

K CITY

Marquis Hotel
Convention Center

FOR
PROGRAM
MATION:

COM



In diesem Heft

DZW-Gespräch mit Prof. Dr. Noack: Wissenschaft, Industrie und Berufspolitik müssen eine Antwort auf die Anforderungen des Massenmarkts finden **6/7**

Klinischer Erfahrungsbericht zum Er:YAG-Laser und zum CO₂-Laser: Ein trainierter Zahnarzt und das passende Gerät sind Voraussetzung für den Erfolg **8/13**

Einsatz von Schall- und Ultraschallbetriebe Instrumente in der modernen Parodontitis-Therapie: In der Initialtherapie ebenso gut einzusetzen wie Handinstrumente **14/20**

Moderne mikrochirurgische Lappenoperation mit Mikroskop und Laser: Minimal-invasive Operationstechniken **22/24**

Erster Klasse beim Zahnarzt: Seminar zur Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsqualität **28/29**

WHO-Forderungen zu BSE: Zur Diskussion um bovine oder synthetische Knochenersatzmaterialien **30/31**

Zertifizierte Trainingszahnärzte **5**

Termine **49**

Herstellernachweis **48**

Impressum **49**

Erbium, CO₂, Diode, Kombinationslaser ...
Alles aus einer Hand!!

Opus Dent GmbH
Am Lorenzplatz 12a
80336 Freising
Tel: 08161 - 98 80 - 0
Fax: 08161 - 98 80 - 11
www.opusdent.com

Opus Dent
The Light Side of Dentistry

Das Titelbild dieser Ausgabe zeigt die Laser der Firma Opus Dent, Freising bei München.

Zur Sache Gut Ding braucht seine Zeit

Restaurative Zahnheilkunde und insbesondere die Parodontologie fordern in erster Linie den Zahnarzt in seiner zahnmedizinischen Verantwortung und als Arzt. In zweiter Linie – wenn eine medizinisch hochwertige, über das „ausreichend Notwendige“ hinausgehende Versorgung gewünscht ist – können auch Aspekte der Ästhetik hinzukommen. Zur optimalen Erfüllung beider Ansprüche haben in den vergangenen Jahren viele medizinische Entwicklungen bei den Verfahren und Technologien (wie die Laserzahnheilkunde, CAD/CAM-Verfahren) und bei den Materialien – denken wir an die Galvano- oder Keramik-Entwicklungen – beigetragen. Dies untermauern verschiedene Beiträge dieses Spezial eindrucksvoll.

Neben der medizinischen Sicherheit, zum Beispiel durch die Adhäsivtechnik, versuchen Forscher in den Universitäten und in der Industrie dem Zahnarzt helfend zur Seite zu stehen, wenn es um seinen Behandlungsaufwand in der Praxis geht. Hier seien Entwicklungen hin zu noch schneller aushärtenden Kompositmaterialien mit entsprechenden Lampen ebenso genannt wie Minimal-Step-Adhäsivtechnologien oder die Laser-Chirurgie und vieles andere mehr.

Dennoch kommen wir um ein Thema – besonders je mehr Verantwortung der Zahnarzt auch für die medizinischen Gesamtzusammenhänge von Erkrankungen übernimmt, nicht nur bei parodontalen Störungen – nicht herum: Er hat – dies gilt trotz aller technischer Hilfestellungen und Verbesserungen für viele hochwertige restaurative Versorgungsformen ebenso – einen als Zahnarzt höheren zeitlichen Aufwand. Und Zeit ist nun einmal Geld, zumal gerade der Zahnarzt kaum Leistungen delegieren kann. So stoßen wir wegen der in Deutschland den Zahnarzt so dominant bestimmenden Vergütungssysteme in der GKV wie der privaten Versorgung an Grenzen, haben diese vielfach längst überschritten. Sicher ist die Mehrkostenvereinbarungsmöglichkeit ein wichtiger Fortschritt, auch dadurch, dass sie auf „neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ angewandt werden kann. Aber damit ist angesichts der sehr engen Faktorbegrenzung auf 2,3fach GOZ gerade für den besonders verantwortlich tätigen Zahnarzt längst kein Leistungsausgleich geschaffen worden.

Seit einigen Monaten rollt nun eine neue Welle zeit- und damit kostenverursachender Vorschläge auf die Zahnarztpraxen zu. Denn alles, was unter den Begriffen „Evidence-based Dentistry“ oder der Definition von Leitlinien für Diagnose, Therapie und Dokumentation zur Qualitätsverbesserung der Versorgung läuft, führt zu einer weiteren persönlichen Belastung

des Zahnarztes in seiner Leistungserbringung. Da gibt es kein Drumherumreden. Die gesamte künftige Reform des Gesundheitswesens soll ja in erster Linie „Qualitätsreserven“ ausschöpfen, das heißt, für gleiches Geld eine angeblich effizientere Versorgung sichern. Auf der anderen Seite ist man aber weder bei den Kassen noch in der Politik – die Wissenschaftler blasen ins gleiche Horn beziehungsweise sind Stichwortgeber – bereit, mehr Geld für erhöhte Ansprüche zur Verfügung zu stellen. Vor allem entsprechen die Gebührenordnungen – der Bema sowieso nicht und die GOZ erst recht nicht – dem wissenschaftlichen Standard heutiger Versorgungsformen, sind also insuffizient.

Im Bereich der GOZ bemühen sich die BZÄK und die Hochschullehrer um eine Neubeschreibung. Beim Bema tun dies die Krankenkassen, aber hier blockieren die zahnärztlichen Körperschaften und Verbände – aus wohlverstandener Interesse für die Zahnärzte – eher die Reformbemühungen. Obwohl vom Gesetzgeber ein Termin (1. Januar 2002) vorgegeben ist, wird sich bis zur nächsten Gesundheitsreform 2003/04 nichts tun.

Für die zahnärztlichen Körperschaften stellt sich daher jetzt die Frage, ob nicht angesichts der Diskussionen rund um „Evidence-based Dentistry“ auf eine GOZ-Neubeschreibung verzichtet und eher versucht wird, auf derartige wissenschaftlich gesicherte Versorgungsdefinitionen aus der Wissenschaft zu warten. Zusätzlich könnten ästhetische Versorgungsleistungen, also oberhalb des medizinisch Notwendigen – mit dem entsprechenden finanziellen Ausgleich oberhalb der GOZ/GOÄ-Positionen und möglichen Multiplikatoren –, in freiwilligen Vereinbarungen als Wunschbehandlung angesiedelt und abrechnungstechnisch geöffnet werden. Wie gesagt, nur die Ästhetik-Mehrleistungen, so dass die medizinische Versorgung abrechnungs- und erstattungsfähig bleibt.

Bis dorthin – falls die Körperschaften dies durchsetzen können – bleibt nur der von vielen Praxen erfolgreich gegangene Weg, mit den Patienten zu einer für sie und die Praxis tragbaren Lösung zu kommen.

Ihr

Jürgen Pischel



**Gemeinsam mit
den Patienten eine
Lösung finden**