

In diesem Heft

Berufspolitischer Tag des
BDK lieferte Standortbestimmung:
Die Frühbehandlung in der
Kieferorthopädie **6/8**

Prof. I. Krejci über mikrooszillieren-
de Zahnhartsubstanzbearbeitung:
Neue Instrumentenformen für
die minimal-invasive
Kavitätenpräparation **8/11**

Dipl.-Ing. H. Vater über eine
besondere Kombination zweier
Herstellungsverfahren:
Stabil wie eine Gussbrücke, passt
wie eine Galvanokrone **12/13**

Dr. med. dent. A. Kurbad über die
Versorgung ausgedehnter Defekte
mit stabiler Keramik **17/18**

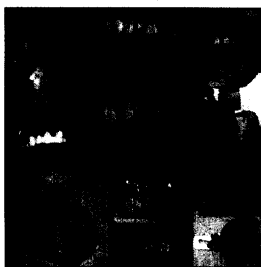
ZA W. Boer über gefüllte Bondingsys-
teme für die adhäsive Zementierung:
Nanofüller beeinträchtigen die
Passung nicht **19**

Prof. Dr. A. Knappwost über
die Depotphorese:
Anderes Prinzip schafft
physiologische Ausheilung in
der Endodontie **28/31**

Termin **32**

Herstellernachweis **32**

Impressum **33**



Das Titelbild dieser Ausgabe zeigt
Bildimpressionen aus restaurativer
Zahnheilkunde und Prothetik.

Layout: Heike Wallrath

Renaissance der restaurativen Zahnheilkunde

Zur Sache

Deutschland war weltweit in der Zahnheilkunde – wenn auch sehr unterschiedlich kommentiert – das Land des Zahnersatzes. Praxis und Wissenschaft, ja auch Dentalindustrie und natürlich Zahntechnik konzentrierten sich auf die Weiterentwicklung prothetischer Versorgungen. Die Dentalindustrie konnte mit diesen Entwicklungen weltweit Erfolge erzielen.

Wertet man das wissenschaftliche FDI-Kongressprogramm von Paris aus, dann muss man den Eindruck haben, dass Deutschland, was die Wissenschaft betrifft, im Bereich der restaurativen Zahnheilkunde ein völlig unterentwickeltes Land ist und beim Zahnersatz völlig an Boden verloren hat. Sicher spielt für dieses – falsche – Bild die weitgehende Unterrepräsentanz deutscher Wissenschaft auf der FDI-Plattform insgesamt eine wichtige Rolle, denn die Realität ist, wie gesagt, eine andere.

Die restaurative Zahnheilkunde erlebte in Deutschland eine ungeahnte und vor allem rasch voranschreitende Renaissance. Dabei spielt die in den vergangenen Jahren verstärkte Umorientierung der Ausbildung an den Universitäten eine ebenso wichtige Rolle – die junge Zahnarztgeneration ist restaurative minded – wie natürlich auch die Entwicklung neuer restaurativer Werkstoffe, zum Beispiel Keramiken, Kompositen oder Adhäsivtechniken bis hin zu CAD/CAM-Verfahren und dem Bemühen um minimal-invasive Therapien.

Hier sind deutsche Entwicklungen in Kooperation der Dentalindustrie mit den Universitäten ganz vorn dabei. Sie haben sich in deutschen Praxen nach entsprechender Fortbildung in Kammern, in freien Kursen, durch zahnärztliche Vereinigungen oder durch von der Industrie gesponserte Seminare in der restaurativen Zahnheilkunde eine führende Stellung im Praxisalltag verschaffen können. Eigentlich sollte es nun eine ehrenvolle Aufgabe für Körperschaften, Wissenschaft und Industrie sein, Deutschland als „Weltmeister der restaurativen Zahnheilkunde“ zu präsentieren, weg vom heute falschen ZE-Image. Unsere Zahnarztpraxen brauchen – was die Erfolge und Fortschritte sowie die breite Umsetzung in den Praxen für die Patienten in der restaurativen Zahnheilkunde angeht – weder im europäischen Vergleich noch gegenüber den USA ihr Licht unter den Scheffel zu stellen.

Natürlich hat hier die Gesundheitspolitik, vorangetrieben von der Berufspolitik, mit die Weichen in Richtung Fortschritt gestellt. Der Patient ist gemeinsam – mit seinem Zahnarzt – weitgehend frei in seiner Entscheidung bei restaurativen

Versorgungen in der Füllungstherapie; er kann mit seinem Kassensachleistungsanteil rechnen und muss nur für den frei vereinbarten „Mehrwert“ bezahlen. Dies zu gesicherten Gebührensätzen – ein weiterer Vorteil aus Sicht des Patienten.

Dies hat in einem Dreiklang von neuen Technologien und Verfahren, einer intensiven Aus- und Weiterbildung der Zahnärzteschaft – freiwillig wahrgenommen – und natürlich dem hohen Anspruch, den Patienten an ihre zahngesundheitliche Betreuung und Versorgung stellen, Deutschland an die Spitze der restaurativen Zahnheilkunde gebracht. In relativ großer Liberalität eröffnet das Kassensystem dazu Mehrkostenvereinbarungen. Nutznießer sind vor allem die Patienten, natürlich auch die so genannte gesamte Dentalfamilie. Sie sollte gemeinsam dafür eintreten, dass entgegen der Kassenbestrebungen die Möglichkeiten für Mehrkostenvereinbarungen in der restaurativen Zahnheilkunde über die Füllungstherapie hinaus ausgebaut werden. Es muss verhindert werden, dass diese Versorgungen in den Kassenkatalog und damit in Budgets mit nicht ausreichenden Bewertungen für eine gute Leistung aufgenommen werden, die dann nicht einmal eine „ausreichende“ Leistung erlauben.

Die zahnärztlichen Körperschaften müssen den Mut aufbringen, für eine Bema-Umstrukturierung, die sie ja zu erfüllen haben, nicht nur politisch die Weichen weiter in Richtung Prophylaxe, minimal-invasive, zahnerhaltende Versorgung zu stellen, sondern auch genau zu beschreiben, was als „Vertragsleistung“ zu entsprechenden Bema-Bewertungen dabei erbracht werden kann und was nicht, für was private Mehrkostenvereinbarungen notwendig sein werden. Dies wird weiter zulasten der ZE-Bezuschussung durch die Kassen gehen, aber die GKV-Mittel, sinnvoll umgeleitet, sind gut in der restaurativen Zahnheilkunde angelegt.

Ihr

Jürgen Pischel



**Die Möglichkeiten
für Mehrkosten-
vereinbarungen in
der restaurativen
Zahnheilkunde
weiter ausbauen**