



FORUM

91

26. Jahrgang, Juli 2007

Von Zahnärzten für Zahnärzte

91

kleinkarierte Regelungswut

Einladung
zur DAZ-
Jahrestagung

Streit
ums Qualitäts-
management

Neue Rubrik:
Die offene
Seite

www.daz-web.de
www.buz-berlin.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

Liebe Leserinnen und Leser,

die sich überall inflationär ausbreitende Regelungswut macht leider auch vor den Zahnarztpraxen nicht Halt. In der Zahnheilkunde bezieht sie sich aktuell besonders auf die neuen Hygienerichtlinien des Robert-Koch-Instituts (RKI), auf die Auffrischung der Kenntnisse des Strahlenschutzbeauftragten im Rahmen der Röntgenverordnung sowie auf das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement.

Ohne Frage ist eine hochstehende Zahnheilkunde nur unter korrekter Einhaltung der erforderlichen Prozessparameter möglich, wie es sie auch zu den drei hier genannten Fachgebieten gibt. Festzustellen ist aber auch, dass sich zu den neuen Richtlinien in allen Gebieten hörbarer Unmut in den Praxen regt. Die teilweise Ablehnung immer neuer einengender Vorschriften durch die PraxisinhaberInnen und -mitarbeiterInnen findet dabei ihre Ursache nicht einfach nur in Überforderung oder Verdross. Vielmehr wird von den Betroffenen vielerorts festgestellt, dass die angebotenen Programme bzw. Schulungsmaßnahmen im Ergebnis die tatsächlich vorhandenen Probleme und Erfordernisse innerhalb des Praxisbetriebes nicht lösen helfen. Zusätzlich erscheinen im Verhältnis dazu auch die entstehenden Kosten weitaus überzogen und unangemessen.

Die jüngste Verschärfung der Hygienerichtlinien durch das RKI hat landauf landab für Unverständnis und Ablehnung gesorgt. Eine für den Praxisinhaber nachvollziehbare Begründung für diesen neuerlichen Kraftakt ist nirgendwo erkennbar. Ein nachweisbar gegebenes erhöhtes Gefahrenpotential, das allenfalls neue Richtlinien verständlich machen würde, gibt es schlicht nicht.

Als Ergebnis einer Umfrage des schon seit längerem von der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein durchgeführten Praxisbarometers bewerteten kürzlich Praxismitarbeiterinnen die RKI-Richtlinien weit überwiegend als „zeitraubend“ und „überzogen“. Andere Kommentare der Helferinnen sprachen von „überzogener Bürokratie“ und „abartigen Vorschriften“. Im Kern geht es bei der Kritik um zwei Punkte: Die Befolgung der neuen Richtlinien ist zeitaufwändig und teuer für die Praxen. Die Umstellung der Arbeitsabläufe zur



Editorial

Inhaltsleerer Aktionismus?

Instrumentenaufbereitung bezeichneten zwei Drittel der Teilnehmer als sehr zeitraubend, nur zehn Prozent stimmten dieser Aussage nicht zu. Fast 80 Prozent halten die Dokumentation in der Sterilisation für übertriebene Bürokratie. Aus ähnlichem Grunde hält man im nördlichsten Bundesland auch die Einführung der sogenannten „Sterilgutassistentin“ für überflüssig. Diese Forderung sei „an den Haaren herbeigezogen“ sagte dazu Dr. Gerald Hartmann, im Kammervorstand zuständig für das Praxispersonal.

Im Kammerbereich Berlin beispielsweise wird aber genau diese Ausbildung zur Sterilgutassistentin bereits als quasi verpflichtend angeboten und durchgeführt. Dabei sind sämtliche Mitarbeiterinnen zu schulen, die in einer Praxis die Sterilgutaufbereitung durchführen. Die Kosten von 95 Euro pro Mitarbeiterin können deshalb nicht auf diesen Betrag und eine Helferin pro Praxis beschränkt werden, weil die Bedienung des Autoklaven nur noch durch eine geschulte Sterilgutassistentin erfolgen darf. Ist also die geschulte Mitarbeiterin nicht anwesend, wäre ein Sterilisieren nicht möglich. Gäbe es auf diese Weise nicht einen spürbaren Kostendruck auf Praxen mit vielen Mitarbeiterinnen, könnte man an Realsatire denken. Der Vorwurf an die Kammer, diese Fortbildungszwangsmaßnahme den Praxen nicht rein kostendeckend, sondern gewinnorientiert anzubieten, wurde lediglich mit einer Reduktion des Preises von ursprünglich 125 Euro auf 95 Euro beantwortet.

Insgesamt steht die niedergelassene Zahnärzteschaft diesem Treiben genauso machtlos gegenüber wie den Unzulänglichkeiten der Nachschulungen für Strahlenschutzbeauftrag-

te. Dabei ist auch gegen Röntgen-Auffrischungspflichtkurse prinzipiell nichts einzuwenden, sofern diese bezahlbar und problemorientiert angeboten werden. Jedoch nach dem, wie diese Kurse wirklich ablaufen, ist zu fragen, ob dem Aufwand, der hier jedem Praxisinhaber zugemutet wird, ein nennenswerter Gegenwert in der Praxisumsetzung entgegensteht. Die Inhalte dieser Kurse sind nämlich fast ausschließlich theoretischer Natur: da geht es um viele gesetzliche Einzelheiten, Strahlendosen und Entwicklerchemie. Wie aber kann dieses Wissen die Nachlässigkeiten bei der Einrichtung der Röntgenröhre wegen ausgeleierter Gestänge oder hastiger schiefer Einstellung verringern helfen? Ein Röntgenbild, das wegen nur teilweiser oder stark verzerrter Belichtung unbrauchbar ist und (mindestens) eine weitere Aufnahme nach sich zieht, macht zwangsläufig die Anwendung empfindlichster Filmsorten und bester Entwickler sowie jede Nachschulung überflüssig. Das zur Beseitigung dieser im Alltag so häufig beobachteten Mängel eigentlich notwendige manuelle Training am Phantom mit Erfolgskontrolle findet im Rahmen der Nachschulungen meines Wissens nirgendwo statt.

Auch in der aktuellen Ausgabe des DAZ-Forum geht es in mehreren Beiträgen wieder um die Auseinandersetzung mit den Aktivitäten rund um das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung. Fast könnte man vermuten, dass schon die kaum noch zu steigernde Verwirrung um die Begrifflichkeiten um QM und QS von verantwortlicher Stelle eher gefördert anstatt bekämpft wird. Hinzu kommt auch hier ein Aktionismus, der alle Körperschaften befallen hat und der sogar in manchen Bundesländern sowohl von der Kammer als auch von der KZV betrieben wird und beide Körperschaften mancherorts in einen ganz überflüssigen Konkurrenzkampf treten lässt.

**Redaktionsschluss für Forum 92:
15.08.2007**



Inhalt

Auch wenn sich ein paar KZV-Bereiche bei der Entwicklung der QM-Handbücher zusammengetan haben, ist zu fragen, warum hier das Rad so oft einzeln erfunden wird. Bei aller Wertschätzung föderaler Strukturen ist zu fragen, warum es nicht möglich war, z.B. unter der Führung der KZBV ein für alle KZVen einheitliches Konzept vorzugeben. Warum setzt man stattdessen auf derartig viel verwirrende Vielfalt? Vielleicht geben Ihnen die Beiträge in diesem Heft darauf eine Antwort. Zu befürchten ist zumindest, dass dieser teils inhaltsleere Aktionismus im Ergebnis bewirkt, dass schließlich jede Praxis irgendeinen QM-Leitfaden im Regal stehen hat, ansonsten aber alles beim Alten bleibt.

Der DAZ verfolgt hingegen abseits aller Scheinaktivitäten eine ganz klare Linie und bietet eine über Jahre gereifte Antwort auf die gesetzlichen Forderungen zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung. Für uns geht es nicht primär darum, durch prozessorientiertes Qualitätsmanagement mit erheblichem zeitlichen und bürokratischen Aufwand die gute zahnärztliche Leistung noch ein wenig besser zu machen. Vielmehr ist es im Sinne einer ergebnisorientierten Qualitätssicherung höchste Zeit, das Niveau zahnärztlichen Tuns in Deutschland dadurch zu verbessern, indem die im Ergebnis eindeutig mangelhafte Versorgung erkannt und durch problemorientierte Beratung eingedämmt wird. Das ‚Projekt Qualitätssicherung‘ des DAZ bietet hierzu ein in sich schlüssiges Konzept nach moralisch-ethischen Maßstäben.

Dass dieses auch im DAZ-Projekt gänzlich ohne Horrorgemälde wie die ‚totale Kontrolle durch einen Kontrolleur neben jedem Behandlungsstuhl, der jeden Handgriff des Kollegen überwacht, begutachtet und dokumentiert‘ vonstatten geht, mag zwar manchem Kollegen noch nicht ganz klar geworden sein, ist aber eine angenehme Tatsache. Diese kürzlich vom stellvertretenden Vorsitzenden der KZV Rheinland-Pfalz, Dr. Jürgen Braun-Himmerich, im Zahnärzteblatt Rheinland-Pfalz 04-2007 zu lesende Peinlichkeit lässt eine unverantwortliche Ablehnung der Qualitätssicherung insgesamt und eine erschreckende Unkenntnis der gesetzlichen Forderungen vermuten.

Jede niedergelassene Kollegin und jeder niedergelassene Kollege sollte über deutlich mehr Möglichkeiten der Einflussnahme gegen allzu

<i>E. Riedel: Editorial</i>	2
<i>W. Eber/E. Riedel: Streit um Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung</i>	4
KZV Bayern: Gegendarstellung	7
<i>C. Schätze: Qualitätsbürokratie statt Qualitätssicherung</i>	8
<i>I. Berger-Orsag: Datenlage zur Ergebnis-Qualität unzulänglich</i>	9
<i>NAV-Virchow-Bund & DAZ: Verlängerter Arm des Gesundheitsministeriums</i>	11
Aus dem fröhlichen Berliner Funktionärsleben	11
Einladung zur DAZ-Jahrestagung 2007	12
<i>E. Riedel: Bayerns Zahnärzte sind im Vorteil</i>	14
<i>K. Bogner: Umgang mit einer missratenen Reform</i>	16
<i>W. Schmid: Vereine und Verbände müssen sich entwickeln</i>	17
<i>VDZM & DAZ: Implantate nicht der Goldstandard prothetischer Versorgung</i>	18
<i>P. Nachtweh: Wahlen zum Berliner Versorgungswerk</i>	19
<i>I. Berger-Orsag: Kassen wollen Qualität – TK schließt Vertrag mit MacDent</i>	19
<i>Die offene Seite: G. Kau zum BVAZ</i>	20
<i>I. Berger-Orsag: Grundkompetenz in Psychologie und Psychosomatik</i>	21
<i>I. Berger-Orsag: 20 Jahre DZW – ein Blatt mit Biss</i>	23
Termine	24
<i>Leserbrief: Schöne neue digitale Welt !?</i>	24
Der DAZ stellt sich vor	25
BUZ stellen sich vor	26
Kontaktadressen/Impressum	27

große Willkür verfügen, und zwar sowohl in Bezug auf manche gesetzgeberischen Hyperplasien wie auch in Bezug auf die oft unbrauchbaren Umsetzungen seitens der Körperschaften. Hierzu bedarf es jedoch unabdingbar einer Zugehörigkeit zu tatkräftigen unabhängigen Verbänden, in denen sich möglichst viele Betroffene zusammenschließen. Der heute eher gegenteilig zu beobachtende Trend des Auseinanderfallens zahnärztlicher Interessengruppen lässt die Einzelpraxen zunehmend

hilfloser werden gegenüber einem teilweise industriehörigen Richtlinienwahnsinn und einer manchmal von finanziellen Eigeninteressen geprägten Körperschaftspolitik.

In diesem Sinne wünsche ich eine informative Lektüre, eine angeregte Diskussion und das organisierte Engagement eines Jeden.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Eberhard Riedel
DAZ-Vorsitzender

Streit um Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung geht weiter

DEUTLICHE DIFFERENZEN ZWISCHEN KZBV-SPITZE UND DAZ

Das Forum setzt die bereits im letzten Heft begonnene Dokumentation der Auseinandersetzung zwischen der KZBV-Spitze und dem DAZ fort. Lesen Sie zunächst das Schreiben des stellvertretenden KZBV-Vorsitzenden Dr. Wolfgang Eber vom 15. Februar diesen Jahres.

Sehr geehrter Herr Kollege Riedel,
vielen Dank für Ihre ausführliche Reaktion auf mein Schreiben zu Fragen des Qualitätsmanagements in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Gerne gehe ich auf Ihre Argumentation noch einmal ein.

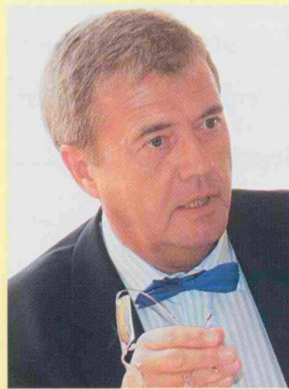
Was Ihre Exegese zu den Bestimmungen des SGB V über die Qualitätssicherung angeht, darf ich zunächst der Vollständigkeit halber darauf hinweisen, dass es sich bei den in § 136b Abs. 1 genannten Maßnahmen nach § 135a, Abs. 2 um einrichtungsübergreifende Maßnahmen handelt, die von externer Seite, also nicht von Leistungsträgern und Kostenträgern selbst durchzuführen wären. Von externer Seite steht bisher aber weder für den ärztlichen noch für den zahnärztlichen Bereich die entsprechende Logistik zur Durchführung dieser Maßnahmen zur Verfügung. Unklar ist, wie diese von verantwortlicher Seite gestaltet werden könnten, ohne dem niedergelassenen Zahnarzt weitere bürokratische Lasten in Form zusätzlicher Datenerhebungen zumuten zu müssen. Im Übrigen geht die KZBV, getragen von der deutlichen Mehrheit der Zahnärzte, davon aus, dass die Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Versorgung, wo immer möglich, durch den Berufsstand selbst garantiert werden sollte. Soweit Sie in diesem Punkt anderer Auffassung sein sollten, ist Ihr deutliches Plädoyer für die Durchführung der in § 136b Abs. 1 genannten externen Maßnahmen nach § 135a, Abs. 2 nachvollziehbar.

Was die ebenfalls von Ihnen angesprochenen, in § 136b Abs. 1 genannten Kriterien

für eine indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität aufwendiger diagnostischer und therapeutischer Leistungen sowie die in § 136b Abs. 2 aufgeführten Qualitätskriterien für die Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz angeht, ist festzustellen, dass der GBA diese im Rahmen der Erlassung von Richtlinien längst formuliert hat. Für den Bereich Zahnersatz weisen beispielsweise sowohl die Allgemeinen Behandlungsrichtlinien als auch die Zahnersatzrichtlinien und die Festzuschussrichtlinien entsprechende Kriterien für die qualitativ gebotene Versorgung aus. Dabei ist stets daran zu erinnern, dass das Sozialgesetzbuch für die Versorgung im Rahmen der GKV nach § 70, Abs. 1 stets eine ausreichende, wirtschaftliche und zweckmäßige Versorgung einfordert, mithin neben das Gebot der Qualität auch das Gebot der Wirtschaftlichkeit stellt.

Sicher ist es wichtig, die Anforderungen, die die Sozialgesetzgebung für den Bereich der Qualitätssicherung formuliert, zu kennen und – wie Sie es in Ihrem Schreiben getan haben – zu diskutieren. Gleichwohl plädiere ich dafür, das Bemühen um die Qualität vertragszahnärztlicher Versorgung in Deutschland nicht auf ein paar Halbsätze im SGB V zu reduzieren, zumal der Gesetzgeber in der Vergangenheit schon oft bewiesen hat, dass seine Entscheidungen für die vertragszahnärztliche Versorgung in recht unterschiedlichem Maße sinnstiftend sein können.

Jenseits juristischer Betrachtungen halte ich zunächst die grundsätzliche Bewertung des



Dr. Eber

Die uns vorliegenden wissenschaftlichen Studien und Statistiken dokumentieren vorwiegend positive Trends in der zahnärztlichen Versorgung. Aus dem Gutachterwesen, ... , lassen sich ebenfalls wichtige Ergebnisse zur Versorgungsqualität ableiten. Danach liegt ... der Anteil der prothetischen Versorgungsfälle, bei denen im Jahr 2004 Mängel festgestellt wurden, im untersten Promillebereich (16 von 12.370 Tsd. Versorgungsfällen).

Qualitätsniveaus der zahnärztlichen Versorgung und damit auch der Mundgesundheit in der Bevölkerung für entscheidend. Sie sprechen in Ihrem Schreiben davon, dass es „unbestreitbar einen erschreckend hohen Anteil an weit unterdurchschnittlichen, inakzeptablen zahnärztlichen Leistungen“ in Deutschland gebe. Aussagen von großer Reichweite über die Qualität medizinischer Versorgung sollten sich in der Regel auf eindeutiges statistisches Material stützen können. Soweit Sie über belastbare Belege verfügen, die Ihrer Einschätzung zu Grunde liegen, wäre ich Ihnen dankbar, wenn Sie der KZBV diese zukommen lassen könnten. Dies umso mehr, als die uns vorliegenden wissenschaftlichen Studien und Statistiken vorwiegend positive Trends in der zahnärztlichen Versorgung dokumentieren. So zeigt die jüngst veröffentlichte Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV), dass sich die Mundgesundheit der Deutschen in allen Alterskohorten weiter verbessert hat und bei den Kindern mittlerweile im internationalen Vergleich die Spitzenposition bei der Kariesbekämpfung gehalten wird. Aus dem Gutachterwesen, dessen Existenz im internationalen Vergleich beispiellos ist, lassen sich ebenfalls wichtige Ergebnisse zur Versorgungsqualität ableiten. Danach liegt zum Beispiel der Anteil der prothetischen Versorgungsfälle, bei denen im Jahr 2004 Mängel festgestellt wurden, im untersten Promillebe-

reich (16 von 12.370 Tsd. Versorgungsfällen). Auch die Kostenträger stellen der zahnärztlichen Versorgung im Rahmen der Möglichkeiten, die die GKV bietet, kein negatives Zeugnis aus.

Dennoch muss es natürlich unser Ziel sein, die Qualität der zahnmedizinischen Versorgung weiter zu verbessern. Dafür, dass dies auf vielen unterschiedlichen Wegen geschieht, seien hier nur einige Beispiele genannt: Die KZBV hat eine Verpflichtung des Vertragszahnarztes zur fachlichen Fortbildung umgesetzt. Ihre Missachtung ist mit Sanktionsmechanismen unterlegt, die im Extremfall bis zum Zulassungsentzug reichen können. KZBV und BZÄK haben aber auch gemeinsam in einem breiten Rahmen die Kollegenschaft adressiert. Die beiden Bundesorganisationen haben sich mit der im Jahr 2004 veröffentlichten „Agenda Qualitätsförderung“ dem Konzept einer voraussetzungsorientierten Qualitätsförderung verschrieben. Darüber hinaus unterhalten KZBV und BZÄK die zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (zzq), über die Hand in Hand mit der Wissenschaft Behandlungsleitlinien für die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde entstanden und verbreitet worden sind.

Diese Reihe ließe sich weiter fortsetzen. Insofern ist Ihre Aussage, dass die KZBV „eine wirksame Qualitätssicherung gezielt zu verhindern“ suche, weder nachvollziehbar noch zutreffend. Ich möchte Sie daher nachdrücklich bitten, contrafaktische Äußerungen dieser Art in der Öffentlichkeit nicht zu wiederholen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Wolfgang Eber
Stellvertretender Vorsitzender
des Vorstandes

Nachstehend lesen Sie das Antwortschreiben des DAZ-Vorsitzenden Dr. Eberhard Riedel vom 4. Juni diesen Jahres.

Sehr geehrter Herr Kollege Eber, für die Ausführungen in Ihrem Schreiben vom 15.02.2007 und die Fortsetzung der Diskussion zum Thema QM bedanke ich mich und bitte gleichzeitig um Entschuldigung, wenn von

meiner Seite nicht eher auf Ihre Zeilen reagiert wurde. Wie Sie wissen, läuft die meiste Arbeit innerhalb meines Verbandes auf rein ehrenamtlicher Basis.

Der Inhalt Ihres Schreibens, das wiederum im DAZ-Forum nachgedruckt wird, lässt allerdings erkennen, wie notwendig eine weitere Diskussion um die Qualitätsmerkmale zahnärztlicher Arbeit nach wie vor ist. Selbstverständlich liegt es dem DAZ wie auch mir persönlich fern, wahrheitswidrige Äußerungen über die eigentlichen Ziele der KZBV zu verbreiten. Möglicherweise kann unser fortgesetzter Austausch aber dazu führen, dass wir die im Bereich QM und QS ganz offenbar vorhandenen Unterschiede der Denkweisen aufzeigen und so jenseits der ideologisch motivierten Aussagen unsere Standpunkte weiter annähern. Dem DAZ geht es dabei nicht darum, der KZBV ein Bemühen um Qualitätssicherung komplett abzusprechen, sondern vielmehr um den Beleg dafür, dass eine wirksame Qualitätssicherung, so wie wir sie für den Berufsstand für dringend notwendig erachten, durch die bisherigen Aktivitäten der KZBV eher verhindert als gefördert wird.

Lassen Sie mich erläutern, wo ich Ihrer Argumentation im Einzelnen nicht folgen kann. Sie legen eingangs Wert auf die Feststellung, dass es sich bei den in § 136b Abs. 1 genannten Maßnahmen nach § 135a Abs. 2 ausschließlich um einrichtungsübergreifende Maßnahmen handelt. Diese Einschränkung ist aber aus den beiden Paragraphen nicht herauszulesen! Wie schon in meinem letzten Schreiben deutlich gemacht, enthält § 136b Abs. 1 unter 1. eine Aufzählung,

„verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 **SOWIE** die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement“.



Dr. Riedel

Auch § 135a Abs. 2 erwähnt sowohl die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung (unter 1.) wie auch das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement (unter 2.).

Hochinteressant ist für mich in diesem Zusammenhang, dass Sie mit dem Begriff ‚einrichtungsübergreifend‘ gleichsam eine Entlastung für die Leistungsträger und die Kostenträger verbinden. Sie behaupten damit, dass einrichtungsübergreifende Maßnahmen von ‚externer‘, also berufsfremder Seite zu verfolgen hätten, die hierfür Verantwortlichen aber noch keine Logistik zur Durchführung solcher Maßnahmen gestaltet hätten. Vor diesem Hintergrund entgegnen Sie scheinbar logisch, dass eine solche Fremdbestimmung vom Berufsstand mehrheitlich abgelehnt wird und die Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Versorgung, wo immer möglich, durch den Berufsstand selbst garantiert werden sollte.

Für den DAZ ist eine drohende Fremdbestimmung zu Fragen der Qualität allerdings ... nicht Anlass, die im Zweifel unerwünschten Gestaltungen irgendwelcher berufsfremder ‚Verantwortlicher‘ abzuwarten, sondern jetzt erst recht und schnellstmöglich die Gestaltungshoheit für den Berufsstand zu sichern.

Wenn Sie nun ausgerechnet an dieser Stelle eine abweichende Grundhaltung des DAZ vermuten, so gehen Sie allerdings völlig fehl. Kaum jemand hat häufiger die Qualitätssicherung als ureigenste Aufgabe des Berufsstandes angemahnt als gerade der DAZ! Für uns ist eine drohende Fremdbestimmung zu Fragen der Qualität allerdings im Gegensatz zu Ihnen nicht Anlass, die im Zweifel unerwünschten Gestaltungen irgendwelcher berufsfremder ‚Verantwortlicher‘ abzuwarten, sondern jetzt erst recht und schnellstmöglich die Gestaltungshoheit für den Berufsstand zu sichern. Der DAZ hat mit seinem ‚Projekt Qualitätssicherung‘ zu diesem Thema einige sehr glaubwürdige Strukturen ins Leben gerufen. Wir sehen hier aber im viel größeren Maße eine

drängende, verantwortliche Aufgabe für die KZBV, die jedoch von Ihnen, wie Sie in Ihrem Schreiben klar hergeleitet haben, strikt und unzweideutig abgelehnt wird. Bitte sehen Sie es uns nach, dass wir im Lichte dessen die Bemühungen der KZBV um die Qualitätssicherung weiter sehr in Zweifel ziehen.

Bestärkt wird diese Annahme zusätzlich durch Ihre Behauptung, bereits die allgemeinen Richtlinien und Festzuschussrichtlinien, wie sie vom G-BA zur Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz teilweise schon vor längerem erlassen wurden, würden den weitreichenden Forderungen des § 136b Genüge tun. Wenn Sie sich auf eine indikationsgerechte Behandlungsplanung und die Einhaltung sachlich-rechnerischer Vorgaben beschränken, so mögen die Richtlinien eine gewisse Hilfe sein. Wenn es aber darum geht, eine qualitativ schlechte Ausführung von Füllungen oder Zahnersatz so weit wie möglich zu vermeiden, so muss der schlichte Verweis auf die Richtlinien für den schlecht behandelten Patienten in diesem Lande wie Hohn und Gleichgültigkeit klingen.

Auch der so oft gehörte Hinweis auf die Beschränkung der Leistung auf das Ausreichende, Wirtschaftliche und Zweckmäßige im Rahmen der GKV darf nicht immer wieder wie ein Argument für die Zumutbarkeit einer qualitativ schlechten Leistung missbraucht werden. Der GKV-Rahmen zwingt selbstverständlich zur Einschränkung des Behandlungsumfanges und zum Verzicht auf aufwändigere Versorgungsformen, die Leistungen aber, die innerhalb dieses Rahmens erbracht werden, müssen zumindest qualitativen Mindestanforderungen genügen. Dass sie dieses aber zu oft nicht tun, ist eine Binsenweisheit, die vom Berufsstand jedoch bis heute zu wenig ernstgenommen wird.

Die belastbaren Studien hierzu kennen Sie natürlich so gut wie ich, sodass sich bei mir die Frage aufwirft, welchen Grund Sie haben mögen, so zu tun, als gäbe es die Probleme mit der teilweise weit unterdurchschnittlichen Behandlungsqualität nicht. Gerne zitiere ich noch einmal exemplarisch die BKK-Voith-Studie, die zugegeben inzwischen in die Jahre gekommen ist, deren klaren Befunden jedoch bis heute kein wirksames Instrument entgegengestellt

worden ist. Es ist daher nicht zu vermuten, dass der gleiche Studienansatz heute wesentlich andere Ergebnisse zeitigen würde. Die spätere Ablehnung der Ergebnisse durch die KZBV ändert nichts an der prinzipiell alarmierenden Aussage.

Es war schon immer ein probates Mittel, dem Versagen einzelner Zahnärzte und dem so unnötigen iatrogenen Leid viel zu vieler Patienten die Erfolge der Kariesprophylaxe und der Mundgesundheit im gesamtgesellschaftlichen Rahmen entgegenzustellen. Sicherlich ist der

Der so oft gehörte Hinweis auf die Beschränkung der Leistung auf das Ausreichende, Wirtschaftliche und Zweckmäßige im Rahmen der GKV darf nicht immer wieder wie ein Argument für die Zumutbarkeit einer qualitativ schlechten Leistung missbraucht werden.

Ein sinnvoller Vergleich der Gesamtzahl der durch Prothetik-Gutachten innerhalb eines Jahres aufgedeckten Behandlungsmängel mit der Gesamtzahl der im gleichen Jahr durchgeführten Prothetik-Gutachten ergibt tatsächlich, dass etwa zwei Drittel der begutachteten Behandlungen als mangelbehaftet eingestuft werden.

gesunde Zahn von unschätzbarem Nutzen für seinen Besitzer, ist er doch so schon von vornherein vor zahnärztlicher (Fehl-)Behandlung einigermaßen gefeit. Aber welche Seite der DMS IV wollen Sie einem Patienten aufblättern, der Mühe hat, vor Gericht eine angemessene Entschädigung für eine Fehlleistung seines Zahnarztes zu erstreiten, und mit welcher Statistik wollen Sie ihn trösten? Dass es im Gutachterwesen völlig anders aussieht, als es die von Ihnen gegenübergestellten Zahlen offenbar vermuten lassen sollen, pfeifen auch die Spatzen von den Dächern. Hier reicht schon ein Blick auf die stetig zunehmenden Mängelrügeverfahren bei den Krankenkassen, um dem von Ihnen errechneten ‚untersten Promillebereich‘ ein gesundes Misstrauen entgegenzubringen. Vor meinem Erfahrungshin-

tergrund vermag ich es nicht, dieses Problem so leichtfertig abzutun.

Es macht mich eher schon ein wenig zornig, dass Sie überhaupt den Versuch machen, die Gesamtzahl der durch Prothetik-Gutachten innerhalb eines Jahres aufgedeckten Behandlungsmängel (nämlich 16.500) ins Verhältnis zur Gesamtzahl der prothetischen Versorgungen im gleichen Jahr (12,37 Millionen) zu setzen, um dann offenbar glauben machen zu wollen, Behandlungsprobleme gäbe es nur im Promillebereich. Sinnvoll wäre vielmehr nicht ein Vergleich mit der Gesamtzahl der prothetischen Versorgungen, sondern mit der Gesamtzahl der im gleichen Jahr durchgeführten Prothetik-Gutachten gewesen. Ein solcher Vergleich ergibt tatsächlich, dass etwa **zwei Drittel** der begutachteten Behandlungen als mangelbehaftet eingestuft werden. Sicherlich bedeuten diese Mängel nur in einem Teil der Fälle eine völlige Unbrauchbarkeit des Zahnersatzes, aber dennoch zeigt der direkte Zahlenvergleich, dass es in Wahrheit wesentlich trüber um die zahnärztliche Behandlungsqualität steht als auch hier von Ihnen wieder behauptet. Zudem werden ja – Dank der Duldsamkeit der Patienten – längst nicht alle mangelhaften Arbeiten begutachtet. Darüber hinaus sind auch mangelhafte Planungen als Behandlungsfehler zu werten. Nichts lässt ferner den Schluss zu, dass es um die anderen BEMA-Bereiche nennenswert anders bestellt ist.

Die statistische Volksgesundheit ist ebenfalls kein Beweis für eine ausreichende Qualität des zahnärztlichen Bemühens. Es kann und darf nicht wirklich befriedigen, dass es in Deutschland einen so hohen oralen Versorgungsgrad gibt, wenn die Versorgungen im einzelnen zu oft von minderer Qualität sind. Allein entscheidend ist die sorgfältige Ausführung und damit in aller Regel die Langlebigkeit der zahnärztlichen Versorgung. Dieses weit mehr als bislang sicherzustellen ist m.E. eine der vornehmlichsten Aufgaben der KZBV, will sie mit ihren Bemühungen um Qualitätssicherung glaubwürdiger dastehen.

Auch die sonstigen von Ihnen dargestellten Bemühungen erscheinen bei weitem ungenügend. Die Förderung der Fortbildung ist im Sinne einer wirksamen Verbesserung der Be-

handlungs- und Betreuungsqualität genauso wenig zielführend wie sämtliche Absichtserklärungen der ‚Agenda Qualitätsförderung‘, zumal mit der unseligen Einschränkung der (honorarabhängigen) ‚Voraussetzungsorientierung‘. Das gleiche gilt für die ersten zaghaften Ansätze der Zahnärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung (zzq), Behandlungsleitlinien zu veröffentlichen. Solange nämlich allen Maßnahmen der Charakter der Verbindlichkeit fehlt und es bei oft fehlendem Problembewusstsein dem Gutdünken des einzelnen Kollegen überlassen ist, welche Fortbildung oder Lektüre einer Leitlinie er sich aussucht und was er sich bemüht, davon in seiner Praxis wirklich umzusetzen, solange hat dieses von Ihnen so herausgestellte Unterfangen mit einer Qualitätssicherung nicht im Entferntesten etwas zu tun. Auch die mancherorts propagierten, teilweise durch KZVen unterstützten kommerziellen QM-Handbücher werden zur Verbesserung der Ergebnisqualität keinen erkennbar wirksamen Beitrag leisten können.

Vielmehr handelt es sich um weitestgehend überflüssigen, weil oberflächlichen Aktionismus, der die Kollegenschaft durch die Bank zeitlich enorm in Anspruch nimmt und ihr deshalb für die eigentlich wichtige Aufgabe, nämlich mögliche eigene Behandlungsdefizite zu erkennen, kaum noch Gelegenheit lässt. Die von Ihnen als Qualitätsinstrumente aufgezeigten Maßnahmen erreichen zudem nur die ohnehin gewissenhaft und sorgfältig arbeitenden Kolleginnen und Kollegen, die als solche sowieso in der Lage sind, sich ernsthaft und eigenverantwortlich um die Vermeidung von Behandlungsfehlern zu bemühen. Deren überdurchschnittliche Behandlungsqualität wird durch das bislang geförderte Qualitätsmanagement möglicherweise, wenn auch enorm mühsam, noch etwas verbessert.

Wie ich früher bereits ausführte, muss nach dem Verständnis des DAZ vielmehr am anderen Ende der Qualitätsskala angesetzt werden, um dort die eindeutige contra-legen-Behandlung zu erkennen, zu korrigieren und zu vermeiden helfen. Ein solches Ziel lässt sich aber keinesfalls auf der Basis von Beliebigkeit und grenzenloser Freiwilligkeit erreichen. Hierzu sollte z.B. endlich auf die Strukturen und

Daten, die es bei den KZVen seit langem gibt, zurückgegriffen werden. Die Aufgabe der KZBV wäre es, dieses problemorientierte Vorgehen bei den KZVen anzumahnen.

Zur Selbstzufriedenheit, die bei Ihnen durchklingt, sehe ich also überhaupt keinen Anlass. Zu viele drängende Fragen, die ich in meinem letzten Schreiben aufgeworfen hatte, ließ Ihr Antwortschreiben leider unberücksichtigt. Glaubt die KZBV wirklich weiterhin, dass zur Erkennung deutlich unterdurchschnittlicher zahnärztlicher Leistungen auf eine Überprüfung von Ergebnisqualität ganz verzichtet werden darf? Eine solche Überprüfung hat dabei wohlgerne nichts mit Ausspionierung, Gängelung oder Überbürokratisierung der Kollegenschaft zu tun, was oftmals zur Abwehr solcher Maßnahmen kolportiert wird. Würde man eine Überprüfung z.B. im Sinne eines bundesweiten Benchmarking über anonyme Patientenbefragungen durchführen, bei dem jede Praxis Beurteilungen über die eigenen Behandlungsleistungen in Relation zum Durchschnitt der Gesamtleistungen erhielte, wäre dieses mit Sicherheit für die meisten Kolleginnen und Kollegen von hohem Interesse und ein erster glaubwürdiger Schritt.

Wenn die Teilnahme an einem solchen Programm verpflichtend gemacht wird, können die Ergebnisse einem jeden Behandler einen ersten Anhalt für verbesserungsbedürftige Behandlungsbereiche liefern, ohne dass je ein Kontrolleur in einer Praxis erschienen wäre. Bei einer zweiten Erhebung in zeitlichem Abstand würde sich allein durch dieses Selbstassessment das Gesamtergebnis schon verbessert haben, aber gleichzeitig auch eine Gruppe von Behandlern auffallen, bei denen vorherige

deutlich unterdurchschnittliche Ergebnisse dennoch keinerlei Verbesserungen erfahren haben. Allein bei dieser Gruppe würden dann Beratungen und ggf. auch Sanktionsmechanismen erforderlich werden.

Ein solches Programm wäre ein glaubwürdiges einrichtungsübergreifendes Instrument zur Qualitätssicherung im vollen Verantwortungsbereich des Berufsstandes und würde diesem gut anstehen. Der DAZ hat in dieser Hinsicht bereits einiges an Erfahrungen sammeln können und würde diese der KZBV gerne zur Verfügung stellen. Andererseits wird das Beschwören eines angeblich hohen zahnärztlichen Niveaus in Deutschland ohne eine auf diese oder ähnliche Weise überprüfte Ergebnisqualität auch durch die permanente Wiederholung nicht glaubwürdiger, was mich nochmals zu der herzlichen Bitte an Sie veranlasst, der Zahnärzteschaft bzw. der Öffentlichkeit nicht weiter ein Idealbild zu vermitteln, das so nicht verifiziert ist und dem tatsächlich so viele negative Befunde entgegenstehen.

Abschließend wiederhole ich meine Bitte an die von Ihnen vertretene Körperschaft zur nachhaltigen und entschiedenen Förderung der Behandlung des Kassenpatienten in geistig-moralisch verantwortbarer Weise. Auch zu diesem Punkt erhielt ich bislang keine Reaktion von Ihnen.

Über ein verstärktes Verständnis Ihrerseits für die Forderungen des DAZ würde ich mich sehr freuen und verbleibe mit den besten Wünschen

*Dr. Eberhard Riedel
DAZ-Vorsitzender*

Bitte lesen Sie hierzu auch den Beitrag auf S. 9.

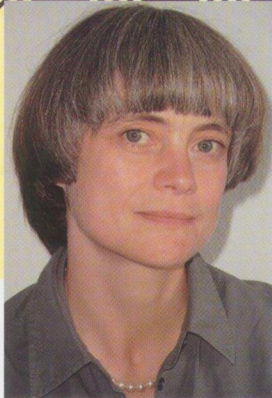
GEGENDARSTELLUNG

Im Beitrag „Qualitätsmanagement ad absurdum geführt“ im DAZ Forum 2007 wird auf ein Rundschreiben der WEKA Media GmbH & Co KG Bezug genommen, durch welches das Werk QM in der Zahnarztpraxis konkret von Dr. Gordian Herrmann beworben wird. Es wird ausgeführt, mit jenem Rundschreiben versuche die KZV Bayerns, Zahnärztinnen und Zahnärzten das Qualitätsmanagement zu verkaufen. Weiter wird ausgeführt, die

KZV Bayerns sei aktiv an diesem kommerziellen „QM-System“ beteiligt.

Dazu stellen wir fest: Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns ist weder an dem Werk noch an der Werbeaussendung, auf welche der Beitrag sich bezieht, in irgendeiner Weise beteiligt.

*München, 17.04.07
Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns
gez. Janusz Rat
gez. Dr. Martin Reißig*



Qualitätsbürokratie statt echter Qualitätssicherung

Nach der Veröffentlichung der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) hat das Interpretieren derselben Konjunktur. Die Zahnärzteschaft sieht sich einer Flut von Managementhilfsangeboten ausgesetzt. So wie es bereits einen Fortbildungsmarkt gibt, bildet sich gerade ein Qualitätsmanagementmarkt.

Im Prinzip ist es sehr zu begrüßen, dass sich auch die Körperschaften in der Verantwortung sehen, die Zahnärzte bei der Erfüllung der Richtlinien zu unterstützen. Der DAZ hat seit seiner Gründung ein Engagement der Körperschaften für die Qualitätssicherung eingefordert.

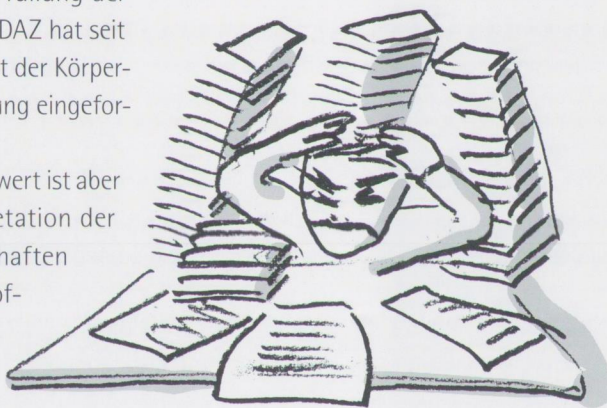
Ganz und gar nicht begrüßenswert ist aber die Art und Weise der Interpretation der Richtlinien durch die Körperschaften und das dieser Interpretation offenbar zu Grunde liegende Verständnis von Qualität in der ärztlichen Arbeit. Betreuungs- und Ergebnisqualität sind tatsächlich nicht Gegenstand der aus den Körperschaften kommenden Vorschläge für die Gestaltung von Qualitätsmanagement. Es findet sich nur Prozesskontrolle und damit das gleiche, was in unterschiedlicher Ausführlichkeit auch von den unzähligen kommerziellen Anbietern vom Handbuch bis zur kompletten Zertifizierung angeboten wird.

Diese kommerziellen Angebote bezüglich Prozesskontrolle und -dokumentation nehmen sich im Vergleich zu den Vorgaben des GBA völlig überzogen aus. Gleichzeitig wird die eigentliche Qualitätsfrage für ärztliches Arbeiten nicht gestellt. Prozesskontrolle kann sicherlich einen Beitrag zur Qualitätsverbesserung leisten, ist aber weder unverzichtbare Voraussetzung für Behandlungsqualität noch ein sicherer Weg dorthin.

Es ist nicht zu kritisieren, dass Körperschaften sich bemühen, den Mitgliedern Hil-

festellung bei der Praxisführung zu leisten. Je professioneller dies gemacht wird, desto besser. Problematisch ist nur die Ersatzfunktion, die diese Angebote haben, und ihre extreme Einseitigkeit.

Wenn wir es uns gefallen lassen, dass unsere qualifizierte, professionelle Arbeit mit ihrer stets notwendigen Kreativität auf die Abarbeitung von Arbeitsschrittlisten reduziert wird, dann wird das nicht nur Auswirkungen auf unsere Arbeitsfreiheit haben sondern auch auf das Verständnis unserer Arbeit in der Öffent-



lichkeit – ganz unabhängig von der unglaublichen Zumutung, die allein in der Durchführung dieser Art des Listenschreibens liegt.

Uns droht eine Deprofessionalisierung und Industrialisierung des ärztlichen Arbeitens! Die gleiche Sorge gilt den Arbeitsumständen der medizinischen Hilfsberufe.

In den GBA-Richtlinien ist einiges an Prozesskontrolle enthalten, und es ist sicher sinnvoll, solche Strukturierungen in den Praxisabläufen zu haben. Betreuungs- und Versorgungsqualität müssen aber der eigentliche Gegenstand des Qualitätsmanagements sein – so schwierig und unangenehm das auch ist!

Das Projekt Qualitätssicherung des DAZ ist ein erstzunehmender Versuch, die Qualität „am Patienten“ zu untersuchen und den Weg dahin weitestgehend der professionellen Kreativität des Arztes zu überlassen.

Dr. Celina Schätze, Berlin

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

Datenlage zur Ergebnis-Qualität in Zahnarztpraxen ist unzulänglich

Ein Zahnärzte-TÜV ist nicht die Lösung

Irmgard Berger-Orsag,
Troisdorf

Bremer Umfrage

In diesen Tagen wird eine repräsentative Umfrage der Bremer Gesundheitsbehörde mit rund 3.600 Beteiligten, durchgeführt vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, in den Medien diskutiert. Im Fokus steht die Frage, wie gut die Bevölkerung sich zu gesundheitlichen Themen informiert fühlt. Ein wichtiger Teilaspekt sind dabei Informationen über einzelne Ärzte und die Qualität ihrer Arbeit. Fast die Hälfte der Studienteilnehmer konstatiert zwischen verschiedenen Ärzten deutliche Unterschiede in Bezug auf Behandlungserfolge, Umgang mit Patienten, aktuelles Fachwissen usw. Folgerichtig werden Hilfen bei der Arzt-Auswahl gewünscht, wobei 72 % der Befragten die bisher vorhandenen Möglichkeiten als unzulänglich bezeichnen. Wie die Autoren in der Zusammenfassung schreiben, wünschen sich die Menschen zur Orientierung so etwas wie einen „Ärzte-TÜV“ (Quelle: Bremer Senat und Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen: „Ratlose Patienten: Gesundheitliche Information und Beratung aus Sicht der Bevölkerung, Bremen 2007).

KV-Vorsitzender plädiert für systematische Qualitätsprüfungen

Der Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler, reagierte in der Berliner Zeitung mit einem erstaunlich selbstkritischen Kommentar in Bezug auf die eigene Zunft: „Es war ein langer Prozess, bis in der Ärzteschaft allgemein akzeptiert wurde, dass es von Praxis zu Praxis zum Teil große Qualitätsunterschiede gibt. Früher herrschte ja die Ansicht, dass ein Arzt per se gute Arbeit leistet“. Köhler plädiert für die Einführung eines dem TÜV-Stempel vergleichbaren Gesundheitssiegels, das dem Patienten signalisieren soll: „Hier hast Du es mit einer Praxis zu tun, die eine hohe ärztliche Qualität gewährleistet und die dieses Niveau ständig kontrollieren lässt.“ Gleichzeitig forderte der KBV-Vorsit-

zende zur Diskussion über einen „Wettbewerb um Qualität“ und über Vergütungsanreize auf (Quelle: änd Ärztenachrichtendienst vom 07.06.2007).

Bei dieser Thematik haben Zahnärzte allen Grund, sich ebenfalls angesprochen zu fühlen. Ebenso wie zur ärztlichen wünschen sich die Patienten auch zur zahnärztlichen Behandlung und zur Zahnarzt-Wahl aussagekräftigere Informationen. Und der Gesetzgeber fordert Qualitätsmanagement und Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowohl von Arzt- als auch von Zahnarztpraxen. Wie diese allerdings umzusetzen sind, dazu scheiden sich die Geister, was u.a. an der in diesem und im letzten DAZ-Forum dokumentierten Auseinandersetzung zwischen dem stellv. KZBV-Vorsitzenden Dr. Wolfgang Eber und dem DAZ-Vorsitzenden Dr. Eberhard Riedel abzulesen ist.

Entscheidende Größe: die Ergebnis-Qualität

Wenn man anekdotischen Berichten glaubt, stellen Zahnärzte in den Mündern neu zu ihnen gewechselter Patienten häufig mangelhafte Füllungen und Zahnersatzkonstruktionen fest; in den Verbraucher- und Patientenberatungsstellen landen immer wieder Fälle von krasser Fehlbehandlung; und wenn bspw. bei Prothetik eine Mängelbegutachtung eingeleitet wird, erweisen sich zwei Drittel der untersuchten Versorgungen als fachlich nicht in Ordnung.

Kann man aus solchen Anhaltspunkten auf eine unzulängliche Qualität der Zahnheilkunde in Deutschland schließen? Sicher nicht. Dass Fehler nicht gänzlich vermieden werden können, gilt für jeden Bereich des Lebens und besonders für so hoch komplexe Fragestellungen, wie sie in der Medizin vorliegen. Wenn man Aussagen zur guten oder aber mangelhaften zahnmedizinischen Versorgung treffen will, reichen nicht ein paar Fallbeispiele, sondern man braucht statistisch abgesicherte Daten. Zudem muss vor allen weiteren

Schritten erst einmal festgelegt werden, wie denn die Qualität zahnärztlicher Arbeit definiert werden und mittels welcher Indikatoren sie erfasst werden soll. In der Debatte um Qualität unterscheidet man seit einigen Jahren zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnis-Qualität. Die zahnärztlichen Körperschaften werden nicht müde, Maßnahmen zur Verbesserung von Struktur- und Prozess-Qualität zu propagieren und Fortschritte auf diesem Gebiet hervorzuheben. Dabei kommt der wichtigste Faktor, die Ergebnis-Qualität, eher zu kurz. Worum aber geht es letztlich bei zahnärztlicher Diagnostik, Prophylaxe und Therapie? Es geht nicht um Prozess- oder Struktur-Optimierung in den Praxen, sondern um bestimmte Ergebnisse für den behandelten Menschen, z.B. um die Heilung erkrankter Gewebe, um Zahnerhalt, um orale Rehabilitation nach Zahnverlusten usw. und darum, dass die zahnärztlichen Maßnahmen nachhaltig wirken. Was also in der öffentlichen Meinung, für den einzelnen Patienten wie für das Solidarsystem und das Gesundheitswesen zählt, ist letztlich nur die Ergebnis-Qualität.

Erste Studien zur Ergebnis-Qualität

Eine der ersten Arbeiten, in denen die zahnärztliche Ergebnis-Qualität untersucht wird und auf die Dr. Riedel verweist (siehe Seite 6), ist die 1988 veröffentlichte Voith-Studie, so genannt nach der beteiligten Betriebskrankenkasse der Heidenheimer Firma Voith (Quelle: Georg A., BMAS (Hrg.): Leistungs- und Kostentransparenz in der zahnmedizinischen Versorgung. Gesundheitsforschung Bd. 159, Bonn 1988). Die meisten Leser werden sie nicht kennen; im Internet sucht man sie vergebens. Ihr Konzept wurde weiterentwickelt in einem 1992 abgeschlossenen Modellversuch des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, in den erneut Daten der BKK Voith eingingen (ein Bericht von Dr. Monika Sinha über diese Studie findet sich unter dem Titel „Qualität und Wirtschaftlichkeit in der zahnmedizinischen Versorgung“ in Die Betriebskrankenkasse 8-9/1992).

Häufung von Qualitätsmängeln bei einem Teil der Behandler

Ziel war es, auf der Basis anonymisierter GKV-Abrechnungsdaten Aussagen zu Prozess- und Ergebnisqualität sowie zur Wirtschaftlichkeit

der im Praxisalltag erbrachten zahnärztlichen Leistungen verschiedener Leistungsbereiche abzuleiten. Dabei wurden nicht nur die Daten von mehr als 17.600 Versicherten über einen Zeitraum von bis zu sieben Jahren untersucht und Verlustraten, Wiederholungsarbeiten, Neuversorgungen usw. erfasst, sondern es wurden auch behandlerbezogene Auswertungen vorgenommen. Bei letzteren zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den beteiligten Zahnärzten. Aufgrund der gewählten Indikatoren konnten eine Gruppe von Behandlern mit überdurchschnittlichem bis durchschnittlichem Leistungsbild, eine Gruppe mit sehr heterogenem Leistungsbild und eine Gruppe mit unterdurchschnittlichem Leistungsbild identifiziert werden. Die letzte Gruppe, die 10% bis 18% der beteiligten Zahnärzte umfasste, fiel durch doppelte bis fünffache Verlustraten von Füllungen und Zahnersatzarbeiten auf, jeweils im Vergleich zur Gesamtstichprobe. Einige Ergebnisse dieser Gruppe seien hier exemplarisch aufgeführt:

- Die Folgebehandlungsrate von Füllungen liegt im 1-Jahreszeitraum 90% über dem Durchschnitt des untersuchten Kollektivs.
- Die Folgebehandlungsrate wurzelkanalbehandelter Zähne liegt im 1-Jahres-Zeitraum 88% über dem Durchschnitt.
- Die Verlustrate von Kronen im 3-Jahres-Zeitraum beträgt das 4,5-fache des durchschnittlichen Behandlers, bezogen auf die Gesamtstichprobe.
- Die Verlustrate von Brücken im 3-Jahres-Zeitraum beträgt das 5-fache im Vergleich zum Durchschnitt der untersuchten Kollegen.
- Die Verlustrate von Prothesen im 3-Jahres-Zeitraum liegt 45% über dem Durchschnitt.

Aus dem Modellprojekt wurden verschiedene Empfehlungen abgeleitet – insbesondere wurde die Beratung der auffälligen Zahnärzte unter Bezugnahme auf das ermittelte Behandler-Profil gefordert. Daneben gab es Pläne, das Indikatorensystem weiterzuentwickeln, es auch anderen Kassen für Untersuchungen zur Verfügung zu stellen, es für die Beurteilung von Heil- und Kostenplänen und die Schulung von Kassenmitarbeitern zu nutzen und die gewonnenen Erkenntnisse in die Vertragsverhandlungen mit den zahnärztlichen Körperschaften einzubringen.

Qualitätsorientierte Forschung nach wie vor unterentwickelt

Eine Lawine qualitätsorientierter Forschung oder Qualitäts-Offensiven in den Praxen wurde meinem Eindruck nach durch das Modellprojekt nicht gerade in Gang gesetzt. Es fragt sich, ob die geringe Beliebtheit dieses (zweifellos nur mit Aufwand zu bearbeitenden) Forschungsgegenstandes vielleicht auch damit zusammenhängt, dass er sich (wegen der berufspolitischen Brisanz) nicht zur Karriereförderung und (mangels Produkt-Bezug) nicht zum Einwerben von Drittmitteln aus der Dentalindustrie eignet.

Eine umfangreiche Untersuchung wie die Voith-Studie muss inzwischen sogar als Ausnahme betrachtet werden, der so bald nicht zu wiederholen ist. Seinerzeit gab es Forschungsmittel vom Bund, und am Ende des Projektes stand eine allgemein zugängliche Veröffentlichung. Schon die Nachfolgestudie von Frau Dr. Sinha kam über das Stadium eines kasseninternen Berichtes nicht mehr hinaus, und kurz danach waren nach Einführung des Datenträgeraustausches solche Erhebungen schlicht nicht mehr möglich, weil den Kassen – mit Verweis auf Datenschutzargumente – die entsprechenden Daten gar nicht mehr zugänglich waren.

Die (knapp 20) Arbeiten aus neuerer Zeit, die ich im Rahmen einer kleinen Recherche zusammentragen konnte, behandeln kleinere Ausschnitte des Behandlungsgeschehens und liefern Hinweise auf Qualitätsaspekte zum Teil nur als „Nebenbefunde“. Überwiegend werden klinische Beurteilungskriterien angewandt. Die Studien unterscheiden sich stark hinsichtlich Methodik und Durchführung. Ihre Ergebnisse müssen jeweils im Kontext der Einschränkungen des jeweiligen Studiendesigns bewertet werden. Untersuchungsgegenstand waren konservierende und prothetische sowie präventive Maßnahmen (Fissurenversiegelung), des weiteren Maßnahmen aus den Bereichen Diagnostik (Röntgen) und Behandlungsplanung, die Voraussetzungen für Therapieentscheidungen darstellen und insofern in direkter Beziehung zur Ergebnis-Qualität bei der Behandlung stehen.

Gemeinsam ist den Berichten aus drei Jahrzehnten, dass sich deutliche Hinweise auf Qualitätsmängel finden. Mehrere Studien weisen eine starke Variabilität der Behandlungs-

qualität nach. Ähnlich wie die BKK-Untersuchungen liefern sie Belege für weit unterdurchschnittliche Behandlungsqualität bei einem relevanten Teil der Behandler. Auch wenn die Arbeiten wegen ihres Alters und ihrer jeweiligen methodischen Beschaffenheit keine direkte Übertragung auf die aktuelle zahnmedizinische Versorgung in ihrer Gesamtheit erlauben, bieten sie m.E. für die zahnärztliche Selbstverwaltung Anlass genug, Qualitätsmängel als ernst zu nehmendes Thema anzusehen und sich ihrer vor allem dort anzunehmen, wo sie gehäuft auftreten.

Bundesausschuss auf der Suche nach Qualitätsindikatoren

Der Gemeinsame Bundesausschuss Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen steht momentan vor der Aufgabe, die gesetzlichen Vorgaben des SGBV zur Qualitätssicherung umzusetzen. Dabei kann es nicht darum gehen, dass Zahnärzte und Praxispersonal noch mehr Zeit am Schreibtisch statt beim Patienten verbringen oder dass sie – man denke an die eingangs zitierte Umfrage – wie Autobesitzer alle zwei Jahre bei einer TÜV-ähnlichen Institution eine mechanistische Prüfung durchlaufen müssen. Welche – möglichst praxisgerechten, aussagekräftigen, und dennoch mit begrenztem Aufwand erhebbaren – Qualitätsindikatoren genutzt werden können, damit werden sich Experten von Zahnärzte- und Kassenseite in der nächsten Zeit zu beschäftigen haben. Zu hoffen ist, dass es den Zahnärztevertretern dabei nicht nur um die Abwehr von Qualitätsvorgaben geht, dass sie die in früheren Studien gewonnenen Erkenntnisse einbeziehen und Anregungen aus der Zahnärzteschaft (vielleicht auch Anregungen von Seiten des DAZ?) aufgreifen.

Damit etwas herauskommt, was sowohl für die Praxen eine Hilfe bei der Verbesserung der Behandlungsergebnisse ist als auch den Patienten die gewünschte Transparenz über das Geschehen in den Zahnarztpraxen bringt.

P.S. Interessierte Leser können die kommentierte Literatur-Zusammenstellung zu Qualitätsstudien beim DAZ anfordern (kontakt@daz-web.de).

Verlängerter Arm des Gesundheitsministeriums:

NAV-VIRCHOW-BUND
UND DAZ KRITISIERTEN KV-CONSULTS

Berlin, 10. Mai 2007 – Der NAV-Virchow-Bund und der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) sprechen sich gegen die Etablierung so genannter KV-Consults aus. „Die Gründung von Dienstleistungsgesellschaften durch die Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen selbst ist ordnungspolitisch fragwürdig und kartellrechtlich bedenklich“, erklären DAZ und NAV-Virchow-Bund. „Körperschaftsstatus und Pflichtmitgliedschaft aller Vertragsärzte sind mit einer objektiven Beratung und Gestaltung von Verträgen unvereinbar“, kritisieren die Vorsitzenden Dr. Klaus Bittmann (NAV-Virchow-Bund) und Dr. Eberhard Riedel (DAZ) die ambivalente Stellung der Dienstleistungsgesellschaften. „Die Selbstverwaltung, die die Gesamtvergütung organisiert, kann nicht unvoreingenommen an der Gestaltung von Verträgen mitwirken, die aus diesem Topf finanziert werden. Das ist absurd.“

Einen offenkundigen Interessenkonflikt sehen NAV-Virchow-Bund und DAZ auch darin, dass die Dienstleistungsgesellschaften Einzelverträge zu Lasten der Gesamtvergütung abschließen. „Warum sollte jemand den Ast abschneiden wollen, auf dem er sitzt? Die Mehrheit der Vertragsärzte profitiert nicht von diesen Verträgen, wenn sie über die KVen abgewickelt

Das Thema Dienstleistungsgesellschaften der zahnärztlichen Körperschaften beschäftigte auch die KZBV bei ihrer Versammlung Juni 2007 in Köln. Delegierte aus Schleswig-Holstein und Niedersachsen stellten den Antrag: Die KZBV-Vertreterversammlung lehnt Beratungs- und Dienstleistungsgesellschaften nach § 77a 5GB V im zahnärztlichen Bereich als überflüssig ab und fordert die Vertreterversammlung der Länder-KZVen auf, solche Gesellschaften nicht zu gründen.“ Der Antrag wurde mit Mehrheit abgelehnt.

werden“, erläutern die Verbände. Überdies könne einer KV-Consult schon deshalb keine ernsthafte ärztliche oder zahnärztliche Interessenvertretung zugesprochen werden, weil sie als Tochterunternehmen einer KV oder KZV mittelbar staatlicher Kontrolle unterliege. „Vielmehr ist zu befürchten, dass die Dienstleistungsgesellschaften als verlängerter Arm des Gesundheitsministeriums fungieren“, geben NAV-Virchow-Bund und DAZ zu bedenken.

Der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-

Der stellvertretende KZBV-Vorsitzende Eber berichtete in seinem Referat bei der KZBV-VV über die Überlegungen der KZBV zu Dienstleistungsgesellschaften, die sich am Vertragswettbewerb beteiligen: „Die Gründung einer solchen Dienstleistungsgesellschaft wird die Migration vom sicheren Körperschaftsstatus zum Unternehmertum mit Marktrisiken bedeuten und daher am Ende der internen Diskussion von uns eine ganz klare unternehmerische Entscheidung fordern.“ Mit Verweis auf die ärztliche Schwesterorganisation KBV, die bereits die Unternehmensberatung Prognos mit einer Geschäftsfeldanalyse betraut hat und ein eigenes unabhängiges Unternehmen – Arbeitsbezeichnung „New Company“ – plant, riet er, den Krankenkassen dieses Feld nicht zu überlassen. Seines Erachtens ist es „geradezu unsere Pflicht, das Know-how unserer Körperschaften einzusetzen, um die Zahnärzte in dem nicht aufzuhaltenden Prozess der grundlegenden Veränderung der Versorgungsstrukturen in Deutschland zu begleiten und ihr berufliches Umfeld jenseits des in Zukunft zunehmend auf die Sicherstellung einer flächendeckenden Grundversorgung beschränkten Kollektivvertrags zu gestalten.“

Bundes und der Vorsitzende des DAZ betonen, dass die Freien Ärzteverbände und -genossenschaften der bessere Ansprechpartner für Ärzte und Zahnärzte seien, da sie Vertragskompetenz und echte politische Interessenvertretung vereinen. „Anstelle so genannter Consults mit intransparenten und pseudo-offiziellen Strukturen brauchen wir eine Organisation, die wirklich unabhängig von staatlichen Eingriffen ist.“ KVen und KZVen seien aufgefordert, die Kooperation mit diesen Parallelorganisationen auszubauen.

*Dr. Klaus Bittmann,
NAV-Virchow-Bund-Vorsitzender
Dr. Eberhard Riedel,
DAZ-Vorsitzender*

Aus dem fröhlichen Berliner Funktionärsleben

Gegen Widerstand aus der „Opposition“ hat die Delegiertenversammlung des Berliner Versorgungswerkes eine Endschadigungsordnung verabschiedet, die für die Funktionsträger in Verwaltungsrat und Kontrollausschuss pauschale Aufwandsentschädigungen und zusätzliche Sitzungsgelder in sehr komfortabler Höhe



festlegt: Der Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält 2.200 EUR pro Monat für das Bekleiden des Amtes, der Stellvertreter 1.700 EUR, ein Beisitzer mit Referat 1.100 EUR. Darüber hinaus wird für jede Einzelaktion – auch für Wegezeiten – Sitzungsgeld gewährt: von 150 EUR für bis zu 3 Stunden bis 510 EUR bei mehr als 9 Stunden.



Einladung zur DAZ-Jahrestagung 2007 15./16. September 2007

Tagungs-Ort:

Dietrich-Bonhoeffer-Haus in Berlin-Mitte

Ziegelstr. 30 · 10117 Berlin · Tel. 030/28467-0 · Fax 030/28467-145

info@dietrich-bonhoeffer-hotel.de, www.dietrich-bonhoeffer-hotel.de

- **Fortbildungsvortrag:**

Der Koronarpatient – und was
sein Zahnarzt wissen sollte

- **DAZ-Jahreshauptversammlung**

- **Versammlung des**

DAZ-Projektes Qualitätssicherung



Antwort DAZ-Jahrestagung vom 15.–16.09.2007

FAX 0221 7391239

Name, Vorname

Straße, PLZ, Wohnort

Telefon, Fax, E-Mail

- Ich melde mich an für die Fortbildung am 15.09.07 um 10.00 Uhr in Berlin
- Ich komme zur DAZ-Jahreshauptversammlung 15.09.07 um 14.00 Uhr
- und ggf. zur Fortsetzung am 16.09.07 um 10.00 Uhr
- Ich komme zur Jahresversammlung des QS-Projektes am 15.09.07 um 17.00 Uhr
- Ich habe Interesse
 - am Treffen Freitagabend
 - am Restaurantbesuch Samstagabend
- Ich bin
 - niedergelassene/r Zahnarzt/-ärztin
 - angestellte/r Zahnarzt/-ärztin oder
- Ich bitte um Zusendung von Infos über den DAZ
- Ich überweise den Verpflegungsbeitrag (21 EUR für Mittagessen + Kaffeepause) auf das DAZ-Konto 0003000869 bei der Deutschen Apotheker- & Ärztebank, BLZ 37060615

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

Der Koronarpatient – und was sein Zahnarzt wissen sollte

Koronarerkrankungen sind demografiebedingt auf dem Vormarsch und stellen auch den Zahnarzt vor neue Herausforderungen. Es gilt, die Behandlungsrisiken herzkranker Patienten besser einzuschätzen, die Zusammenhänge zwischen Herz-Kreislaufkrankungen und entzündlichen Vorgängen in der Mundhöhle zu berücksichtigen und bei Prophylaxe und Therapie zu einer interdisziplinären, integrierten Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt, Internist und weiteren Fachrichtungen zu kommen.



Prof. Dr. D. Schneider, bis 2006 Leiter der Inneren Abteilung des Leipziger St. Elisabeth-Krankenhauses und schwerpunktmäßig im Bereich der kardiologischen Forschung an der Universität Leipzig tätig, Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der Deutschen Herzstiftung und diverser Fachverbände, wird eine Zusammenstellung dessen liefern, was speziell Zahnärzte über die koronare Herzkrankheit und moderne Therapiemöglichkeiten wissen sollten. Dabei wird es insbesondere um die

Spätfolgen der Erkrankung wie chronische Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen sowie um die zahlreichen therapiebedürftigen Begleiterscheinungen gehen. Nur die genaue Kenntnis der verschiedenen Krankheitsbilder und die Kooperation mit den ärztlichen Kollegen erlauben es dem Zahnarzt, für diese Patienten eine angemessene und risikoarme Behandlungsstrategie zu entwickeln.

Alle Interessierten sind ganz herzlich zu der Veranstaltung eingeladen; Zahnärzte erhalten Fortbildungspunkte. Am Nachmittag folgt die DAZ-Jahreshauptversammlung einschl. der Versammlung des Projektes Qualitätssicherung des DAZ.

GESAMT-PROGRAMM

Freitag, 14.09.2007, ab 20⁰⁰

Start-Treffen in den Chaussee Stuben, Chausseestr. 15, 10115 Berlin-Mitte,
Tel. 030/30875405
www.zumvogelhaendler.de

Samstag, 15.09.2007

10⁰⁰ **Eröffnung der Jahrestagung**
durch den DAZ-Vorsitzenden Dr. Eberhard Riedel
Referat von Prof. Dr. Dieter Schneider, Zwenkau:
**„Der Koronarpatient –
und was sein Zahnarzt wissen sollte“**
anschließend Diskussion

13⁰⁰ Mittagspause

14⁰⁰ **DAZ-Jahreshauptversammlung**

17⁰⁰ **Versammlung des QS-Projektes**

ab 20⁰⁰ Gemütliches **Beisammensein** im indischen Restaurant
Bombay, Friedrichstr. 106/Ecke Ziegelstraße, 10117 Berlin-
Mitte, Tel. 030/28484953

Sonntag, 16.09.2007

10⁰⁰ Fortsetzung der **DAZ-Jahreshauptversammlung**
in der Praxis Dr. Eva Hübner/Dr. Isolde Schiefer (im gleichen Haus
wie die Bundeszahnärztekammer), Chausseestr. 113, 10115 Berlin,
Tel. 030/2823638, Fax 030/28097153

Bei der Veranstaltung mit Prof. Schneider werden gemäß den Leitsätzen der BZÄK, der DGZMK und der KZBV zur zahnärztlichen Fortbildung zwei **Fortbildungspunkte** vergeben. Vom Tagungshaus wird pro Teilnehmer eine **Tagungspauschale** von 21 EUR für Kaffeepause und Mittagessen erhoben. Um Überweisung vorab oder Zahlung am Tagungsort wird gebeten.

TAGESORDNUNG DER DAZ-JAHRESHAUPTVERSAMMLUNG

15.09.2007, 14⁰⁰ bis 17⁰⁰, sowie 16.09.2007, ab 10⁰⁰

1. Eröffnung durch den DAZ-Vorsitzenden, Diskussionsleiterwahl und Festlegung der Tagesordnung
2. Tätigkeits- und Rechenschaftsbericht des DAZ-Vorstandes mit Informationen zur berufspolitischen Situation, zu Initiativen des DAZ und zur DAZ-internen Situation; anschließend Diskussion
3. Berichte aus der Geschäftsstelle und den verschiedenen Arbeitsbereichen des DAZ (Forum-Redaktion, Studiengruppen, Referate) und Diskussion
4. Anträge an die Mitgliederversammlung (satzungsgemäß 1 Woche vorher beim Vorstand/der Geschäftsstelle einzureichen), Diskussion, Beschlussfassung
5. Änderung der Satzung (Antrag DAZ-Vorstand)
6. a) Berichte des Kassierers und der Kassenprüfer; Diskussion
6. b) Entlastung des Vorstandes
7. a) Wahl der Kassenprüfer für 2008
7. b) Bestätigung der Beitragsordnung für 2008
7. c) Verabschiedung des Haushaltsplanes 2008
8. Planung der nächsten Aktivitäten und der Jahrestagung 08
9. Verschiedenes

VERSAMMLUNG DES DAZ-PROJEKTES QUALITÄTSSICHERUNG

15.09.2007, 17⁰⁰ bis 18³⁰

Bericht der Projektleitung, Vorstellung der neuesten Befragungsergebnisse, Diskussion, Siegel-Vergabe, Neuwahl der Projektleiter, Planung der nächsten Schritte

Dr. Eberhard Riedel ist Mitinitiator und Mitentwickler des in Bayern entstandenen Claridentis-Vertrages und gleichzeitig Partnerzahnarzt bei dieser Integrierten Versorgung. Nachfolgend lesen Sie seinen persönlichen, nicht redaktionellen Bericht über die Entwicklung und die Inhalte dieser neuen Vertragsform.

Bayerns Zahnärzte sind im Vorteil

INTEGRIERTE VERSORGUNG „CLARIDENTIS“ ETABLIERT SICH

*Dr. Eberhard Riedel,
Claridentis-Partnerzahnarzt*

Niedergelassene Ärzte und Zahnärzte stehen gesetzlichen Neuerungen im Gesundheitswesen oftmals skeptisch gegenüber. Diese Haltung erscheint aus der eigenverantwortlichen beruflichen Perspektive des niedergelassenen Arztes heraus völlig naturgemäß: keine der so genannten Gesundheitsreformen seit 1989 war bislang in der Lage, die dringend benötigten strukturellen Veränderungen bei der Versorgung von Patienten herbeizuführen. Die allenfalls erzielte Dämpfung der Kostenentwicklung ging über Budgetierungen, Punktwertabsenkungen und Einschränkungen des Leistungsangebotes der Krankenkassen massiv zu Lasten der Arzt- und Zahnarztpraxen – und damit letztlich auch unserer Patienten. Nur sehr wenige Praxen konnten die Einnahmerückgänge aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch ein gesteigertes Angebot an Privatleistungen wenigstens teilweise ausgleichen, und nur wenige Patienten sind in der Lage, für alle Möglichkeiten der modernen (Zahn-)Medizin Privatanteile zu bezahlen. Ein gänzlicher Ausstieg aus dem System der GKV durch eine Rückgabe der Kassenzulassung wurde nur von ganz wenigen Praxisinhabern als Ausweg gesehen und extrem selten erfolgreich vollzogen.

INTEGRIERTE VERSORGUNG BIETET ZAHNÄRZTEN NEUE PERSPEKTIVEN

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz hat der Gesetzgeber Anfang 2004 die so genannte ‚Integrierte Versorgung‘ (IV) grundlegend neu geregelt. Die längerfristigen strukturellen Auswirkungen der Regelungen rund um § 140a SGB V gewinnen nun langsam an Form und bieten dabei auch für uns Zahnmediziner hochinteressante Entwicklungsperspektiven. Die Integrierte Versorgung bietet nämlich erstmalig die Möglichkeit, Versorgungsverträ-

ge mit den gesetzlichen Krankenkassen ohne den Umweg über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und damit außerhalb der kollektivvertraglichen Strukturen zu vereinbaren. Damit ist es jetzt Realität geworden, dass die engen Grenzen der einheitlichen Honorierung für (angeblich) einheitliche Behandlungsqualität innerhalb der Kollektivzahnheilkunde gesprengt werden können, ohne dabei das System der GKV verlassen zu müssen.

Damit ein IV-System erfolgreich funktionieren kann, bedarf es definierter und transparenter Strukturen. So müssen die Behandlungsangebote und Behandlungswege, insbesondere in ihrer fachübergreifenden Form, klar definiert und eingehalten werden. Der einzelne Praxisinhaber, obwohl in seiner Individualität und Eigenverantwortlichkeit für seine Praxis unangetastet und bestärkt, ist im Rahmen der IV eingebettet in eine starke Gemeinschaft, die von der weit reichenden Unterstützung der organisatorischen Aufgaben bis hin zur Vernetzung mit den Partnerpraxen und Partnerkrankenhäusern zur optimalen Gesamtbetreuung der Patienten reicht. Eine solche Versorgungsstruktur mit allen ihren verwaltungstechnischen, juristischen und EDV-spezifischen Problemen kann kaum von einer (Zahn-)Arztpraxis allein geschaffen werden. Vielmehr bedarf es eines Teams von Spezialisten aus den angesprochenen Bereichen. In Bayern verfolgt die Firma DENT-IV GmbH als eine unabhängige Managementgesellschaft diese Zielsetzung und unterstützt die angeschlossenen Partnerpraxen mit einem entsprechendem Tätigkeitsspektrum.

QUALITÄTSGESICHERTE BEHANDLUNG ALS DIFFERENZIERUNG IM MARKT

Differenzierung innerhalb der (Zahn-)Ärzteschaft kann glaubhaft nur im Wege eines

nachvollziehbaren Qualitätsmanagements erreicht werden. Im Sinne aller Teilnehmer an den neuen Strukturen muss die Gruppe der Partner(zahn)ärzte ein herausgehobenes durchgehendes Qualitätsniveau repräsentieren, um mit Hilfe der Managementgesellschaft in interessante Verträge mit den Krankenkassen eingebunden werden zu können. „Claridentis“ ist der Name der ersten so entstandenen Gemeinschaft in der Bundesrepublik, in der Zahnärzte gemeinsam mit anderen Heilberuflern den Krankenkassen eine Integrierte Versorgung im Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und der MKG-Chirurgie anbieten. Als erste Krankenkasse konnte die AOK Bayern als Vertragspartner gewonnen werden, weshalb vorerst nur Zahnärzte in Bayern von dieser neuen Versorgungsform profitieren können. Bei „Claridentis“ sind die Zahnärzte in den Mittelpunkt des vernetzten Behandlungsgeschehens gerückt. Als Beispiele der realisierten Kooperationen seien die Schwangerenprophylaxe, ergänzt durch Mundgesundheits- und Ernährungsaufklärung in Zusammenarbeit mit Gynäkologen, die anschließende Vernetzung mit Kinderärzten zur besseren Früherkennung von Karies im Kleinkindalter, die umfassendere und zielführendere Betreuung von Patienten mit Kaufunktionsstörungen in Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten, die vernetzte Betreuung und Behandlung essgestörter Patientinnen, aber auch die verbesserte zahnmedizinische Betreuung pflegebedürftiger Menschen genannt.

INTEGRIERTE VERSORGUNG ALS MARKE UND QUALITÄTSSIEGEL – QUALITÄTSMANAGEMENT INKLUSIVE

Mit „Claridentis“ ist eine Marke entstanden, die eine Vielzahl von Vorteilen und Möglichkeiten für ihre Teilnehmerpraxen bereithält, die weit

über die bloße Vernetzung und Optimierung von Versorgungsstrukturen hinausgehen. Das für die Partnerzahnärzte organisierte Qualitätsmanagement ist von praktizierenden Zahnärzten für praktizierende Zahnärzte entwickelt worden und nimmt so im höchsten Maße Rücksicht auf die Individualität und die Professionalität des Partnerzahnarztes. Hier wird einer Praxis keine Umstellung auf komplizierte Fremdkonzepte zugemutet, sondern vielmehr die jeweils sinnvoll gewachsene Praxisstruktur erhalten. Eine Selbstverpflichtung auf einen Katalog von nachvollziehbaren Verhaltensregeln gegenüber den Patienten bildet dabei die Basis des Patientenvertrauens, wie es der gesamten angeschlossenen Kollegenschaft entgegengebracht werden soll. Regelmäßige in jeder Praxis durchgeführte anonyme Patientenbefragungen, zentral ausgewertet, schaffen einfache und strikt problemorientierte Steuerungsinstrumente für den Fall stark gehäuft auftretender Patientenkritik in einzelnen Versorgungsbereichen. Eine verlängerte Gewährleistung für konservierende und prothetische Versorgung (bis maximal 6 Jahre) unterstreicht die durchgängige Professionalität und Selbsteinschätzung jedes Partnerzahnarztes und schafft weiteres Patientenvertrauen. Stichprobenartige Nachuntersuchungen von endodontischen Leistungen (Röntgendokumentation) sowie Füllungsleistungen durch Beratungszahnärzte, die selbst auch Partnerzahnärzte sind, helfen, den Honorareinsatz für die BEMA-Leistungen sowie für Zusatzhonorare (s.u.) nachzuvollziehen. Damit geht das Qualitätsmanagement bei „Claridentis“ deutlich über bisherige Versuche hinaus, in den Praxen lediglich die Prozessqualität zu verbessern.

QUALITÄTSSICHERUNG ZAHLT SICH AUS-ZUSATZHONORARE FÜR ZAHNÄRZTE

Der Partnerzahnarzt schließt sich dem Claridentis-Qualitätskonzept tatsächlich nicht umsonst an, sondern profitiert von einer Reihe unmittelbarer, auch finanzieller Vorteile. Für jeden Patienten erhält der Partnerzahnarzt eine jährliche Qualitätspauschale. AOK-Patienten haben zweimal im Jahr Anspruch auf eine Zuzahlung der Kasse für umfassende Prophylaxemaßnahmen im Rahmen zweier Zahnvorsorgepakete. Zusätzlich zahlt die AOK für kautragende Compositfüllungen der Sei-

tenzähne, Wurzelbehandlungen und erweiterte Prophylaxeleistungen bei Schwangeren ein Zusatz-Honorar. Sämtliche Zahlungen für Claridentis-Patienten unterliegen weder dem KZV-Budget noch der Degression. Sobald ein Patient innerhalb dieses Selektivvertrages behandelt wird, rechnet der Zahnarzt dessen Behandlungsleistungen aus allen BEMA-Bereichen nicht mit der KZV, sondern ohne jeden Honorarverteilungsmaßstab oder sonstige Kürzungen über die DENT-IV ab. Hierfür erhebt diese Managementgesellschaft eine Verwaltungsgebühr in gleicher Höhe wie die KZV.

Aber nicht nur die Zusatzhonorare und die durch das konsequente Qualitätsmanagement und das Qualitätssiegel erzielte direkte Außenwirkung einer Praxis verhelfen ihr zu einer herausgehobenen Position, sondern insbesondere die umfangreichen flankierenden Maßnahmen der Managementgesellschaft bis hin zum professionellen Marketing für die Marke „Claridentis“ mit ihren angeschlossenen Praxen. Herauszustellen ist auch die konsequente Umsetzung einer papierlosen Abrechnung sämtlicher Behandlungen mit den Krankenkassen einschließlich der Beantragung und Abrechnung aller Heil- und Kostenpläne. Damit wird ein wesentlicher Beitrag zum Bürokratieabbau in den Praxen geleistet.

NICHT SCHWÄCHUNG, SONDERN STÄRKUNG DER BERUFLICHEN SELBSTÄNDIGKEIT

Jeder Praxisinhaber und jedem Praxisinhaber wiederum bietet die Teilnahme an der Integrierten Versorgung ausgezeichnete Entwicklungschancen. Ohne dass, wie bei fragwürdigen Franchise-Unternehmen, bereits die Teilnahme teuer erkaufte oder gar ein wesentlicher Umsatzanteil abgegeben werden muss, verschafft bei „Claridentis“ allein der Einsatz von zahnärztlichem Können und Gewissenhaftigkeit im Umgang mit den Patienten eine verbesserte Honorarsituation. Die technisch zukunftsweisenden Strukturen der Managementgesellschaft bedeuten für die Umsetzung der neuen Vertragsstrukturen in der Zahnarztpraxis geringstmöglichen Aufwand.

Ein besonderer Vorteil ist dem Umstand zu verdanken, dass sich das Wesen einer Managementgesellschaft ganz grundlegend von

den bekannten funktionärsgeprägten Strukturen der zahnärztlichen Körperschaften unterscheidet. Aus der Sicht einer Managementgesellschaft sind die Partner(zahn)ärzte echte, ernstzunehmende Geschäftspartner, weil von deren erfolgreicher dauerhafter Teilnahme am IV-Vertrag auch der Erfolg des Gesamtkonzeptes entscheidend abhängt. In diesem Sinne steht jede Managementgesellschaft in der Pflicht, den Partner(zahn)ärzten ein starkes Management zu bieten, das sich nicht nur effektiv gegenüber den Krankenkassen einsetzt, sondern mit innovativen unternehmerischen Konzepten das zahnärztliche Tun langfristig bereichert.

Aus meiner Einschätzung stellt die Entwicklung der Integrierten Versorgung und die Teilnahme am Claridentis-Programm für uns Zahnärztinnen und Zahnärzte eine bisher nie da gewesene Möglichkeit dar, nicht nur die Zahnmedizin als integrativen Bestandteil der Humanmedizin glaubwürdig und dauerhaft zu etablieren, sondern unsere Praxen durch die praktizierte Partnerschaft mit anderen Fachrichtungen, mit Krankenkassen und mit einer tatkräftigen Managementgesellschaft zukunftsicherer zu machen.

Dr. Eberhard Riedel, München

Infomaterialien für die Patientenaufklärung:

Zahnarztpraxen können über die vom DAZ ins Leben gerufene Informationsstelle für Kariesprophylaxe kostenlose Patientenfaltblätter anfordern:

Tel. 06152/81 466,

Fax 06152/81788,

Mail

daz@kariesvorbeugung.de

Umgang mit einer missratenen Reform

Dr. Klaus Bogner,
stellvertretender Vorsitzender des NAV-Virchow-Bundes,
Friedrichshafen



Am 5. Mai dieses Jahres wurde im Rahmen unserer Frühjahrstagung von dem stellv. Vorsitzenden des NAV-Virchow-Bundes Dr. Bogner ein Vortrag über die „missratene Gesundheitsreform“ gehalten. Nachfolgend sind in Auszügen die Schlussfolgerungen vom Ende seines Vortrages wiedergegeben.

Ganz grob geschnezt und in Schwarz-weiß ausgedrückt könnte man fast von der „Implementierung einer europäischen staatsgelenkten Medizin“ sprechen!

Was sind also die Folgen des Wettbewerbsstärkungsgesetzes und des Vertragsarztrechtänderungsgesetzes für uns Ärzte und Zahnärzte und vor allem: wie reagieren wir darauf? Diese Fragen sind sehr schwer zu beantworten, da wir noch keine Beispiele und Modelle kennen. Die Therapie kann also

nur auf der Analyse der Gesetzesabsicht beruhen, nicht auf tatsächlichen Vorgängen.

Ich versuche es aber trotzdem mal: Wenn man annimmt, dass unser Gesundheitssystem unter staatlicher Lenkung und Kontrolle industrialisiert werden soll und damit bei beschränkten Ressourcen ein Verdrängungswettbewerb stattfinden wird, so bleiben nur wenige konkrete Möglichkeiten:

- Wir industrialisieren uns selber und übernehmen die staatlichen Vorgaben, wie z.B. Qualitätssicherung, Leitlinienbehandlung in Programmen, Kooperationen für spezielle Verträge, knallharte Praxisführung unter rein betriebswirtschaftlichen Kriterien, Zwangsbildung und Qualifizierung. Damit agieren wir also als lupenreiner Unternehmer! Dies führt dann schließlich zu immer größeren Gebilden, vergleichbar den früheren Polikliniken in der ehemaligen DDR.
- Wir warten ab, bis andere Firmen/Anbieter

Praxisketten, z.B. nach dem Franchiseprinzip, anbieten und versuchen dort als angestellte Ärzte unser Glück.

- Wir versuchen unsere Minipraxen zu erhalten und solche Kooperationen einzugehen, die z.B. nicht nur auf der Ebene der Ärzte stattfinden, sondern auch auf der Ebene des Personals, der Fortbildung, des Einkaufs etc. Dies macht aber nur Sinn, wenn wir damit lo-



kal/regional die Marktführerschaft gewinnen und damit wieder in eine Monopolstellung rücken.

Das Zauberwort ist also: Kooperation. Dies ist ein traditionelles Thema unseres Verbandes, des NAV Virchow-Bundes. Wir haben vor Jahren vor dem Bundesverfassungsgericht das Recht erstritten, in fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen zu kooperieren, und fördern schon immer ärztliches Zusammenarbeiten.

Mein Vorschlag an Sie als Zahnärzte: Kooperieren Sie nicht nur untereinander, sondern auch mit Ärzten. Stellen Sie mehr die ärztliche Seite Ihres Berufs heraus, denn die fußt auf Erfahrung und menschlichen Qualitäten. Und alleine die sind es, die uns voneinander unterscheiden und unverwechselbar machen. Qualitätvolle Technik muß sein, ist sogar selbstverständlich, doch ist sie austauschbar, ex- und importierbar und beliebig industrialisierbar.

Wollen Sie das wirklich? Wenn ich Lokalblättern und Gesundheitsgazetten überfliege, so werben viel mehr Zahnärzte und Labors darin für ihre Leistungen, als Ärzte. Aber man liest immer das Gleiche: technische Perfektion und ewige Schönheit in kürzester Zeit garantiert. Ein Mensch ohne Implantate und Veneers ist gar nicht mehr „in“! Offensichtlich scheint noch genügend Geld übrig zu sein, um es für Werbung ausgeben zu können.

Dann habe ich selbstverständlich auch Anmerkungen dazu, wie wir uns gegenüber der Politik verhalten könnten. Das Arzt-Politiker Verhältnis ist nachhaltig gestört. Warum?

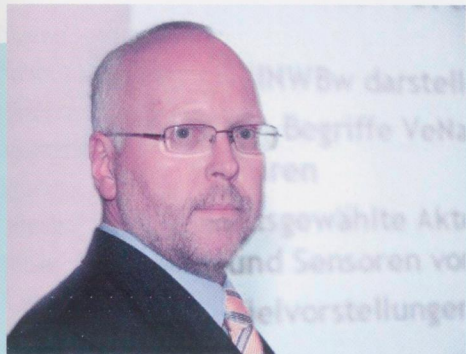
Ich hätte fast gesagt, Politiker sind doch auch Menschen. Wir werden während unseres Studiums als Einzelkämpfer ausgebildet, der dazu immer Sicherheit in seinen Entscheidungen ausstrahlen soll und damit auf gewisse Weise Autorität vermittelt. Wir entscheiden, wir verhandeln nicht. Ein Politiker dagegen muss immer verhandeln können, er muss den Spagat beherrschen, mit voller Autorität am nächsten Tag das Gegenteil von dem zu behaupten, was er heute gesagt hat. (Ein Beispiel gab kürzlich mit schneidender Stimme Herr Ministerpräsident Oettinger.)

Während der Proteste im vergangenen Jahr wurde diese Sprachlosigkeit, die dann in Aggressivität mündete, ganz deutlich. Also plädiere ich für Miteinandersprechen. Nicht nur fordern und protestieren, sondern sprechend argumentieren. Mir selber fällt dies schwer, wenn ich merke, dass mein Gegenüber verbands oder-parteilich völlig linientreu ist und gar nicht zuhören will. Trotzdem plädiere ich für einen etwas entkrampfteren Umgang.

Wie können wir aber Macht gewinnen, die alleine Politiker zum (Um)Denken zwingt? Nur dadurch, dass wir unsere Stärken besser nutzen. Wir haben große Anerkennung und Meinungsführerschaft bei unseren Patienten. Nutzen wir sie doch. Nicht dass wir jetzt hochpolitische Diskussionen in unsere Sprechzimmer verlegen. Aber warum klären wir die Bürger nicht in Informationsveranstaltungen über die Reformen auf, ganz sachlich, ohne Protestgeschrei und Verkauf von IGELE Leistungen und Implantaten? Warum informieren wir nicht vor der lokalen Presse die Bürger der Stadt über unsere Ausbildung, unsere Arbeitszeiten, unsere Kompetenz und unsere Kooperationen?

Warum veranstalten wir nicht zusammen einen Gesundheitstag in der Stadt, in der wir arbeiten, an dem wir uns und unsere Praxismitarbeiter vorstellen?

Ich versuche es mal auf den Punkt zu bringen.



Wir sollten die hohe Anerkennung, die uns in der Bevölkerung entgegengebracht wird, weiter ausbauen. So dass der Mann auf der Straße, wenn er von einem Fernsehteam interviewt wird, auf die Sonntagsfrage, wen

er denn morgen wählen wird, antwortet: Oh, weiß noch nicht, da muß ich erst meinen Arzt fragen! Wenn er dann Sie als Zahnarzt fragt, habe ich auch nichts dagegen, wir sind ja schließlich alle Ärzte.

Vereine und Verbände müssen sich entwickeln, um dauerhaft zu bestehen

Dipl.-Volkswirt Wolfgang Schmid,
LOGismOS Köln/Berlin

Im Rahmen der Frühjahrstagung diskutierten DAZler mit dem Publizisten und Volkswirt Wolfgang Schmid über aktuelle Trends in der gesundheitspolitischen Szene.

Vereine und Verbände haben es heute nicht leicht – nicht nur in der zahnärztlichen Berufspolitik. Von der Freiwilligen Feuerwehr über den Sportverein bis zum berufspolitischen Verband: Clubs, Vereine und Verbände haben Schwierigkeiten, sich in den Zeiten des Informationsüberflusses und der Medienverwahrlosung attraktiv zu gestalten und sich auf dem Markt für Informationen und Freizeitgestaltung ansprechend zu positionieren.

Dabei ist Engagement nicht weniger wichtig als vor 50 Jahren, als die Verbändelandschaft in Deutschland erblühte: Der Staat zieht sich zum einen aus Lebensbereichen zurück, in andere aber drängt er massiv hinein – und in beiden Fällen ist privates wie auch vereintes Engagement wichtig. Eigentlich müsste eine Lawine des ehrenamtlichen Engagements, der vereinten Interessen, der gemeinsamen Abwehr gegen die Veränderung der persönlichen Lebensumstände losgetreten werden – doch das Gegenteil ist der Fall. In Zeiten, in denen einen keine Schocker-Meldung mehr erschüttert, geht die subjektive Notwendigkeit verloren, sich selbst zu bewegen, um etwas bewegen zu können.

Über 60 Prozent der Verbände leiden unter Mitgliederschwund

Eine Befragung der Institut der deutschen

Wirtschaft Köln Consult GmbH in Zusammenarbeit mit dem Institut für Verbandsmanagement Berlin im Frühjahr 2006 unter Wirtschaftsverbänden [1] zeigt ein Bild, das auf traditionelle zahnärztliche Verbände ebenfalls angewendet werden kann – sicher auch auf den DAZ.

Über 60 Prozent der befragten Organisationen leiden unter Mitgliederschwund. Diejenigen Mitglieder, die vor 20, 30 oder mehr Jahren enthusiastisch eingetreten sind, ziehen sich aus dem Vereinsleben zurück, sterben langsam aus – doch der Nachwuchs wächst nur noch langsam nach. Eine direkte Folge des Mitgliederschwundes sind finanzielle Probleme. Diese schränken die Beweglichkeit des Vereins schleichend ein. Selbst wenn die Verbandsführung das Engagement nach außen durch Sparen im Bereich der Innenorganisation erst einmal aufrecht erhalten kann – die schleichende Lähmung ist für die Mitglieder zu spüren. Der Mitgliederschwund schweißte die verbleibenden Mitglieder nicht enger zusammen sondern verunsichert sie weiter, so dass ihre Loyalität fraglich wird. Weniger Loyalität heißt aber auch: weniger persönliches Engagement und weniger Bereitschaft, Opfer für den Verein zu bringen.

Die Studie zeigt: Bei anderen Finanzierungsquellen ist oft Fehlzanzeige! Mit erstaunlicher Gelassenheit beobachten die Verbände ihren finanziellen Niedergang. Einige versuchen, das Minus durch Beitragserhöhungen aufzufangen – und verdrängen dabei, dass dies die Erosion nur noch verstärkt. Andere

wenden sich mit Vehemenz dem Geldverdienen zu und degenerieren von Interessensvereinigungen zu Dienstleistungsgesellschaften. Zum Jahresende machen viele Mitglieder die einfache Rechnung auf: Was kostet es mich, was bringt es mir noch? Und hier zeigt es sich, dass Verbände zunehmend im Wettbewerb mit anderen Verbänden stehen, im Wettbewerb mit externen Leistungsanbietern, mit anderen Informationsanbietern und nicht zuletzt mit anderen Interessen und Hobbies ihrer Mitglieder.

Nach 30 Jahren eine Wiedergeburt?

Doch nicht für alle Vereine und Verbände ist die Stimmung so schlecht, wie oben angedeutet – Schwarzmalerei ist nicht angebracht. Auch heute noch organisieren sich Bürger, entstehen Vereinigungen, zeigen Verbände Mitgliederwachstum. All diese Organisationen haben die zwei Kriterien für einen erfolgreichen Verein erfüllt:

- sie haben ein ansprechendes Thema oder Ziel und
- sie können dieses Vereinsziel auch erfolgreich darstellen.

Für Verbände, Vereine, Gruppierungen gilt aus der Beobachtung heraus ein Lebenszyklus von ca. 30 Jahren, der Zeitraum einer Generation. Nach rund 30 Jahren entscheidet sich, ob ein Verband weiter lebt, oder ob er mit seiner Gründergeneration ausstirbt. Verbände, Vereine, Gruppierungen können es sich nicht leisten, Hort des Beharrens zu sein. Sie müssen sich entwickeln.

Was will man eigentlich sein, was will man erreichen?

Die Frage, was der Verband sein will – regionaler Club, Dienstleister und Serviceanbieter, PR-Verband oder politischer Akteur – müssen sich Vorstand und Mitglieder gemeinsam stellen. Oft tut sich hier eine Bruchstelle auf zwischen Alt und Neu: Der Vorstand (oft die einzigen im Verband, die sich engagieren) galoppiert mit seinen Neuerungen zu weit vor, bis die alten, treuen Mitglieder nicht mehr folgen können und schließlich resignieren: „Das ist nicht mehr mein Verein.“

Es gibt Verbände, die sich durch eine hohe emotionale Mitgliederbindung hervortun und so ein Vorbild für andere sind. Die emotionale

Mitgliederbindung ist durchaus formbar. Doch dafür ist es wichtig zu verstehen, wie emotionale Mitgliederbindung entsteht. Man weiß aus unserer Grundlagenforschung, dass hier neben den Leistungen eines Verbandes auch das Image eine entscheidende Rolle spielt. [2]

Hier ist vor allem zielgerichtete Informationsarbeit wichtig – vor allem die Information nach innen, die zweigleisig ist, so dass die Verbandsführung immer die Rückmeldung der Mitglieder erhalten kann. Solche Informationen, die mit Web und Mail kostengünstig direkt zum Adressaten kommen, können auch verloren geglaubte Mitglieder wieder einschwören und ein Wir-Gefühl schaffen. In der

Öffentlichkeitsarbeit nach außen müssen Themen selbst geschaffen und besetzt werden – wird der Verband in der Öffentlichkeit als gestaltende politische Kraft wahrgenommen, produziert dies das positive Image des Verbandes. Aus der Abwärts- wird eine Aufwärtsspirale.

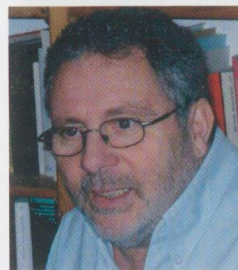
[1] *Institut der deutschen Wirtschaft Consult Institut für Verbandsmanagement: Mit mehr Dienstleistungen wollen die kleineren Wirtschaftsverbände überleben; Köln, 15. Februar 2006*

[2] *Deutsche Gesellschaft für Verbandsmanagement: Die Krise der Verbände gibt es nicht / Verbände sind besser als ihr Ruf; Bonn, 7. Februar 2007*

DAZ-VDZM-Pressemeldung:

Implantate nicht der Goldstandard prothetischer Versorgung

Dr. Wolfgang Kirchhoff



Frankfurt/Bonn/Köln, 11.05.2007. Implantate sind keineswegs der Goldstandard der prothetischen Versorgung, so das Fazit der Teilnehmer auf der gemeinsamen Frühjahrsveranstaltung von DAZ und VDZM am 5. Mai 2007 in Frankfurt, in deren Mittelpunkt das Thema Implantologie stand.

In seinem Eingangsreferat verdeutlichte Dr. Matthias Mayer, Frankfurt, einmal mehr die hohen Anforderungen sowohl an den Operateur als auch an den Patienten, die notwendig sind, um ein ästhetisch befriedigendes Ergebnis im Rahmen einer Implantatbehandlung zu erzielen. Für den Arzt stellen der stets mit einer Implantation verbundene Knochenabbau und die notwendigen Gingivaplastiken eine enorme Herausforderung dar, der Patient wiederum muss eine exzellente Mundhygiene betreiben und sollte sich bis zum Abschluss der oralen Rehabilitation in Geduld üben.

Im zweiten Teil stellte Dr. Wolfgang Kirchhoff, Marburg, in seiner umfangreichen Analyse heraus, wie weit Wunsch und Wirklichkeit in der Implantologie auseinander liegen. Es überrascht, wie gering der Evidenzgrad

der implantologischen Studien angesichts einer derart invasiven und kostenintensiven Therapieform ausfällt. Die immer wieder vorgebrachte Begründung für Implantationen, der Alveolarknochen werde vor Resorptionen geschützt oder es komme sogar zur Neubildung von Knochen, entspricht nicht der zahnmedizinischen Wirklichkeit. Trotzdem wird mit diesem Argument geworben und es werden damit Erwartungen geweckt, die nicht haltbar sind.

Kirchhoff wies u.a. darauf hin, dass rund 40% aller Implantationen mit Komplikationen behaftet sind, dass lediglich eine evidenzbasierte Studie zur Verweildauer von in Kieferhöhlen teilverankerten Implantaten vorliegt, und die betrage nicht einmal 36 Monate. Ebenso bedenklich ist, dass in den wenigsten Studien der aktuelle klinische Zustand des Implantats im Kieferknochen (Stichwort: Periimplantitis) erfasst und kritisch bewertet wird.

Auch die Risiken des zunehmenden Einsatzes von Knochenersatzmaterialien werden nicht ausreichend gewürdigt, weshalb der Referent die Zulassung von Implantati-

onsmaterialien nicht als Medizinprodukte, sondern ihre Prüfung als Arzneimittel annahm.

Kirchhoff stellte für das Lückengebiss die Überlegenheit der konventionellen Kronen- und Brückenprothetik heraus. Nach Untersuchungen der Kölner Universität überlebten herkömmliche Kronen- und Brückenpfeiler zu 96 bis 98% die 10jährige Therapiephase, während die Verweildauerwahrscheinlichkeit von Implantaten für den gleichen Zeitraum nur 81% betrage.

In der anschließenden Diskussion waren sich alle Teilnehmer einig, dass die Implantologie sicherlich eine Erweiterung des zahnmedizinischen Behandlungsspektrums darstellt, aber keinesfalls den Raum und die Bedeutung einnimmt, wie er durch die Flut der Publikationen und den Druck interessierter Kreise der Öffentlichkeit suggeriert wird. Nach wie vor besteht ein enormer Bedarf an Forschung unabhängig von der Industrie zu Fragen von Anzahl, Lokalisation, Design und Material von Implantaten. Die tatsächliche Risikobehaftung der Implantologie, der operative Aufwand und die damit verbundenen Kosten sollten wieder vermehrt dazu führen, dass dem Erhalt der bestehenden biologischen Strukturen oberste Priorität in der zahnmedizinischen Betreuung der Patienten eingeräumt wird.

Dr. Kristina Schwigon,
Vorsitzende der VDZM

Dr. Eberhard Riedel, Vorsitzender des DAZ

Wahlen zum Berliner Versorgungswerk

ZWISCHEN ALTEM ÄRGER UND NEUER HOFFNUNG

Wie wir bereits in der letzten Forumausgabe berichtet haben, hat im vergangenen Jahr die Delegiertenversammlung der Zahnärztekammer Berlin gegen den Wunsch des Vorstandes entschieden, dass das Berliner Versorgungswerk teilrechtsfähig wird, aber Bestandteil der Zahnärztekammer Berlin bleibt.

Die Strukturen teilrechtsfähiger Versorgungswerke sind durch das Berliner Kammergesetz vorgegeben. Oberstes Organ des Versorgungswerks ist dessen Vertreterversammlung, welche von den Delegierten der Zahnärztekammer gewählt wird. Der Delegiertenversammlung lagen für Berlin Wahlvorschläge des inzwischen unter undurchsichtigen Umständen aus dem Vorstand des Versorgungswerks ausgeschiedenen Kollegen Janowski (Verband der Zahnärzte von Berlin und Freier Verband) und des Kollegen Kampmann (Fraktion Gesundheit, BUZ, IUZB, DAZ) vor. Es wurden fünf Vertreter des Wahlvorschlags „Janowski“ und drei Vertreter des Wahlvorschlags „Kampmann“ in das neu geschaffene Organ der Vertreterversammlung des Versorgungswerks gewählt, dazu drei Mitglieder aus Brandenburg und ein Mitglied aus Bremen. Damit sind die Mitglieder des Versorgungswerkes aus den Kammerbereichen Bremen und Brandenburg nun stärker an den Belangen der Versorgungseinrichtung beteiligt, was auch für andere Kammerbereiche mit bestehenden oder geplanten Zusammenschlüssen interessant sein sollte.

Am 12. Mai hat nun die konstituierende Vertreterversammlung des Versorgungswerks getagt. In einer umfangreichen Tagesordnung dominierten die Wahlen zu den beiden vom Gesetzgeber vorgesehenen Ausschüssen (Verwaltungsausschuss und Aufsichtsausschuss). In den Ausschüssen arbeiten jeweils sechs Vertreter, vier Vertreter aus Berlin und je ein Vertreter aus Brandenburg und Bremen.

In zahlreichen Vorgesprächen hatte die Liste „Kampmann“ Ansprüche auf eine stärkere Beteiligung bei den Entscheidungen im Aufsichtsausschuss und im Verwaltungsausschuss angemeldet, die mit Kompetenz, Bereitschaft zur Mitarbeit und mehr Transparenz begründet wurde. Dem ist insofern entsprochen worden, als die Kollegen Dr. Schütte (BUZ) in den Aufsichtsausschuss und Winnetou Kampmann (DAZ / Fraktion Gesundheit) in den Verwaltungsausschuss gewählt worden sind.

Gegen die vorgeschlagene Sitzungsgeldordnung stimmten die Vertreter von BUZ und Fraktion Gesundheit. Ein Alternativvorschlag von BUZ, für die Teilnahme an der Vertreterversammlung – wie in Berlin üblich – kein Sitzungsgeld zu zahlen, fand mit dem Hinweis auf die Regelungen in allen anderen KZV- bzw. Kammerbereichen keine Mehrheit.

Wenn auch nicht alle Vorstellungen von den Verbänden IUZB, BUZ, DAZ und Fraktion Gesundheit durchgesetzt werden konnten, scheint ein erster Schritt gemacht worden zu sein, das Berlin-Bremen-Brandenburger Versorgungswerk in Zukunft gedeihlicher zu leiten.

Vor der Wahl des Kollegen Dr. Pochhammer (Verband der Zahnärzte von Berlin) zum stellvertretenden Vorsitzenden des Aufsichtsausschusses ist der Einwand erhoben worden, dass seine Kandidatur nach seinem Dienstvertrag als stellvertretender Vorsitzender der KZV der vorherigen Zustimmung der Vertreterversammlung bedurft hätte. Obwohl diese nicht vorlag, hat der Kollege Dr. Pochhammer kandidiert und ist auch gewählt worden.

Ob sich dies mit seiner Verpflichtung „seine ganze Arbeitskraft für die KZV und deren Belange einzusetzen“ vereinbaren lässt, mag die Vertreterversammlung der KZV Berlin entscheiden.

*Dr. Peter Nachtweh,
Stellvertretender BUZ-Vorsitzender, Berlin*

Kassen wollen Qualität – TK schließt Vertrag mit MacDent

Seit der letzten Gesundheitsreform bieten die Bestimmungen des § 73c SGB V den KZVen, aber auch Gruppen von Zahnärzten oder einzelnen Leistungserbringern die Möglichkeit, Sonderverträge zur ambulanten Versorgung oder zu Teilen davon mit Krankenkassen abzuschließen. Von Juli 2007 an gibt es auf dieser Grundlage ein parodontalprophylaktisches Angebot der Techniker Kasse für über 18jährige Versicherte, bestehend aus diagnostischen und Beratungsleistungen sowie zwei professionellen Zahnreinigungen jährlich. Die TK übernimmt, bezogen auf vereinbarte Pauschalen, die Hälfte der Kosten. Vertragspartner auf zahnärztlicher Seite ist das Franchise-Unternehmen MacDent Zahnärztliche Behandlungskonzepte AG.

Angesichts der geringen Zahl von MacDent-Praxen kann nur ein winziger Bruchteil der 2,1 Mio TK-Versicherten das neue Angebot nutzen, weshalb die Kasse kein Ausufer der Ausgaben zu fürchten braucht. Das Projekt bietet dennoch Gelegenheit, ein PA-Prophylaxe-Programm in kleinem Rahmen zu erproben.

Im Interesse der TK-Versicherten, die das Experiment über den Topf für Satzungsleistungen finanzieren, ist zu hoffen, dass eine sorgfältige Evaluation erfolgt, bei der sowohl die Wirksamkeit der Leistungen, zu denen Einzelheiten im Moment noch nicht mitgeteilt werden, als auch die Informationen und Anreize für die Patienten unter die Lupe genommen und die Anforderungen an die Vertragspartner im Lichte der gewonnenen Erfahrungen überdacht werden.

Dieser Vertrag wird sicher nicht der einzige seiner Art bleiben. Beachtenswert sind allemal die Kriterien der Kasse für die Auswahl des zahnärztlichen Vertragspartners. Nach Aussagen der für den Vertrag zuständigen Mitarbeiterin bei der TK wurden verschiedene Präventionsangebote und Anbieter geprüft. Ausschlaggebend seien letztlich das Qualitätssicherungsprogramm von MacDent einschl. der Zertifizierung nach DIN ISO 9001 und die

Der DAZ ist trotz vieler Widrigkeiten in der glücklichen Lage, das DAZ-Forum als sein Publikationsorgan zu besitzen. Deshalb sind wir gern bereit, uns von ihren Zielen her teilweise nahestehenden Organisationen, die keine eigene Zeitschrift haben, Raum für Artikel und deren Diskussion zur Verfügung zu stellen.



Dr. Günter Kau, M.Sc. (Health-care Management), Waldmohr, Vorsitzender des Berufsverbandes der Allgemeinzahnärzte Deutschlands BVAZ

Der deutsche Allgemeinzahnmediziner hat durch seine universitäre Ausbildung und qualitätssichernde kontinuierliche freiwillige Fortbildung eine internationale Spitzenposition erworben. Kommerzielle Interessen von Fortbildungsanbietern (dazu zählen auch in- und ausländische Universitäten) dürfen nicht dazu führen, dass eine auf diese Weise kontinuierlich erworbene Qualifikation nichts mehr wert ist und der bisherige Allgemeinzahnarzt damit zu einem Zahnarzt zweiter Klasse diskriminiert wird. Dieser Position des BVAZ hat sich vor kurzem die Vertretersammlung der KZV Niedersachsen ohne Gegenstimme angeschlossen.

Allgemeinzahnärzte sind ärztliche Spezialisten für Zahnheilkunde mit einem breiten Ausbildungs-, Diagnose- und Behandlungsspektrum. Sie sind erste ärztliche Ansprechpartner bei allen zahnmedizinischen Gesundheitsproblemen. Damit das so bleibt, hat sich vor knapp eineinhalb Jahren der Berufsverband der Allgemeinzahnärzte BVAZ gegründet.

Bei den Hausärzten konnte man vor ca. 15 Jahren sehen, dass diese nur mit enormer politischer Anstrengung und in letzter Minute die Ansprüche der Fachärzte abwehren konnten. Auch in der niedergelassenen Ärzteschaft gab es damals – wie jetzt bei den Zahnärzten – den Trend zur Über-Spezialisierung. Und das Honorar folgte der Spezialisierung.

Doch anders als bei den Ärzten, wo die Weiterbildung Aufgabe der Kammern ist und von einer Weiterbildungsordnung gedeckt wird, wuchert bei den Zahnärzten inzwischen der Wildwuchs der rein kommerziell induzierten Pseudo-Weiterbildung.

Die Allgemeinzahnärzte werden seit geraumer Zeit von den Fachgesellschaften dieser vorgeblichen Spezialisten mit immer höheren, vordergründig wissenschaftlich begründeten Standards konfrontiert, deren erfolgreiche Integration in die Allgemeinpraxis unrealistisch ist und – wie am Beispiel der umstrittenen Kofferdam-Stellungnahme der DGZMK/DGZ/AGET zu sehen – für den Allgemeinzahnarzt unwägbare juristische Risiken birgt.

Pseudo-Spezialisierung, Schaffen künstlicher Hürden für Allgemeinzahnärzte, Abrechenbarkeit bestimmter Leistungen nur noch für die sog. „Spezialisten“ – diesen Tendenzen treten wir energisch entgegen!

Allgemeinzahnheilkunde ist ein Teilgebiet der Medizin und umfasst das gesamte Spektrum der zahnmedizinischen Diagnostik und Therapie. Allgemeinzahnärzte sind DIE Fachärzte für Zahnheilkunde. Allgemeinzahnärzte sind mehr als nur Spezialisten!

Mit dem BVAZ gibt es endlich einen Verband, der die Kollegenschaft nicht spaltet, sondern einigt

Die Tatsache, dass die Wahrung der berechtigten Interessen der Allgemeinzahnärzte über alle berufspolitischen Grenzen hinweg Priorität hat, zeigt, dass wir auf dem richtigen Weg sind: Mit dem BVAZ gibt es endlich einen Verband, der die Kollegenschaft nicht spaltet, sondern einigt, weil er die zahnheilkundlichen Interessen der Allgemeinzahnärzte vertritt, die in Folge der in den letzten 20 Jahren teilweise erbittert geführten berufspolitischen Auseinandersetzungen unter die Räder geraten sind.

Fortsetzung von S. 19

„Durchgriffsrechte“ der Managementgesellschaft MacDent gegenüber den angeschlossenen Praxen gewesen.

Für eine Bewertung des TK-Angebotes ist es nach heutigem Stand sicher zu früh. Wir werden gern weiter darüber berichten, wenn uns die Leistungsbeschreibungen und Vertragsbedingungen im Detail bekannt sind und Erfahrungen in der Anwendung vorliegen. Allerdings kann man jetzt schon festhalten, dass die gesetzlichen Kassen beim Abschließen von Spezialverträgen Qualitätsanforderungen großes Gewicht geben und solche Partner bevorzugen, die nachweisbare Kriterien erfüllen. Ein Qualitätshandbuch im Praxisschrank allein dürfte da nicht ausreichen.

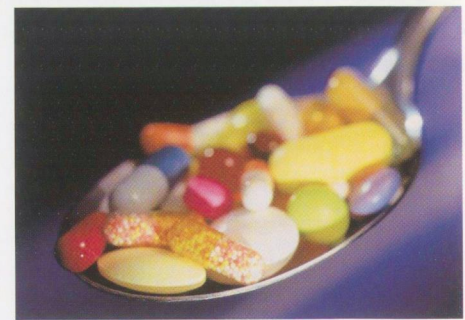
Irmgard Berger-Orsag, Troisdorf

Die ROTE LISTE – kostenlos aus dem Web zu laden

Jeder Arzt, Zahnarzt, Apotheker braucht sie – die ROTE LISTE mit Kurzinformationen zu deutschen und europaweit zugelassenen Arzneimitteln und Medizinprodukten.

Wer sie in Buchform benötigt oder sie auf CD beziehen möchte, bezahlt ab 77 Euro aufwärts. Aber auch eine völlig kostenlose Version ist erhältlich, für denjenigen, der sie sich selbst aus dem Internet herunterlädt.

Wegen des Heilmittelwerbegesetzes ist die ROTE LISTE Datei jedoch nicht allgemein zugänglich. Wenn Sie über www.roteliste.de



auf der entsprechenden Seite gelandet sind, werden Sie aufgefordert, Ihr DocCheck-Passwort einzugeben. Dieses erhalten Sie nach Anmeldung bei DocCheck und Übermittlung Ihrer Approbationsurkunde per Mail (eingescannt) oder als Fax.

Die Liste informiert Sie über fast 9.000 Präparate von knapp 500 Herstellern und wird regelmäßig aktualisiert.

An jedem Zahn hängt noch ein Mensch

Grundkompetenz in Psychologie und Psychosomatik – FÜR BETREUUNGSQUALITÄT BEIM ZAHNARZT IMMER WICHTIGER

Regelmäßige Analysen der Krankenkassen weisen es nach: Über alle Krankheitsarten hat sich der Krankenstand seit Beginn der 90er Jahre fast halbiert. Um so mehr fällt auf, dass dieses für psychische Störungen nicht gilt. Sie haben, wenn man die Anzahl der Krankheitsfälle betrachtet, nach den Erhebungen der Betriebskrankenkassen seit 1991 um 33% zugenommen (BKK-Bundesverband 2007). Bei Frauen stehen sie als Ursache für Arbeitsausfall inzwischen mit 11% an dritter Stelle. Verschiedene Hochrechnungen besagen, dass psychische Erkrankungen bis zum Jahr 2020 zur zweithäufigsten Ursache für Arbeitsausfälle und verminderte Arbeitsfähigkeit avancieren werden. Zwar erfassen diese Daten nicht die gesamte Bevölkerung. Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen legen jedoch nahe, dass auch bei ihnen psychische Störungen häufiger auftreten, und bei Menschen jenseits der Erwerbsphase tragen die immer öfter zu diagnostizierenden Demenzerkrankungen zur Zunahme psychischer Störungen bei. Fasst man diverse Statistiken zusammen, so ist etwa jeder vierte Bürger in Deutschland im Laufe seines Lebens von einer seelischen Erkrankung betroffen – eine Zahl, die durch eine Ende 2006 publizierte Erhebung für die Europäische Union insgesamt bestätigt wurde.

Psychische Störungen gehen oftmals mit körperlichen Erkrankungen einher. Der Begründer der Psychoanalyse Sigmund Freud prägte hier den Begriff der Konversion – vereinfacht gesagt die Verwandlung eines unverbildeten seelischen Konfliktes in ein körperliches Symptom. In den 40er Jahren des vorigen Jahrhunderts entstand, zunächst in den USA, die psychosomatische Medizin, die die Wechselwirkungen zwischen Körper und Seele zu ihrem Thema machte. Nach dem 2. Weltkrieg wurde auch in Deutschland die erste universitäre Abteilung für Psychosomatik gegründet. Seit 1970 gibt es in der ärztlichen Approbationsordnung (AO) die Pflichtfächer Psychosomatische Medizin und Psychothera-

pie, seit 2003 gibt es die Bezeichnung Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Die langandauernde, eher unfruchtbare Diskussion, ob Körperliches oder Seelisches den Ausgangspunkt für eine krankhafte Entwicklung darstellt, scheint inzwischen überwunden. Die ärztliche Musterweiterbildungsordnung bspw. spricht von der „Erkennung, psychotherapeutische(n) Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, an deren Verursachung psychosoziale und psychosomatische Faktoren einschließlich dadurch bedingter körperlich-seelischer Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind“. Während es schon länger Belege für die physiologischen Grundlagen bestimmter seelisch-geistiger Störungen gibt (z.B. Auslösung von kognitiven Störungen und Wahnvorstellungen durch toxische Stoffe oder Transmittermangel), wird inzwischen mit Hilfe der Neurobiologie auch die umgekehrte Einflussrichtung untersucht: wie bestimmte frühe Erfahrungen (Angst, Schmerz) die Entwicklung einzelner Hirnregionen beeinträchtigen. Die Konsequenzen für therapeutische Interventionen sind noch in der Diskussion.

Wenn – wie oben angeführt – jeder vierte Bürger in seinem Leben eine psychische und vielfach zugleich psychosomatische Erkrankung durchmacht, heißt dies, dass Störungen der seelischen Gesundheit eine sehr häufige, ja eine „normale“ Erscheinung sind, auf die sich jeder, der es mit Menschen zu tun hat, einstellen sollte. Ärzte erwerben zum Umgang mit solchen Störungen in ihrem Studium eine „psychosomatische Grundkompetenz“ – Zahnärzte dagegen, die es mit den gleichen Patienten zu tun haben, sind auf Fortbildung und Eigeninitiative angewiesen, obwohl die seit Jahren vorliegenden Vorschläge für eine Reform der Approbationsordnung längst neue Ausbildungsinhalte zu diesem Bereich vorsehen.

Muss sich nun, während bis zur Novellierung

der zahnärztlichen AO vielleicht weitere Jahrzehnte ins Land gehen, jeder Zahnarzt auf eigene Faust auf dem unübersichtlichen Psycho-Markt sein eigenes Fortbildungsprogramm zusammensuchen und allein die Übertragung auf den zahnärztlichen Praxisalltag leisten? Zum Glück nicht. Denn inzwischen ist im Überschneidungsbereich zwischen Zahnmedizin, Psychologie und Psychosomatik ein eigenes kleines Gebiet von Forschung und Lehre entstanden, flankiert von mehreren Fachorganisationen: dem AK für Psychologie und Psychosomatik der DGZMK (AKPP), dem AK Psychologie und Zahnmedizin der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie, dem Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin und dem Netzwerk Psychologie und Zahnmedizin PsyDent. Vertreter verschiedener Disziplinen, die z.T. an Universitäten, zum Teil aber auch in Praxen tätig sind, haben in den letzten 15 Jahren bestimmte häufig auftretende Probleme der zahnärztlichen Arbeit unter psychologisch-psychosomatischem Blickwinkel erforscht und Vorgehensweisen zum Umgang mit diesen Problemen erprobt.

Zu den untersuchten Themen gehören die Möglichkeiten von Psychodiagnostik in der Zahnarztpraxis, die Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient, Zahnbehandlungsängste, Compliance, Schmerz, Placebo, Zahnverlust, Prothesenunverträglichkeiten, Bruxismus, adäquate Aufklärung, kulturspezifische Aspekte bei der Behandlung ausländischer Patienten, Rehabilitation kiefergesichtsversehrter Patienten, Prophylaxe-Motivationsstrategien für verschiedene Zielgruppen u. a. mehr.

Seit 2005 gibt es – in Anlehnung an entsprechende Kurse im Rahmen des Medizinstudiums – nunmehr ein „CURRICULUM PSYCHOSOMATISCHE GRUNDKOMPETENZ“ der Akademie Praxis und Wissenschaft (APW). Es soll Zahnmediziner an eine psychosomatische Betrachtungsweise heranführen, sie zur Differenzialdiagnose und ggf. zur Krisenintervention befähigen und eine kompetente,

interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten und Fachärzten ermöglichen. Als Eingangsbedingung sollte neben der zahnärztlichen Approbation eine zweijährige zahnärztlich-praktische Tätigkeit vorhanden sein. Das Curriculum umfasst 11 Fortbildungstage mit ca. 54 Fortbildungsstunden und ist durch je 30 Stunden Literaturstudium und Supervision zu ergänzen. Für das Abschluss-Zertifikat gilt es, drei Falldarstellungen (Patienten mit psychosomatischen Beschwerden aus der eigenen Praxis) einzureichen und eine mündliche Prüfung zu absolvieren. Der Fortbestand der Qualifikation wird durch regelmäßige psychosomatische Fortbildungen gesichert.

Wer näher an diesem Curriculum (gesamte Kurskosten 2.500 Euro) interessiert ist, kann sich von den Seiten der APW unter www.apw-online.com das Programm herunterladen oder es auch bei der APW in Düsseldorf anfordern: Tel. 0211/669673-0.

Zweifellos ist dies nicht das einzige seriöse Angebot für Zahnärzte auf diesem Gebiet. Als weitere Variante sei beispielhaft auf das „CURRICULUM ZAHNÄRZTLICHE HYPNOSE UND EFFEKTIVE KOMMUNIKATION“ der Deutschen Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose (DGZH) verwiesen. Sie bietet ebenfalls eine breite psychosomatisch orientierte Grundausbildung an; auch bei dieser Fortbildung ist Supervision unverzichtbarer Bestandteil. Interessant sind auch die Angebote für Praxismitarbeiter, die sich als Hypnose-Assistent/in qualifizieren können.

Infos zur Hypnoseausbildung finden Sie unter www.dgzh.de.

Mancher schon durch vielerlei Anforderungen geplagte Praktiker wird angesichts solcher Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten allerdings jede Begeisterung vermissen lassen und sich stattdessen die zu erwartenden Belastungen ausmalen. Tatsächlich bedeutet ja die Teilnahme an derartigen Kursen einen finanziellen und zeitlichen Kraftakt. Also empfiehlt es sich, zunächst mal bei einem „Schnupper-Wochenende“ zu testen, ob einen eine solche Fortbildung überhaupt anspricht und

hilfreich erscheint. Denn das sollte der Sinn der Sache sein: Hilfen zu erhalten für den Praxisalltag. Viele Zahnmediziner fühlen sich nicht von den fachlich schwierigen Behandlungen am meisten belastet, sondern vom Umgang mit „schwierigen“ Patienten. Hier kann das bei Psychosomatik-Kursen erworbene Handwerkszeug gute Dienste leisten: sei es die Kenntnis der Zusammenhänge zwischen bestimmten seelischen Nöten und körperlichen Symptomen, seien es Fragebögen zur Abklärung psychischer Probleme, Gesprächstechniken, das Wissen über Kooperationsmöglichkeiten usw.

Ganz wichtig kann ein weiterer Aspekt werden, den die Teilnehmer der erwähnten Fortbildungsgänge als integrales Element psychosomatischer Grundkompetenz kennenlernen und praktizieren: die Supervision. Dabei geht es – anders als bei Fallbesprechungen in Qualitätszirkeln – nicht oder nicht nur um kollegiale Beratung zum Herausfinden der optimalen Therapiemethode für den Patienten. Ganz essenziell ist es vielmehr, den Zahnarzt selbst als Beteiligten in der therapeutischen Interaktion zu sehen. Er ist keine neutrale Fachinstanz sondern ein Mensch mit Erwartungen, Gefühlen, Problemen, bei dem gerade die schwierigen Patienten mit psychosomatischen Beschwerden tendenziell die intensivsten Reaktionen auslösen. Bei der Bewusstmachung der eigenen emotionalen Anteile kann eine Balint-Gruppe helfen, so genannt nach dem ungarischen Psychoanalytiker und Arzt Michael Balint, der Mitte des vorigen Jahrhunderts in der Zusammenarbeit mit praktischen Ärzten sein Konzept einer moderierten, nach bestimmten Kommunikationsregeln arbeitenden Supervisionsgruppe entwickelte. Balints Konzept wird inzwischen weltweit von Angehörigen helfender Berufe angewandt. Es hat sich insbesondere bei Ärzten und Zahnärzten als Rahmen bewährt, der eine sehr vielschichtige Reflexion des (Zahn-)Arzt-Patienten-Verhältnisses erlaubt und dem Behandler Möglichkeiten eröffnet, das eigene Verhalten und Erleben so zu ändern, dass die Interaktion insbesondere mit psychisch gestörten Personen als weniger belastend empfunden wird und erfolgreicher bewältigt werden kann.

Der Zahnarztberuf ist – auch schon bei Patienten, bei denen es „nur“ um ein zahnmedizinisches Problem geht – mit sehr hohen psychomentalen und physischen Anforderungen verbunden. Kein Wunder, dass Stress und Burnout gerade für diese Berufsgruppe keine Fremdwörter sind. Hier kann nicht der Versuch, sich selbst pausenlos funktionieren abzuverlangen, weiterhelfen, sondern nur die Anwendung des Präventions-Gedankens, den ein Zahnarzt beständig seinen Patienten nahebringen versucht, auf die eigene Person. Die Beschäftigung mit Psychosomatik und der eigenen professionellen Rolle bringt jedem, der sich ernsthaft darauf einlässt, wichtige Erkenntnisse über sich selbst – also ganz allgemein ein Stück Lebenshilfe und Anschlag für die eigene Entwicklung. Bezogen auf den beruflichen Zusammenhang bieten Psychosomatik-Fortbildung und Supervision die Möglichkeit, Überforderungssituationen rechtzeitig zu erkennen, besser mit den vielfältigen Anforderungen zurecht zu kommen und stärker die Möglichkeiten der Kooperation mit anderen Fachleuten zu nutzen. Dies dient der Gesundheit der Patienten – und der Gesundheit des Zahnarztes.

Irmgard Berger-Orsag, Troisdorf

Beispiele für besondere Angebote:

Ambulanz für Psychosomatik in der Zahnheilkunde der Uni Münster, Prof. Dr. Stephan Doering, Tel. 0251-83 47075, www.zmkweb.uni-muenster.de

Projekt „Seele & Zähne“ der ZÄK Berlin, Psychosomatische Patientenberatungsstelle, Tel. 030/89004-224, www.zaek-berlin.de

Zahnmedizinische Tagesklinik und Therapiezentrum für Zahnbehandlungsangst Bochum, Prof. Dr. Peter Jöhren, Tel. 0234/5839228, www.zahnbehandlungsangst.com

Netzwerk PsyDent, PD Dr. Renate Deinzer, Tel. 0211/81-13016, www.uni-duesseldorf.de/PsyDent

20 Jahre DZW – ein Blatt mit Biss

Irmgard Berger-Orsag, Troisdorf

Am 1. April 1987, also vor 20 Jahren, wurde sie aus der Taufe gehoben, weshalb manch einer sie auch zunächst als Aprilscherz belächelte: die DZW = DIE ZAHNARZTWOCHE, das am häufigsten erscheinende und aktuellste Medium für Zahnärzte in Deutschland. Wenn man so will: die einzige deutsche Zahnärzte-Zeitung. Schnell hatte sie sich einen festen Platz in der zahnärztlichen Medienlandschaft erobert. Während andere Blätter auftauchten und wieder verschwanden, wird sie bis Ende diesen Jahres auf circa 1000 herausgebrachte Ausgaben und eine Verbreitung in der Zahnärzteschaft blicken können, wie sie sonst nur wenige Publikationen in der Dentalszene erreichen – wenn man von den an (Zwangs-)Mitgliedern verteilten Blättern einmal absieht.

Die DZW, herausgegeben von Journalist und Multitalent Jürgen Pischel und dem Kieferorthopäden, Großlaborinhaber und Verlagschef Prof. Dr. Rolf Hinz, ist ein professionell gemachtes Blatt, das immer auch journalistische Amateure, insbesondere Zahnärzte, zu Worte kommen lässt, aus allen sich bietenden Informationsquellen schöpft und sich zum vom Themenspektrum her vielfältigsten Medium der deutschen Dentalszene entwickelt hat. Von der aktuellen Gesundheits- und Berufspolitik über Fachbeiträge von Wissenschaftlern und Praktikern, Infos aus der gesamten Dentalbranche, Beiträgen zu Marketing und Rechtsfragen bis hin zu eher feuilletonistischen Einsprengseln enthält die DZW in gut verdaulichem Stil alles, was irgendwie für Zahnärzte von Interesse sein könnte. Wer viel liest, trifft viel Bekanntes, und nicht jeder Beitrag befriedigt hohe Ansprüche. Aber dafür ist ein Teil der Texte aktueller als in jedem anderen Medium der Szene und enthält Hintergründe, die nur wenige Eingeweihte wissen. Dazu hat die DZW Biss – insbesondere Chefredakteur Pischel scheut sich nicht, zu polari-

sieren, Widersprüche aufzuzeigen und die Entwicklungen in der Gesundheitspolitik und den zahnärztlichen Körperschaften äußerst scharf zu kommentieren. Was dem Journalisten gut ansteht, ist dabei auch für den medialen Unternehmer durchaus einträglich – schließlich wird so die Zeitung zur Pflichtlektüre, wenn nicht für den rein fachlich Interessierten, so doch für jeden Zahnarzt, der in der standespolitischen Entwicklung mitmischen oder sie verfolgen will.



Während der exakte Gründungsjahrestag der DZW am 01. April diesen Jahres ganz unspektakulär begangen wurde, ist für den 14. Juni 2007 bei hoffentlich schönem Sommerwetter in der Kölner Flora das eigentliche Jubiläumsfest angesetzt. Da wird kommen, wer Rang und Namen hat in der dentalen Szene, und alle werden des Lobes voll sein – auch die, die kürzlich noch Prügel bezogen haben.

Und auch DAZler können nicht anders, als der DZW und ihrem Kopf und Motor Jürgen Pischel Anerkennung zollen – trotz der Frustrationen, die es insbesondere in früheren Jahren gab, wenn der kleine Verband von der DZW mal wieder mit ein paar tendenzbehafteten Schlagworten in die Ecke der linken Splittergruppen geschoben wurde. Der DAZ musste sich manches Mal abwatschen lassen – aber ihm wurde auch manches Mal Raum geboten, seine Po-

sition darzustellen. DAZler kamen in Gastkommentaren und Leserbriefen zu Wort, die Redaktion griff in politischen Beiträgen DAZ-Äußerungen auf und druckte DAZ-Pressemeldungen ab.

Generell gebührt der DZW das Verdienst, eine Vielfalt von berufspolitischen Sichtweisen darzustellen und dabei sowohl Minderheitenpositionen und kritischen Argumenten von Zahnärzten eine Chance zu geben als auch seitens der Redaktion immer wieder selbst die vorherrschende politische Linie kritisch zu hinterfragen.

Gleichzeitig vertritt die DZW – was sich über zahlreiche Beiträge in der Zeitschrift vermittelt und seine Entsprechung in den Kursangeboten der Herausgeber findet – quasi eine eigene berufspolitische Linie und eine eigene Vision davon, wie Zahnärzte sich heute auf dem Gesundheitsmarkt verhalten sollten.

Hierüber kann man diskutieren, und die „DZW-Linie“ dürfte eindeutig nicht die Linie des DAZ sein. Dies schmälert jedoch nicht den Wert des

Mediums für kritische Zahnärzte. Nach 20 Jahren DZW werden gerade berufspolitisch Interessierte eine klare Meinung zur DZW haben: „Die DZW – wenn es sie nicht gäbe, müsste man sie erfinden!“

Der DAZ gratuliert!

ANZEIGE



Lipinski & Hoffmann
zahntechnik

Qualität & Service

**... eine starke Verbindung
für Ihren Praxiserfolg**

TRIFFT GALVANO

VOLLKERAMIK



**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

Termine

Nächste Termine und Aktivitäten

19.07.2007

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

23.08.2007

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

05.09.2007

20.00 Uhr, Berlin: BUZ-Stammtisch
(Tel. 030/3925087)

15.09.2007

10117 Berlin-Mitte/Dietrich-Bonhoeffer-Haus:
DAZ-Jahrestagung 2007: 10.00 -13.00 Uhr
Fortbildung „Der Koronarpatient – und was
sein Zahnarzt wissen muss“, Referent: Prof. Dr.
med. Dieter Schneider, Leipzig; 14.00-18.00
Uhr, DAZ-Hauptversammlung und Jahresver-
sammlung des DAZ-Projektes „Qualitätssiche-
rung“

16.09.2007

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)

16.11.2007

10.30 Uhr, Berlin/Dorint Novotel Berlin-Mitte:
Öffentlicher Auftakt der Bundeshauptver-
sammlung des NAV-Virchow-Bundes zum
Thema „Berufsfreiheit – Freiberuflichkeit –
Selbständigkeit. Arzt sein im Gesundheitswe-
sen der Zukunft“ mit Dr. Oesingmann, Präsi-
dent des Bundes Freier Berufe, und Prof. Dr.
Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer
(Tel. 0221/973005-0)

05.12.2007

20.00 Uhr, Berlin: BUZ-Stammtisch
(Tel. 030/3925087)

20.12.2007

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

LESERBRIEF:

Schöne neue digitale Welt!? – Folgekosten des digitalen Röntgens

Natürlich möchte man mit seiner Praxis auf dem neusten Stand der Technik sein. So war es eigentlich selbstverständlich, dass ich bei der Übernahme einer Alterspraxis vor gut vier Jahren das alte, nicht mehr genehmigungsfähige Röntgengerät durch ein digitales Röntgengerät ersetzte. Die anfängliche Freude über schnelle Bilder und keine Chemikalien schwand schnell, als nach kurzer Zeit Bilder auf dem Monitor wie „verwischt“ aussahen. Anstandslos wurde zwei Monate nach der Anschaffung der Sensor getauscht.

Nun waren die Bilder wieder wie vorher, aber in der Detailzeichnung nach meinem Eindruck nicht so gut wie herkömmliche Röntgenbilder. Laut Röntgenverordnung musste dann noch eine spezielle Abnahmeprüfung für den „Be-
fundungsmonitor“ (natürlich kostenpflichtig)

durchgeführt werden. Meine Zweifel an der Aussagekraft der digitalen Röntgenbilder wies der prüfende Techniker mit Hinweis auf die bestandene Abnahmeprüfung meines Monitors weit von sich.

Nicht lange danach stand in der Kammer der Auffrischkurs für die vor längerer Zeit erworbenen Strahlenschutzkenntnisse an. Prof. Rother von der Uni Hamburg bestätigte die schlechtere Qualität der digitalen Röntgenaufnahmen im Vergleich mit den herkömmlichen und erklärte auch, dass die Reduktion der Strahlenbelastung längst nicht so groß sei, wie von der Industrie immer behauptet wird.

Nach vier Jahren und zwei Monaten Betriebsdauer erschienen hin und wieder nur Streifen statt Zähne auf dem Monitor. Der eiligst herbeigerufene Techniker diagnostizierte einen Kabelbruch am Sensorkabel und installierte einen neuen Sensor. Auf meine vorsichtige Frage nach den voraussichtlichen Kosten sprach er von ca. 2000,- Euro. So war ich über die dann erhaltene Rechnung über 4700 Euro

(inkl. Abnahmeprüfung) sehr entsetzt. Die Firma Sirona bekam den alten Sensor zur Untersuchung und bescheinigte einen „Kabelbruch in Sensorkopfnähe als Ausfallursache. Es handelt sich nicht um einen alterungsbedingten Ausfall. Unsachgemäße äußere Einwirkungen sind nicht festzustellen.“

Sollte hier vielleicht eine Sollbruchstelle eingebaut worden sein? Warum wird die mechanisch besonders belastete Übergangsstelle vom Sensor zum Kabel nicht verstärkt? Warum muss bei einem Kabelbruch der ganze Sensor neu gekauft werden? Bei einer Reifenpanne muss ich mir doch auch kein neues Auto kaufen?!

Haben andere Kollegen vielleicht ähnliche Erfahrungen gemacht?

Renate Dzingel, Heegbarg 17, 22391 Hamburg,
renate.dzingel@ngi.de

Anmerkung der Redaktion: Über E-Mail melden sich einige Zahnärzte, die ebenfalls über technische Probleme berichteten.



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 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 Zahnmedizinstudiums 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 Einzelleistungsvergütung 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 Zahnärzten selbst initiierten Qualitätssicherungsprogramme aufzuzeigen.

Beitrittserklärung

Name, Vorname

Geb. Datum

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

E-Mail

Ort, Datum

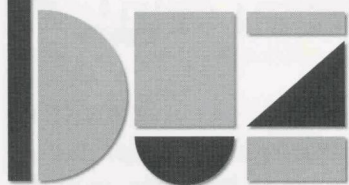
Unterschrift

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 Standespolitik 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 Standespolitik 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
Wolfratshauer Straße 189
81479 München
Telefon 089 534552
Telefax 089 54404484
e_riedel@msn.com

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
RolfToedtmann@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

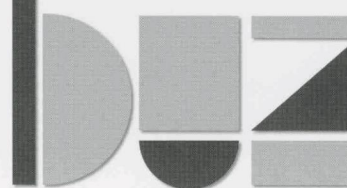
Westfalen-Lippe

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

www.buz-berlin.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
www.buz-berlin.de

Fotos: u.a. von www.dzw.de, www.kzbv.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

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 An-
frage (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

Schmeckt natürlich

Reines Alpensalz aus Natursole
mit Fluorid und Folsäure
für eine gesündere Ernährung



Bad Reichenhaller

Natürlich gut für mich