare Herzkrankheit zeigt sich in verschiedenen Ausprägungen mit unterschiedlichen Folgeerkrankungen und unter diversen Komorbiditäten.

Koronarpatienten bedürfen einer dif-

ferenzierten und ganzheitlichen Therapie, in die sich die zahnmedizinische Betreuung einfügen muss.

Internistische Kenntnisse – speziell auf diesem so bedeutenden Gebiet – sind für den Zahnarzt unverzichtbar. Der Vortrag soll der Aktualisierung und Aktivierung des Wissens der Zuhörer dienen.

Prof. Dr. Dieter Schneider hat an der Universität Jena studiert und 1968 promoviert.

Die Facharztanerkennung als Internist mit gastroenterologischer Subspezifikation erhielt er 1980 in Leipzig.

1981 übernahm er die Leitung der internistischen Abteilung des St. Elisabeth-

Krankenhauses in Leipzig, wo er sich mit der wissenschaftlichen Erforschung der koronaren Herzkrankheit und des Herzinfarktes beschäftigte.

1983 habilitierte er sich mit einer Arbeit zu medikamentöser Therapie und nichtinvasiver Diagnostik der ischämischen Herzkrankheit.

1985 erhielt er die *facultas docendi*, 1989 erfolgte die Berufung zum Honorarprofessor für Innere Medizin, 1995 wurde ihm der Titel „Außerplanmäßiger Professor“ verliehen.

Prof. Dr. Schneider ist Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der Deutschen Herzstiftung.



# Termine

## Nächste Termine und Aktivitäten

**19.-23.03.2007:**

Protestaktionen der Freien Ärzteschaft  
(Tel. 02104/1385975)

**20.-24.03.2007,**

**Köln/Messe: IDS 2007**

**19.04.2007,**

**Rastede:**

Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg  
(Tel. 04402/928811)

**05./06.05.2007,**

**60486 Frankfurt/Ökohaus,  
Kassler Str. 1a:**

DAZ-VDZM-Frühjahrstagung mit gesundheitspolitischem Vormittag am 05.05.07 ab 10.00 Uhr zu den Folgen der aktuellen Gesundheitsreformen für Patienten und (Zahn-)Ärzte aus ärztlicher und aus Kassen-Sicht.

Referenten:

Dr. Klaus Bogner, Friedrichshafen, Allgemeinmediziner und stellv. Vorsitzender des NAV-Virchow-Bundes, sowie ein Vertreter eines Krankenkassenverbandes (angefragt).

**14.00-18.00 Uhr**

Fachfortbildung unter dem Oberthema „Quo vadis Implantologie“ zu neuesten Methoden in der Implantologie und zur Kritik der aktuellen Trends;

Referenten:

Dr. Matthias Mayer, Frankfurt, und Dr. Wolfgang Kirchhoff, Marburg.

**06.05.07 ab 9.30 Uhr im Ökohaus**

DAZ- und VDZM-Verbandssitzungen

**24.05.2007, Rastede:**

Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg  
(Tel. 04402/928811)

**06.06.2007, 20.00 Uhr,**

**Berlin/Hotel Seehof:**

BUZ-Stammtisch (Tel. 030/3925087)

**13.06.2007:**

Mitgliederversammlung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege DAJ  
(Tel. 0228/694677)

**21.06.2007, Rastede:**

Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg  
(Tel. 04402/928811)

**19.07.2007, Rastede:**

Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg  
(Tel. 04402/928811)

**03.08.2007, Naunhof/Sachsen:**

DAZ-Ratssitzung

**23.08.2007, Rastede:**

Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg  
(Tel. 04402/928811)

**05.09.2007, 20.00 Uhr, Berlin/Hotel Seehof:**

BUZ-Stammtisch (Tel. 030/3925087)

**15./16.09.2007, 10117 Berlin-Mitte/  
Dietrich-Bonhoeffer-Haus:**

DAZ-Jahrestagung 2007:

**10.00 -13.00 Uhr**

Fortbildung „Der Koronarpatient in der täglichen Praxis“;

Referent:

Prof. Dr. med. Dieter Schneider, Leipzig;

**14.00-18.00 Uhr,**

DAZ-Hauptversammlung und Jahresversammlung des DAZ-Projektes „Qualitätssicherung“

**16.09.07**

Fortsetzung der Hauptversammlung

**20.09.2007, Rastede:**

Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg  
(Tel. 04402/928811)

**25.09.2007:**

Tag der Zahngesundheit 2007

**18.10.2007, Rastede:**

Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg  
(Tel. 04402/928811)

**15.11.2007, Rastede:**

Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg  
(Tel. 04402/928811)

**16.-18.11.2007, Berlin:**

Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes

**05.12.2007, 20.00 Uhr, Berlin/Hotel Seehof:**

BUZ-Stammtisch  
(Tel. 030/3925087)

**20.12.2007, Rastede:**

Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg  
(Tel. 04402/928811)

*Bei den Veranstaltungen der DAZ-Studiengruppen und bei den DAZ-Tagungen werden Fortbildungspunkte vergeben.*

Weitere Informationen unter

**Tel.: 0221/973005-45,**

**Fax: 0221/7391239,**

**Mail: daz.koeln@t-online.de**

## FAX-Anmeldung DAZ-VDZM-Frühjahrstagung vom 05.-06.05. 2007

Dieses Fax bitte ausfüllen und bis zum 28. April 2006 an **0221 7391239** faxen

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Ich nehme teil an der

- Vormittagsveranstaltung 10-13 Uhr
- Nachmittagsveranstaltung 14-18 Uhr
- Vormittags- und Nachmittagsveranstaltung
- DAZ-Ratssitzung am 06.05.2007 in Frankfurt

Der Vormittag ist beitragsfrei;

am Nachmittag werden Beiträge von 10 Euro (studentische Mitglieder von DAZ oder VDZM), 20 Euro (Studenten/Nicht Mitglieder), 30 Euro (berufstätige DAZ- oder VDZM-Mitglieder) bis 40 Euro (berufstätige Nicht-Mitglieder) erhoben.

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ),  
Belfortstr. 9, 50668 Köln

Name, Vorname

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

E-Mail

Datum/Unterschrift

**FAX 0221  
7391239**



DER DAZ STELLT SICH VOR

## Warum es so interessant ist, dabei zu sein!

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) ist ein parteipolitisch unabhängiger Verband für Zahnärzte in freier Berufsausübung. Der Erhalt der Freiberuflichkeit und der Therapiefreiheit sind wichtige Ziele seiner berufspolitischen Tätigkeit. Dabei beinhaltet Freiberuflichkeit Freiräume, aber auch Verpflichtungen für den Zahnarzt.

Nach DAZ-Auffassung steht der Patient im Mittelpunkt des Praxisgeschehens. Nicht die Gewinnträchtigkeit einer Arbeit, sondern die medizinische Indikation ist Richtschnur zahnärztlichen Handelns.

### Studiengruppen

Die Mitglieder des DAZ sind, soweit geografisch möglich, in regionalen Studiengruppen zusammengeschlossen, die praxisnahe Fortbildungsveranstaltungen und Gesprächsabende anbieten. Neben der Erörterung aktueller Berufsprobleme und standespolitischer Fragen werden im offenen kollegialen Gedankenaustausch Erfahrungen aus dem Praxisalltag diskutiert. Die Fortbildungsaktivitäten werden mit Blick auf die gesetzlich vorgeschriebene Fortbildungsverpflichtung an den Leitsätzen und Empfehlungen der Bundeszahnärztekammer und den Kriterien für Punktvergabe der BZÄK, DGZMK und APW orientiert.

### Informationen

Über die örtlichen Aktivitäten werden die Mitglieder durch regelmäßige Rundschreiben informiert. Überregional gibt der DAZ die Zeitschrift „DAZ-Forum“ mit Informationen zur Standes- und Berufspolitik sowie Fachbeiträgen und Fortbildungsberichten heraus. Aktuelle Nachrichten und Diskussionsbeiträge werden per E-Mail über die workgroup daz-intern ausgetauscht, Veranstaltungshinweise, Kontaktadressen, Pressemeldungen und Grundinformationen zum DAZ können über die DAZ-Seiten im Internet unter [www.daz-web.de](http://www.daz-web.de) abgefragt werden.

### Hilfe für den Zahnarztalltag

Für Studierende der Zahnmedizin vermittelt der DAZ Hospitationsmöglichkeiten, er bietet Beratung zur Assistentenausbildung und bei der Praxisneugründung, er stellt Informationen zu vielen Fragen der Praxisführung zur Verfügung und offeriert in Verbindung mit dem NAV-Virchow-Bund seinen Mitgliedern weitere Informations- und Servicemöglichkeiten. Näheres dazu bei der Geschäftsstelle in Köln.

### Standespolitik

Standespolitik muss sich aus der Kollegen-schaft heraus entwickeln und an der Praxis orientieren.

Der DAZ setzt sich ein für:

- eine vorurteilsfreie Diskussion der Berufsprobleme in den Medien der Körperschaften
- den Erhalt einer fachlich umfassenden zahnärztlichen Basisversorgung innerhalb der GKV
- die Überwindung des Misstrauens zwischen Krankenkassen und Zahnärzten durch partnerschaftliche Zusammenarbeit.
- den Erhalt und die demokratische Weiterentwicklung der zahnärztlichen Selbstverwaltungsorgane
- die Aufgabe hektischer ad-hoc Forderungen zugunsten langfristiger Perspektiven.

### Zahnärztliche Ausbildung

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizin-studiums mit folgenden Veränderungen:

- Schwerpunktverschiebung von der prothetisch-technischen zur prophylaktisch-konservierenden Seite
- Verkürzung der vorklinischen Ausbildung bei gleichzeitiger Verlängerung des klinischen Studiums
- Einbindung qualifizierter Praktiker in die Universitätsausbildung.

Die Zahnheilkunde ist Teil der medizinischen Wissenschaft. Der DAZ wendet sich gegen Tendenzen zur Verflachung und Entwissenschaftlichung der Ausbildung.

### Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe

Breitenwirksame Vorbeugungsmaßnahmen in Kindergärten und Schulen sind zwingend erforderlich.

Der DAZ fordert:

- bundesweit einheitliche Regelungen durch ein Jugendzahnpflegegesetz
- verstärkte Ausbildung und Einsatz von Prophylaxepersonal
- strukturelle Veränderungen im Bereich der Kinderbehandlung mit dem Ziel, Kindern – und hier insbesondere Kindern aus benachteiligten Schichten – Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten und zu einer Therapie auf aktuellem Stand zu eröffnen
- Zulassung von fluoridiert-jodiertem Speisesalz in Backwaren, Konserven und Gemeinschaftsküchen.

### Qualität

Um die Therapiefreiheit und die Einzelei-stungsvergütung zu bewahren, muss die zahnärztliche Behandlungsqualität gesichert werden.

Der DAZ fordert daher:

- praktikable und plausible, an Qualität orientierte Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die KZVen
- die Entwicklung und Einführung von Qualitätssicherungsprogrammen durch Kammern und KZVen.

Der DAZ hat ein eigenes Projekt zur Qualitätssicherung etabliert, um im Rahmen seiner Möglichkeiten konkret und praktisch zur Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung beizutragen und zugleich beispielhaft die positiven Seiten freiwilliger, von Zahn-ärzten selbst initiiertes Qualitätssicherungs-programme aufzuzeigen.

## Beitrittserklärung

Name, Vorname

Geb. Datum

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

DAZ- Mindestjahresbeitrag ab 1.1.2002:

- Stud./cand.med.dent und Fördermitglieder 12,- Euro
- Angestellte/r ZÄ/ZA 96,- Euro
- Niedergel. ZÄ/ZA 192,- Euro
- ZÄ/ZA im Ruhestand 36,- Euro

Zutreffendes bitte ankreuzen

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)  
Belfortstr. 9, 50668 Köln, Fax 0221 7391239



Die Berliner Unabhängigen Zahnärzte sind ein berufspolitischer Verein, auf den regionalen Bereich von Berlin begrenzt. Gegründet wurde er 1988, hervorgegangen aus der sog. "Löchte Liste", zur Förderung der Umsetzung einer modernen, zeitgemäßen Zahnheilkunde. Die bis zu diesem Zeitpunkt in Berlin nahezu allein agierenden berufspolitischen Gruppierungen waren erstarrt in veralteten Strukturen und innerparteilichen Streitigkeiten und ließen keine Hoffnung auf die längst überfälligen Veränderungen in der Landespolitik zu. Die Satzung von BUZ wurde am 18. Januar 1988 in der Gründungsversammlung verabschiedet und war Grundlage für die Eintragung als gemeinnütziger Verein.

Folgende Ziele sind bis heute charakteristisch für unsere Arbeit:

1. Wahrung der beruflichen und sozialen Interessen der Zahnärzte.
2. Erhalt der Therapiefreiheit in der Zahnheilkunde.
3. Förderung der wissenschaftlichen Fortbildung.
4. Mitarbeit in der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Zahngesundheit (LAG).
5. Beratung und Unterstützung der Vereinsmitglieder in den Organen der gesetzlichen Körperschaften.

Die Gruppenprophylaxe ist Grundlage für eine effektive präventive Zahnheilkunde, die sich an sozialen Aspekten und an den wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert. Durch jahrelange federführende Tätigkeit von Dr. Peter Nachtweh als Vorsitzendem der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Zahnheilkunde (LAG) sind in Berlin Strukturen initiiert und gefestigt worden, die eine flächendeckende Betreuung in den Schulen und Kindergärten sicherstellen.

Die Individualprophylaxe in der freien Praxis hat wesentliche Unterstützung erhalten durch die Einrichtung des Prophylaxeseminars zur Ausbildung von qualifizierten Mitarbeiterinnen in

der Praxis. Dieses Ausbildungsseminar hat es ermöglicht, zahnärztliche Helferinnen für die Tätigkeit der Prophylaxeassistentin derart auszubilden, dass im Rahmen der Delegation eine fundierte und an höchsten Qualitätsmaßstäben orientierte Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten erfolgen konnte. Das Prophylaxeseminar ist beispielhaft in Form und Struktur für viele Ausbildungsstätten in ganz Deutschland geworden.

Zur Förderung der wissenschaftlichen Ausbildung wurde das Phillip-Pfaff-Institut ins Leben gerufen. Dieses Institut ist als erstes Fortbildungsinstitut in der Rechtsform einer GmbH gegründet worden. Gesellschafter sind die Zahnärztekammer von Berlin und die Zahnärztekammer Brandenburg. Als eigenständige wirtschaftliche Einrichtung ist dieses Institut in der Lage, unabhängig von den Kammerhaushalten sein wissenschaftliches Programm zu organisieren und durchzuführen. Ein wissenschaftlicher Beirat unterstützt die Institutsleitung bei der Erstellung und Durchführung der Fortbildungsprogramme.

Mit der Festigung der Strukturen der Gruppenprophylaxe, einer beispielhaften Ausbildungsstätte für Prophylaxeassistentinnen und einem in Deutschland vorbildlichen wissenschaftlichen zahnärztlichen Fortbildungsinstitut haben BUZ wesentliche Ziele ihres Programmes erfolgreich umgesetzt.

Die Landespolitik in Berlin wird seit der Gründung von BUZ wesentlich beeinflusst durch deren Präsenz in der Zahnärztekammer und durch die kritische und konstruktive Arbeit in der Vertreterversammlung der KZV.

Die positive Umsetzung des Paradigmenwechsels in der Zahnheilkunde in Deutschland, Prävention statt Zahnersatz, ist nach Auffassung von BUZ nur ein erster Schritt auf dem Wege zu einer modernen Zahnheilkunde. Unser Ziel ist es, die Prävention zum übergeordneten Prinzip unseres beruflichen Handelns zu machen. Hierfür bedarf es in Berlin eines einflussreichen und starken Engagements.

Die Erarbeitung einer modernen und zeitgemäßen Berufsordnung ist eine große Verantwortung für uns – ebenso wie die Forderung und kreative Mitarbeit zu einer Veränderung der Approbationsordnung, um bereits in der studentischen Ausbildung den Grundstein für den Paradigmenwechsel in unserem Beruf legen zu können.

Als regionale Vereinigung ist es uns möglich uns in regelmäßigen Zeitabständen zu unserem

Stammtisch zu treffen. Jedes Quartal findet am jeweils ersten Mittwoch ein Zusammentreffen der interessierten Kolleginnen und Kollegen statt. In engagierten Diskussionen werden die aktuellen Ereignisse beurteilt und über Perspektiven gesprochen. Wesentliche Impulse entstehen hierbei für die Arbeit in den berufspolitischen Gremien. Ein zentraler Aspekt dieser Diskussionen ist die Nachwuchsarbeit, die Voraussetzung für die Kontinuität unserer bisherigen Arbeit ist.

In dem Bewusstsein, für die Freiheit und Selbstbestimmtheit in der Ausübung der Zahnheilkunde in Deutschland Verantwortung zu tragen, arbeiten wir an Konzepten für eine ausgewogene und soziale Gesundheitspolitik im Einvernehmen mit Politik, gesetzlichen Krankenversicherungen und der Zahnärzteschaft.

Sie sind an einer Mitgliedschaft interessiert? Rufen Sie uns einfach an oder senden/faxen uns Ihre Beitrittserklärung.

## Beitrittserklärung

Name, Vorname

Geb. Datum

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

BUZ- Mindestjahresbeitrag ab 1.1.2002

- Stud./cand.med.dent und Fördermitglieder sind beitragsfrei
- Assistenz ZÄ/ZA 120,- Euro
- Niedergel. ZÄ/ZA 180,- Euro



Berlins Unabhängige Zahnärzte e.V.

Kaiserdamm 97, 14057 Berlin

Tel.: 030 3023010 · Fax: 030 32556 10



# Kontakt

## Berlin

Celina Schätze  
Reichenhaller Str. 2-3  
14199 Berlin  
Telefon: 030-82 64232  
Telefax: 030-89 735295  
celina.schaetze@web.de

## Baden-Württemberg

Dr. Wolfgang Schempf  
Wilhelmstraße 3  
72764 Reutlingen  
Telefon 07121 338551  
Telefax 07121 338517  
w.i.schempf@web.de

Dr. Jörg Krämer  
Hauptstraße 215  
79211 Denzlingen  
Telefon 07666 2410

## Bayern

Dr. Eberhard Riedel  
Wolftratshauser Straße 189  
81479 München  
Telefon 089 534552  
Telefax 089 54404484  
e\_riedel@msn.com

## Elbe-Weser

Dr. Till Ropers  
Alter Marktplatz 2  
21720 Steinkirchen  
Telefon 04142 4277  
Telefax 04142 2059  
ropers@online.de

## Hamburg

Thomas Murphy  
Poppenbütteler Chaussee 45  
22397 Hamburg  
Telefon 040 6074151  
Telefax 040 6074152  
thomas@murphy-hamburg.de

## Nordrhein

Dr. Rainer Küchlin  
Pleiserhohner Straße 27  
53639 Königswinter  
Telefon/Telefax 02244 875124  
RKuechlin@gmx.de

## Niedersachsen

Rolf Tödtmann  
Oldenburgerstraße 291  
26180 Rastede  
Telefon 04402 928811  
Telefax 04402 928831  
RolfToedtman@t-online.de

Dr. Roland Ernst  
Diekweg 17  
26188 Friedrichsfehn/  
Gem. Edeweicht  
Telefon 04486 6925  
Ernst.Roland@t-online.de

## Rheinessen/Mainz

Dr. Andreas Vahlenkamp  
Betzelsstraße 27  
55116 Mainz  
Telefon 06131 222218  
Telefax 06131 237294  
a.vahlenkamp@web.de

## Schleswig-Holstein

Wolfram Kolossa  
Bahnhofstraße 43  
24217 Schönberg  
Telefon 04344 9020  
Telefax 04344 3349  
Wolfram.Kolossa@t-online.de

## Westfalen-Lippe

Dr. Ulrich Zibelius  
Mittelstraße 17  
32657 Lemgo  
Telefon 05261 10166  
Telefax 05261 92901  
Ulrich.Zibelius@t-online.de

## DAZ-Geschäftsstelle

Irmgard Berger-Orsag  
Belfortstraße 9  
50668 Köln  
Telefon 0221 97300545  
Telefax 0221 7391239  
kontakt@daz-web.de

## Berlins unabhängige Zahnärzte e.V.



Dr. Helmut Dohmeier-de Haan  
Turmstraße 65  
10551 Berlin  
Telefon 030 3925087  
Telefax 030 3994561  
drdohmeier@onlinehome.de

Dr. Peter Nachtweh  
Kaiserdamm 97  
14057 Berlin  
Telefon 030 3023010  
Telefax 030 3255610  
peter.nachtweh@buz-berlin.de

Stefan Günther  
Georg-Wilhelm-Straße 3  
10711 Berlin  
Telefon 030 89092876  
Telefax 030 89092877  
stefan.guenther@buz-berlin.de

[www.daz-web.de](http://www.daz-web.de)

## Impressum

**Herausgeber/Redaktionsadresse:**  
Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)  
Belfortstraße 9, 50668 Köln  
Tel.: 0221 97300545, Fax: 0221 7391239  
DAZ.Koeln@online.de  
www.DAZ-web.de

**Berlins unabhängige Zahnärzte (BUZ)**  
Dr. Helmut Dohmeier-de Haan  
Turmstraße 65, 10551 Berlin  
Tel.: 030 3925087, Fax: 030 3994561  
drdohmeier@onlinehome.de

**Fotos:** u.a. von [www.kzbv.de](http://www.kzbv.de), [www.aok.de](http://www.aok.de), privat

**Layout:** MVVG, MediaService GmbH, Berlin

**Redaktion dieser Ausgabe:**  
Irmgard Berger-Orsag, Dr. Hanns-W. Hey, Dr. Ulrich Happ, Dr. Peter Nachtweh, Dr. Eberhard Riedel, Dr. Celina Schätze, Dr. Andreas Vahlenkamp

**Verantwortliche Redakteurin dieser Ausgabe und V.i.S.d.P.:** Dr. Celina Schätze

**Erscheinungsweise:**  
4x jährlich, Auflage 2.500

## Bezugsbedingungen:

Das DAZ-Forum ist im Abonnement erhältlich. Jahresabo 28,00 EUR. Für Mitglieder des DAZ/BUZ ist das Abo im Mitgliedsbeitrag enthalten. Interessenten erhalten einzelne Ausgaben auf Anfrage (kostenlos).

## Anzeigenverwaltung, Mediadaten:

Irmgard Berger-Orsag,  
Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde  
Belfortstraße 9, 50668 Köln  
Tel.: 0221 97300545, Fax: 0221 7391239  
DAZ.Koeln@t-online.de  
www.DAZ-web.de

# Schach matt in drei Zügen!

**20  
Jahre**

AMPARK Werbeagentur  
print by planet-flyer.de

Permadental – Service mit Zukunft!  
[www.permadental.de](http://www.permadental.de)

**V<sup>5</sup> PERMADENTAL**  
**20 Jahre** Zahnersatz

Niemand verliert gerne, ganz egal ob Würfel oder Strategie entscheiden. Ob Sie sich ärgern oder nicht, hat beim Spiel allenfalls Auswirkungen auf Ihren Blutdruck und die Schadenfreude Ihrer Mitspieler. Im Geschäftsleben dagegen, können Sie sich den Ärger über verlorene Patienten nicht leisten. Hier ist es Ihre Strategie, die maßgeblich Ihre wirtschaftliche Zukunft beeinflusst. Da ist unser Zahnersatz mit hohen Qualitätsstandards ein echter Gewinn: Ihre Patienten sparen spielend und Sie genießen unseren Komfort-Service. Neugierig? Dann sind Sie jetzt am Zug!

**Freecall 08 00 . 7 37 62 33**