

Zahnmedizin im Wandel

Zahnheilkunde und Medizin rücken zusammen.

Editorial:

IGZ Die Alternative ist jetzt komplett neu gestaltet 2

Prof. Dr. Dr. Georg Meyer:

ZahnMEDIZIN im Wandel 4

Dr. Michael Sonntag:

Selektivverträge zur Kinderbehandlung ?
Ein Denkanstoß 7

Dr. Dr. Rüdiger Osswald:

Notwendig wie ein Kropf -
Zur laufenden Debatte über zusätzliche
Fachzahnärzte 8

Dr. Klaus Markula:

Ost-West-Angleichung - Warum die
Abschaffung des Einkommensgefälles
immer dringlicher wird. 10

Eric Banthien

Alter Wein in neuen Schläuchen ?

IGZ Die Alternative jetzt komplett neu gestaltet



Dr./RO Eric Banthien,
Hamburg
Vorsitzender der IGZ,
Vorsitzender der KZV Hamburg

Alter Wein in neuen Schläuchen? Dieser Verdacht könnte einem Leser kommen, wenn er die Ankündigung liest, die IGZ-Zeitung sei nun von Grund auf neu gestaltet. Tatsächlich soll sich auch nichts Grundlegendes ändern. Unsere Zeitschrift war schon immer ein Forum für die „andere“ Meinung und wird dies auch bleiben. Gerne auch für eine andere Meinung als die der IGZ. Das mag für den geneigten Leser im ersten Moment etwas verwirrend wirken. Hat man doch gerne eine Richtung vorgegeben, der man zustimmen kann, oder über die man sich aufregt, die aber in jedem Fall in der gewählten Publikation zuverlässig vertreten wird. Da kann man dann, je nach persönlicher Position, sich bestätigt fühlen oder den Inhalt mit Genuss verabscheuen. Auch ist so eine Publikation gut, um die Reihen zu schließen, um die Truppen zu sammeln und um sie dann auf ein bestimmtes Ziel einzuschwören. Und das zumindest

kann ich Ihnen versichern, wenn das Ziel sich lohnt, dann werden Sie es erleben, wie auch wir alles daran setzen werden, unsere Kollegen darauf einzuschwören. Grundsätzlich aber ist die IGZ kein Verband, der Truppen irgendwohin oder gegen irgendjemanden führen will. Uns geht es darum, die beste Lösung zu finden, nicht unbedingt darum, unsere Meinung durchzusetzen.

Die IGZ war immer ein Verband des Dialogs, ein Verband, in dem mehr als eine Meinung vertreten wurde und auch vertreten werden durfte. Beinahe noch wichtiger sind uns die Meinungen, die der Auffassung der IGZ-Verbände zuwiderlaufen, denn nichts ist besser, als die eigene Position an gegenteiligen Meinungen abzutesten. Wie sonst sollten wir die besten Lösungen finden, wenn nicht im Dialog aller angebotenen Möglichkeiten und ein paar neuer, bisher nicht ge-

Perfekt unterfüttern.

Das dauerhaft weichbleibende, ausgezeichnet haftende Prothesen-Unterfütterungsmaterial auf A-Silikonbasis

Indikationen:

- Auskleidungen von Sofortprothesen
- Vermeidung von Druckirritationen
- Schutz von Alveolarknochen- und Tegumentbereichen im Rahmen präprothetisch-chirurgischer und implantologischer Maßnahmen
- Zahnfleischmasken



P.U.M.A. soft®

R-dental Dentalerzeugnisse GmbH
Informationen und Katalog >> Tel. 0 40 - 22 75 76 17
Fax 0 800 - 733 68 25 gebührenfrei
E-mail: info@r-dental.com
r-dental.com

Fordern Sie auch unsere Produktinformationen an.



dachter Varianten dazu? Denkverbote haben nie jemandem genutzt. Zank und Streit, besonders unter Kollegen, helfen noch weniger. Wir haben es schwer genug, unsere Interessen zu Gehör zu bringen, da brauchen wir keine Eitelkeiten, weder bei Personen, noch bei Körperschaften, noch bei Verbänden.

Unsere Situation ist nach wie vor davon geprägt, dass die wirtschaftliche Lage der Kollegen und die öffentliche Wahrnehmung dieser Lage weit auseinanderklaffen. Das Jahresdurchschnittseinkommen wird uns vorgehalten mit dem Satz: „Das muss doch wohl reichen!“ Und natürlich würde es reichen, wenn alle es bekämen mit der durchschnittlichen Anstrengung eines Angestellten im öffentlichen Dienst, mit Pensionszusage und ohne Investitionen auf eigenes Risiko. So aber bekommen erstens nicht alle diesen Durchschnittsverdienst, viele liegen weit darunter (daher Durchschnitt!), zweitens ist das Risiko, das wir als Selbstständige und Freiberufler tragen, viel größer und drittens müssen wir viel mehr dafür arbeiten. Die Selbstausschöpfung des Selbstständigen ist sprichwörtlich. Schließlich arbeitet er selbst, und das ständig. Das breite Publikum aber sieht nur den Durchschnittsverdienst, liest den berühmten Satz: „Das muss doch wohl reichen!“ und nickt zustimmend mit dem Kopf. Wenn es nicht gar mit Schaum vor dem Mund sich erbot über die Unverschämtheit dieser Zahnärzte, die schon wieder mehr verlangen, weil sie (anderer beliebter Satz) „den Hals nicht vollkriegen“.

Hier wäre es eine gesonderte Diskussion wert, inwieweit das Einkommen bestimmter Berufe überhaupt durch gesellschaftlichen Konsens begrenzt werden kann und soll. Welche Rolle und welchen Zweck hat so eine gemeinsam beschlossene Begrenzung und durch welches demokratisch legitimierte Organ wurde sie beschlossen? Ist die Verkündung einer allgemeinen Hetzjagd durch die Presse da schon ausreichend? Oder muss der Sinn so einer Maßnahme doch diskutiert und dann einer demokratischen Beschlussfassung zugeführt werden? Und warum immer die Heilberufe? Nun, ich will nicht ungerecht sein, die Boni der Investmentbanker waren auch kurzzeitig im Gespräch. Aber die Grenze wurde doch wesentlich höher angesetzt und scheint inzwischen kein Thema mehr zu sein. Ist auch nicht notwendig, wir haben ja die Ärzte als Gegenstand der öffentlichen Empörung!

Aber ich schweife ab. Dabei geht es bei den Diskussionen der letzten Zeit nicht einmal darum, das Einkommen der Zahnärzte zu steigern. Es geht darum, die Arbeit gerecht zu entlohnen. Ein Punktwert in der GOZ, der seit Anno Tobak nicht angehoben wurde spricht jeder Gerechtigkeit Hohn, genauso wie die Budgetie-

rung in der GKV. Mit Entsetzen haben wir Zahnärzte da vernommen, dass auch in der GOZ Veränderungen nur mit einer geringen Ausweitung des Abrechnungsvolumens einhergehen dürfen, wenn überhaupt! Das ist Budgetierung im Anfangsstadium! Da hilft keine Prophylaxe mehr, da muss bereits über eine Therapie nachgedacht werden. Und zwar gemeinsam, und damit sind wir endlich beim Thema:

Wie sonst sollten wir die besten Lösungen finden, wenn nicht im Dialog aller angebotenen Möglichkeiten und ein paar neuer, bisher nicht gedachter Varianten dazu?

Gemeinsam sind wir stark! Wir müssen an einem Strang ziehen! Zusammen sollten wir gegen die Ungerechtigkeiten des Systems vorgehen! Oft haben wir diese und andere Beschwörungsformeln gehört und immer angenommen, sie richteten sich an all die Zahnärzte, die immer noch indolent in ihren Praxen hocken und stillverbissen vor sich hin bohren. Diese aufzurütteln und zu gemeinsamem Tun zu bewegen sei der Zweck, so glaubten wir alle. Stimmt auch, aber nur zum Teil. Leider müssen wir diese Aufrufe auch unseren Körperschaften entgegenrufen, um sie von ihrer selbstbezogenen Konkurrenz abzubringen. Die strenge Wache über den eigenen Kompetenzbereich, das verbissene Festhalten an Zuständigkeitsgrenzen und die zähnefletschende Verteidigung des eigenen Herrschaftswissens hat uns Zahnärzte als Gesamtheit schon genug gekostet. Genug Zeit und auch Möglichkeiten, die ungenutzt verstrichen sind. Genug Fehler, die nicht hätten passieren dürfen und genug Kraft, die im Dienst der Kollegenschaft besser eingesetzt gewesen wäre, viel besser! Es hat ein erstes Treffen auf Bundesebene gegeben. Die Vorsitzendenrunde und der Vorstand der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung haben sich mit dem Vorstand der Bundeszahnärztekammer und dem Präsidium zusammengesetzt und eine gemeinsame Position zur GOZ erarbeitet. Wunderbar, leider viel zu spät, aber wunderbar. Dabei darf es aber nicht bleiben. Solche Zusammenkünfte müssen regelmäßig stattfinden. Natürlich dauert die Meinungsfindung in so einer großen Runde länger, aber die gefundene Meinung ist nichts wert, wenn die Hälfte der verfassten Zahnärzteschaft sich über- oder oder gar hintergangen fühlt und deswegen nicht zustimmt. Es sollten nicht nur regelmäßige Konsultationen stattfinden, wichtige Arbeitsgruppen und Ausschüsse müssen gemeinsam besetzt werden. Nur so können Fehlentwicklungen rechtzeitig erkannt werden. Nicht alle, zugegeben, aber mehr als jetzt. Hier ist viel zu tun, und die IGZ hat sich vorgenommen, dieses Feld zu beackern. Erwarten Sie also durchaus auch neuen Wein in diesen Schläuchen.

Georg Meyer

ZahnMEDIZIN im Wandel



**Prof. Dr. Dr. h.c.
Georg Meyer**
Geschäftsführender Direktor
des Zentrums für Zahn-, Mund-
und Kieferheilkunde der Ernst-
Moritz-Armdt-Universität
Greifswald

Kaum eine andere medizinische Disziplin steht stärker im öffentlichen Interesse als die Zahnmedizin. Das liegt einerseits an den Schmerzen, die Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparates beim Einzelnen verursachen können, andererseits aber auch an einer noch immer vorhandenen Furcht vor zahnärztlicher Behandlung, die sich heute trotz überwiegend schonender Methoden immer noch zäh erhält.

Ein nicht geringer Teil der Zahnmedizin ist aktuell durch ästhetische und sogar kosmetische Anliegen der Patienten beeinflusst. Die Nachfrage nach derartigen Behandlungen in der Bevölkerung wächst.

Zahnärztliche Eingriffe an Zähnen und Parodontien können das äußere Erscheinungsbild eines Individuums entscheidend verändern. Handwerkliches und künstlerisches Geschick unter Anwendung innovativer Materialien und Methoden sind in der modernen Zahnmedizin wichtig. Zahnfarbene Kunststoffmaterialien, sogenannte Composite, ermöglichen eine nahezu unauffällige Rekonstruktion verloren gegangener Zahnhartsubstanz und darüber hinaus gezielte Veränderungen von Form und Farbe natürlicher Zähne. Mit vollkeramischen Verblendschalen, sogenannten Veneers, kann man eine optimale ästhetische Wirkung erreichen. Die Übergänge zur Kosmetik erscheinen dabei fließend: adhäsiv an den Zähnen befestigte schmückende Glasschliffe, Goldplättchen oder Diamanten fallen zweifellos in diesen Bereich.

Leider wird neben diesem ästhetisch/kosmetischen Behandlungsfeld unseres Berufsstandes allzu häufig die medizinische Verantwortung vergessen, welche die Zahnmedizin als medizinische Fachdisziplin zu tragen hat. Hierzu gehört auch die fundamentale ästhetische Medizin, die in der Vergangenheit vor allem von Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen entscheidend weiterentwickelt wurde. Dies hat im Sinne einer wiederherstellenden, plastischen Chirurgie im Gesichtsbereich nach Unfällen, Tumoren aber auch Wachstums- und Entwicklungsstörungen eine besondere Bedeutung. Dieses spezielle Arbeitsgebiet zahnmedizinischer Ästhetik schließt auch die prothetisch/zahntechnische Rekonstruktion mittels Epithesen ein. Damit können Teile eines zerstörten Gesichtes nachgebildet und ersetzt werden. Derartige Körperersatzteile werden zunehmend an zahnärztlichen Implantaten fixiert.

Die aktuelle, interdisziplinär ausgerichtete medizinische Forschung, wie z.B. das von Bund und Land in hohem Maße geförderte epidemiologische Projekt „Study of Health in Pomerania“ (SHIP) und weitere

Forschungsthemen im Bereich Dental Public Health zeigten bisher kaum vermutete Wechselwirkungen zwischen zahnmedizinischen und allgemeinmedizinischen Erkrankungen, woraus sich eine weit über das Fachgebiet hinausgehende medizinische Verantwortung für jeden Zahnarzt und dessen Praxisteam ergibt.

Demographische Entwicklung – medizinische und zahnmedizinische Aspekte

Die Zahl alter und älterer Menschen nimmt zu. Jeder Zweite in der Altersgruppe zwischen 60 und 69 Jahren nimmt 3 verschiedene Medikamente ein. Einige altersgruppenspezifische Medikamente beeinflussen z. B. den Speichelfluss. Ein reduzierter Speichelfluss bzw. Mundtrockenheit wird als Schrittmacher der Karies bezeichnet. Reaktionen auf Interaktionen zwischen regelmäßig einzunehmenden Medikamenten und z. B. Lokalanästhetika sind möglich. Unerwünschte Medikamentennebenwirkungen können auch in dem bevorzugt von Zahnmedizinern betreuten Arbeitsgebiet eintreten. Die im fortgeschrittenen Alter noch vorhandenen Zähne sind nur mit größerem Aufwand und erhöhtem Komplikationsrisiko zu erhalten. Die Betreuungsbedingungen erschweren sich für den Zahnarzt. Beispielsweise muss in den Einrichtungen der stationären Altenpflege ein Teil der Arbeiten am bettlägerigen Heimbewohner erfolgen.

Parodontologie-Medizin

„Ask your Periodontist about Periodontal disease and Heart disease“, so der Titel eines Merkblattes der American Academy of Periodontology, das an Patienten ausgegeben wird. Es spiegelt aktuelle Wissenschaft wider, die offensichtliche Zusammenhänge zwischen entzündlichen Parodontalerkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufzeigt. Hier gilt die Parodontitis als Risikofaktor bzw. Risikoindikator von Arteriosklerose bis hin zum Herzinfarkt. Aortenklappenverkalkung und das Schlaganfallrisiko zeigen ähnliche Wechselwirkungen zur Entzündung des Zahnhalteapparates. Die Leukozyten-Anzahl als Marker einer systemischen Entzündung korreliert am besten mit der Parodontitis. Diese aktuellen Forschungsergebnisse sind durchaus nachvollziehbar, wenn man bedenkt, dass 9 mm tiefe, entzündete Zahnfleischtaschen bei voller Bezahnung in der Summe einer Fläche von ca. 25 cm² entsprechen, also eine wirklich beachtliche Größe für eine offene Wunde und damit ein idealer Zugang für die Leitkeime der parodontalen Entzündung bzw. deren Toxine in den Körper. Im Tiermodell konnte gezeigt werden, dass eine Injek-

tion dieser Keime in die Blutbahn zu atypischen und organspezifischen Veränderungen, z. B. zur Blutgerinnung, führt.

Es gibt wissenschaftliche Hinweise darauf, dass Frühgeburten und niedriges Geburtsgewicht von Kindern ebenfalls in Wechselwirkung mit entzündlichen Parodontalerkrankungen stehen können.

Eine weitere Schnittstelle zur Medizin: Großer psychosomatischer Stress ist für den Attachmentverlust im Zahnhalteapparat ein ebenso großer Risikofaktor wie starkes Rauchen. Aufgrund dieser Daten kommt der systematischen Parodontalbehandlung einschließlich der anschließenden, regelmäßigen Kontrolle (Recall) beim Zahnarzt ein besonderer gesamtmedizinischer Stellenwert zu.

Medizinische Aspekte zahnmedizinischer Werkstoffe

Vielfältige in der Zahnmedizin einsetzbare Werkstoffe wie Metalle, Legierungen, Keramiken und Kunststoffe werden fortlaufend erforscht. Dies erfolgt vor allem hinsichtlich mechanischer bzw. physikalischer und chemischer Eigenschaften sowohl unter Laborbedingungen (in vitro) als auch unter Mundhöhlenbedingungen (in vivo). Es liegen hierfür insgesamt recht zuverlässige Daten vor.

Dagegen wurde die Erforschung biologischer Eigenschaften dieser Werkstoffe, wie z. B. Wechselwirkungen mit allgemeinen Körperfunktionen oder auch mit Bakterien, in der Vergangenheit eher vernachlässigt. Das führte bei der Amalgam-Diskussion, speziell in Deutschland, dazu, dass Amalgam-Gegner einerseits einen „ganzheitlichen“ medizinischen Ansatz für sich reklamierten und die verwegenen Behauptungen aufstellten, andererseits die zahnmedizinischen Werkstoffkundler nur sehr bedingt reagieren konnten. Nach Prof. Hickel, München, sind in den letzten 10 Jahren mehr Füllungsmaterialien entwickelt worden als in der gesamten Zeit zuvor. Schon jetzt zeigt sich, dass die Bioverträglichkeit der modernen Materialien nicht unproblematisch zu sein scheint. Zukünftig sollte die Zahnmedizin daher eine umfassende MEDIZINISCHE Werkstoffkunde betreiben, die durch eine enge Zusammenarbeit mit Allergologen, Physiologen, Mikrobiologen, Toxikologen u.a. gekennzeichnet ist.

Allgemeinmedizinische Aspekte der Gnathologie

„Ohne eine intensive medizinische Denkweise ist das Verstehen und das Verständnis für dieses komplexe Organ ausgeschlossen“, so der Wiener Professor Slavicek einleitend in seinem Buch „Das Kauorgan“, in welchem er über vielschichtige, interdisziplinär ausgerichtete Aspekte der menschlichen Kaufunktion berichtet. Ganz aktuelle wissenschaftliche Ergebnisse von SHIP weisen Kaufunktionsstörungen nach als

potentielle Auslöser von Kiefergelenks-, Kopf- und Gesichtsschmerzen sowie Tinnitus (Ohrgeräusche). Lotzmann und Mitarbeiter kommen in einer diagnostisch-therapeutisch orientierten zahnmedizinischen Nachuntersuchung von Patienten, bei denen vorher durch Neurologen die Diagnose „Trigeminusneuralgie“ gestellt worden war, zu dem Ergebnis, dass in bis zu 50 % der Fälle Kaufunktionsstörungen die eigent-

Zahnheilkunde und Allgemeinmedizin müssen enger vernetzt werden.

lichen Ursachen der neuralgieformen Symptomatik waren, was durch entsprechende (zahnärztliche) Therapieerfolge belegt wurde. In experimentellen orthopädischen Studien konnte gezeigt werden, dass sowohl die Kopf- als auch die gesamte Körperhaltung durch Veränderung der Kieferrelationen beeinflusst werden kann.

Der Japaner Kobayashi demonstrierte anhand experimenteller Untersuchungen, dass okklusale Interferenzen auf Molaren in der Größenordnung von 0,1 mm, also dem 10-fachen der Taktilität desodontaler Rezeptoren, u.a. zu Schlafstörungen, erhöhten Muskelaktivitäten, verstärkter Adrenalinausschüttung, Schlafapnoe u.a. führen können. Aufgrund der resultierenden Symptome werden betroffene Patienten häufig von Internisten, Orthopäden, Neurologen oder anderen medizinischen Disziplinen behandelt, weil entsprechende zahnmedizinische Zusammenhänge kaum bekannt sind.

Bakterien im Mundraum - Entzündete Zahnfleischtaschen wirken wie offene Wunden, durch die Keime und deren Toxine in den Körper gelangen können. Die Wechselwirkungen zwischen Parodontitis und Allgemeinerkrankungen sind offensichtlich, aber noch längst nicht umfassend erforscht.

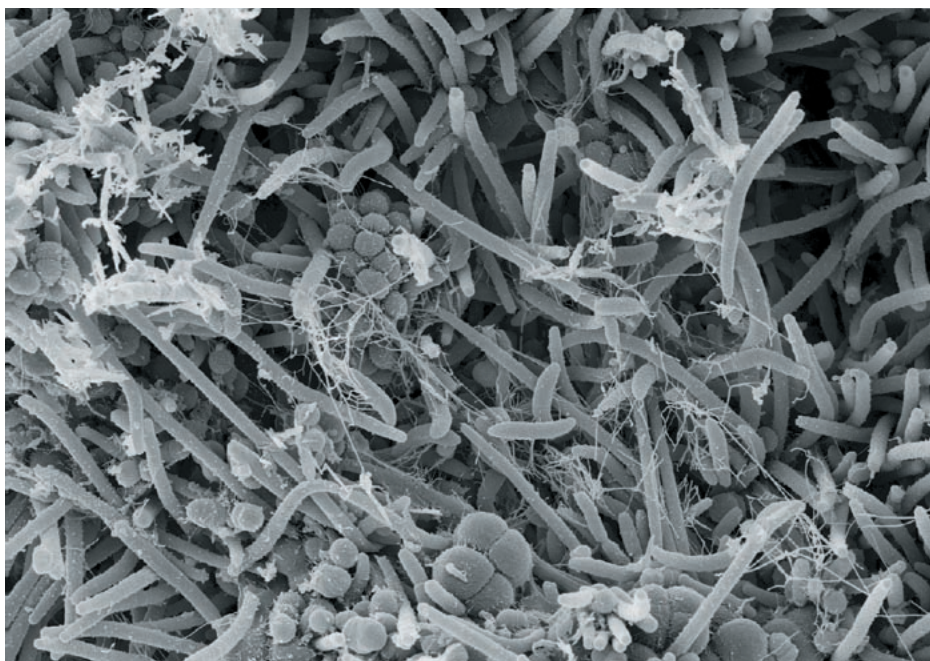


Foto: Christoph Schaudinn

Prof. Graber aus Basel untersuchte – zum Teil sogar in experimentellen Studien – den psychischen Einfluss bei der Ätiologie dieser Erkrankungen. Er schreibt von einem „Faktorenbündel der Ätiologie“, bei welchem z.B. die folgenden interdisziplinären Anteile in beliebigen Kombinationen vorliegen können:

- Stress, psychologische Aspekte
- Echte psychische und/oder neurologische Erkrankungen
- Okklusale/kaufunktionelle Störungen
- Orthopädische Probleme (Extremitäten, Wirbelsäule)
- Isometrische Muskelarbeit (Körperfehlhaltung)
- Physikalische Einflüsse (Kälte, Feuchtigkeit, Klima)
- Hormonelle Faktoren (Menopause, Pubertät, Schilddrüsendysfunktionen)
- Metabolische Faktoren
- Propriozeptive Reflexe aus primär erkrankten über- oder fehlbelasteten Gelenken, Trauma, Mikrotrauma
- Sehstörungen (fehlangepasste Brillen, Kontaktlinsen)
- Tumoren oder andere raumgreifende Prozesse.

Es wird künftig Ärzte geben, die nie gehört haben, welchen Anteil die Zahnmedizin an den unterschiedlichsten allgemeinen Krankheitsbildern haben kann.

Die medizinische Verantwortung des Zahnarztes besteht darin, dass er sich in die interdisziplinäre medizinische Diagnostik und ggf. Therapie einbringt, in dem er zahnmedizinische Risikofaktoren erkennt und behandelt.

Ausblick

Die ZahnMEDIZIN hat heute und in der Zukunft aufgrund neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse die große Chance und Pflicht zugleich, medizinischer als je zuvor zu sein. Alle Zahnkliniken Deutschlands sind integraler Bestandteil medizinischer Fakultäten. Der Wissenschaftsrat der Bundesrepublik Deutschland hat in seiner aktuellen Erklärung zur Zukunft der Zahnmedizin keinen Zweifel daran gelassen, dass es auch zukünftig so bleiben muss. Allerdings fordert er in Forschung und Lehre eine deutlich engere Vernetzung der Zahnmedizin mit der Allgemeinmedizin. In diesem Beitrag wurden mögliche Schnittstellen hierfür aufgezeigt.

Auch die kommende Approbationsordnung für Zahnmediziner wird sehr viel stärker mit der Allgemein-

medizin vernetzt sein. Es macht aber nachdenklich, dass die kürzlich novellierte Approbationsordnung für die Humanmedizin keine einzige zahnmedizinische Vorlesung mehr vorsieht. Somit wird es künftig Ärzte geben, die nie gehört haben, welchen Anteil die Zahnmedizin an den unterschiedlichsten allgemeinen Krankheitsbildern haben kann. Deshalb müssen wir mehr als bisher auf Kolleginnen und Kollegen anderer medizinischer Disziplinen zugehen, eine Zusammenarbeit suchen, uns an Querschnittsfächern beteiligen, interdisziplinäre Arbeitszirkel bilden und in Ärzteblättern publizieren. Mit einer medizinischen Werkstoffkunde könnte die Zahnmedizin viele Fragestellungen anderer medizinischer Disziplinen bearbeiten und vielleicht auch lösen.

Der Wandel in der Zahnmedizin hat aber auch Auswirkungen auf andere Bereiche. In unserer Öffentlichkeitsarbeit müssen wir darauf achten, dass die Wahrnehmung unseres Berufsstandes nicht in das Bild eines zahntechnisch versierten Schönheitschirurgen abgeleitet. Das Medizinische, das seit der Antike die Funktionen des Forschers und des Heilers umfasst, muss im Mittelpunkt unserer Außendarstellung stehen.

Das Bild unseres Berufsstandes ist auch wichtig in den gesellschaftlichen Diskussionen, die die politischen Entscheidungsprozesse begleiten. Das spiegelt sich schon im Sprachgebrauch wider. Allzu oft wird der Mediziner heute nur noch als „Leistungserbringer“ und „Gesundheitsdienstleister“ gesehen. Gesundheit erscheint als Produkt, das je nach Wettbewerbsbedingungen immer auch noch etwas billiger produziert werden könne. Ein solches Denken hat Einfluss auf die künftige Ausgestaltung unseres Gesundheitswesens und bedroht unseren Berufsstand. Auch aus diesem Grund müssen wir aktiver auf die enge Verzahnung von Zahnheilkunde und Medizin hinweisen.

In der Zeitschrift „Zahnärztliche Mitteilungen“ vom 19. Dezember 1926 wird unter dem Titel „Die Stellung des Zahnarztes in der Gesamtheilkunde“ gefolgert: „Der lebendige Zusammenhang unserer (zahnmedizinischen) Wissenschaft mit der Gesamtmedizin drängt förmlich nach Vereinigung mit dieser“. Es wäre zu überlegen, ob eine zukünftige Berufsbezeichnung „Arzt für Zahn-Mund-Kieferheilkunde“ unser umfassendes Tätigkeitsgebiet innerhalb der Medizin nicht besser charakterisieren würde.

Der Beitrag basiert auf einem Text für das „Weißbuch der Zahnmedizin - Rahmenbedingungen und Handlungsoptionen einer zukunftssicheren Gesundheitsversorgung“ Band 1 (2007, Quintessenz Verlag, Berlin) und wurde für „IGZ Die Alternative“ neu überarbeitet.

Michael Sonntag

Kollektive Selektivverträge zur Kinderbehandlung?

Ein Denkanstoß

Seit ihrer Einführung sind die mit dem § 73c SGB V ermöglichten Selektivverträge von der Zahnärzteschaft massiv kritisiert worden. Verträge, die von der Intention her nur mit einem Teil der Zahnärzte abgeschlossen werden sollen, führen unweigerlich zur Aufsplitterung und Entsolidarisierung der Zahnärzteschaft und auf Dauer zur wirtschaftlichen (und fachlichen?!) Abhängigkeit beteiligter Zahnärzte. Wenn solche Verträge sich dann auch noch aus dem Budget oder späteren gemeinsamen Töpfen bedienen, schädigen sie uns alle direkt.

Anders kann es aussehen, wenn sich KZVen dieses Instruments für kollektiv gestaltete Verträge bedienen und Krankenkassen überzeugt werden können, zusätzliche Mittel zum direkten Nutzen ihrer Versicherten bereitzustellen. Derartige Ansätze gibt es in einigen KZV-Bereichen wie beispielsweise in Westfalen-Lippe für die Bereiche Parodontitistherapie und Endodontie.

Ein solches Herangehen ist auch für die Behandlung von Kindern denkbar, da einerseits der Nutzen frühzeitiger Therapien und prophylaktischer Maßnahmen unbestritten ist, andererseits aber die dafür notwendigen Mittel derzeit nicht bereitgestellt werden. Trotz der Erfolge der vertraglich vereinbarten Maßnahmen zur Gruppen- und Individualprophylaxe spürt der praktisch tätige Zahnarzt täglich bei der Behandlung seiner jüngsten Patienten die Grenzen von BEMA und auch (jetzt wie später) GOZ. Es fehlt ihm schlichtweg an der Voraussetzung für das Wichtigste: an (bezahlter) Zeit für die Zuwendung. Außerdem haben bestimmte kinderbehandlungsspezifische Leistungen bislang nicht den Weg in eines der Gebührensyste me gefunden (und werden angesichts der bekannten Finanzierungssituation wohl weiter heimatlos bleiben).

Wir alle wissen, dass die Anfangsumstände einer Patientenkarriere für die spätere Compliance auf dem Behandlungsstuhl und vor dem häuslichen Waschbecken entscheidend sein können. Trotzdem gilt zum Beispiel in der Füllungstherapie systemübergreifend ein gebührenrechtlicher Gleichbehandlungsgrundsatz vom Kleinkind bis zum Greis. Wobei sozial bedingt natürlich für Sorgenkinder in zahnärztlicher Behandlung vor allem das GKV-System relevant ist. Kinder gibt es in Familien, in der sprechenden Politik, manchmal auch in der Pharmakokinetik, aber nur marginal im BEMA. Dadurch bleiben Weichenstellungen aus,

die unserem Gesellschaftssystem entsprechen würden. Manches mutiert zu sektiererischem Fachwissen: Die Förderung der sprachlichen Entwicklung im Kindergartenalter wird breit diskutiert, aber phonetisch wichtige Kinderprothesen (die Hauptzielgruppe ist nicht durch Koinzidenz dieselbe) sind kaum bekannt. Tiefenprophylaxe an Milchzähnen bedarf immer noch einer Erklärung u.s.w.

Sicher gibt es bereits viele Zahnarztpraxen, die sich aus unterschiedlichen Gründen auf die Behandlung von Kindern spezialisiert haben, aber reichen diese für die Fläche aus? Ist die Narkosebehandlung von Kindern ein Ausweg? In meinem Berufsbild existiert immer noch der „Familienzahnarzt“, der seine kleinen Patienten selbst behandeln kann, bevor sie ein Problem sind.

Mit von den KZVen initiierten und geführten kollektiven Verträgen unter Ausnutzung des § 73c SGB V könnten Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass uns die adäquate Behandlung unserer jüngsten Patienten wirtschaftlich leichter fällt. Die einzelnen Krankenkassen könnten durchaus Interesse haben, im Wettbewerb um Versicherte mit Kindern im Einzelnen attraktiver zu werden. Solche Verträge müssten zum Beispiel über mit Augenmaß von den KZVen geführte Fortbildungen für alle interessierten Vertragszahnärzte, also ohne irgendwelche Zugangszahlenbegrenzungen, offen sein. Vertragsinhalte könnten zunächst einfach (unterschiedlich) erhöhte Punktzahlen für BEMA-Positionen bei der Behandlung von Kindern verschiedener Altersgruppen (gab es im Süden der Republik bereits!), befundbegründete verkürzte Zeitintervalle für die Abrechenbarkeit von IP-Leistungen und die adäquate Berücksichtigung solcher „Praxisbesonderheiten“ bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen sein.

Wohlgermerkt Verträge, die für alle interessierten Zahnärzte geöffnet sind, alles nicht zu Lasten der „überrigen“ Zahnärzteschaft und in Zeiten von ZOD und eGK ohne bürokratischen Aufwand!

Mit diesem (viel zu kurzen) Einwurf soll sowohl eine Diskussion um die sogenannten Selektivverträge als auch um die Behandlung unserer Kinder angestoßen werden.



Dr. Michael Sonntag, Bochum
Vorsitzender des WZW -
Wählerverband Zahnärzte
Westfalen e.V.,
Beisitzer im Vorstand der IGZ



Foto: Michael Sonntag

Rüdiger Osswald

Notwendig wie ein Kropf

Zur laufenden Debatte über zusätzliche Fachzahnärzte



Dr. Dr. Rüdiger Osswald,
München.
Geschäftsführer des Berufsverbandes der Allgemeinzahnärzte
www.bvaz.de

Seit längerer Zeit wird immer wieder darüber diskutiert, ob wir nicht zusätzliche Spezialisierungen in der zahnärztlichen Aus- und Weiterbildung brauchen. Die Zukunft der Allgemeinzahnärzte beschäftigt nicht nur die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, sondern auch (Standes-)Politiker und Hochschullehrer. Der Berufsverband der Allgemeinzahnärzte in Deutschland e.V. (BVAZ) wurde im Jahre 2005 gegründet, um der drohenden Zersplitterung unseres Berufsstandes zu Lasten der Allgemeinzahnärzte entgegenzuwirken.

Die Befürworter der Einführung neuer Fachzahnarzt-disziplinen argumentieren mit einer angeblichen Wissensexplosion bzw. der „zunehmenden Differenzierung zahnärztlicher Disziplinen“ (Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle¹), die es dem praktizierenden Zahnarzt unmöglich machen würden, den Überblick zu behalten. Der BVAZ kann eine solche Wissensexplosion nicht erkennen. Sicher, die Techniken haben sich in den letzten 30 Jahren verändert. Die Frage, ob man eine Kavität aber nun mit Amalgam oder mit Kunststoff in Säureätztechnik versorgt, dürfte wohl kaum die Forderung nach einem „Fachzahnarzt für Zahnerhaltung und restaurative Zahnheilkunde“ rechtfertigen. Das Wesen der Behandlung besteht gleichermaßen in der sorgfältigen Entfernung der Karies vor dem definitiven Verschluss. Wie die Geschichte zeigt, hatten Allgemeinzahnärzte auch nie Probleme, neue, erfolgreiche Behandlungstechniken zu erlernen und in der Praxis umzusetzen. Schließlich gelten wir nicht umsonst als die Weltmeister der Fortbildung. In diesem Zusammenhang sei nicht zuletzt daran erinnert, dass die Implantologie von Allgemeinzahnärzten entwickelt und bereits über lange Zeit erfolgreich praktiziert wurde, ehe sie von der Hochschule anerkannt wurde.

Besonders Prof. Staehle wirbt sehr eloquent in mit Zitaten gespickten Aufsätzen in einer auf den ersten Blick einleuchtenden Weise für die Implementierung zahlreicher neuer Fachzahnarzttrichtungen, unter anderem auch einem „Fachzahnarzt für Zahnerhaltung und restaurative Zahnheilkunde“. Er leitet dabei die Notwendigkeit zahnmedizinischer Diversifikation aus den Gegebenheiten in der Humanmedizin ab. Auf

den zweiten Blick wird allerdings deutlich, dass seine Argumentation auf einem fundamentalen Irrtum fußt: Prof. Staehle vergleicht die Zahnmedizin mit der Medizin. Ein solcher Vergleich ist jedoch unter diesem Aspekt nicht zulässig. Unser Fach ist mit der gesamten Medizin nicht vergleichbar. Zahnheilkunde ist ein kleiner Fachbereich innerhalb des großen Fächerkanons der Medizin, der nur mit anderen kleinen Fächern, wie beispielsweise der Augen- oder der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde verglichen werden darf. Vergleicht man Gleiches mit Gleichem, so stellt man am Beispiel eines Augenarztes fest, dass dieser die erdrückende Mehrzahl seiner Fälle ambulant in eigener Praxis löst. Diagnostiziert er jedoch beispielsweise einen grauen Star, den er selbst nicht operieren kann oder will, überweist er. Der betreffende Kollege, nennt sich jedoch nicht „Master of“ oder gar „Facharzt für grauen Star“, sondern weiterhin Augenarzt. Für Hals-Nasen-Ohrenärzte und Tonsillektomien gilt Analoges. Dass beide Patienten überwiesen bekommen, haben sie sich durch ihre universitäre Ausbildung und ihren guten Ruf verdient, nicht aber über gegen Geld und Sitzfleisch erworbene postgraduierte Titel.

Auf der anderen Seite resümiert der Präsident der Bayerischen Zahnärztekammer, Prof. Dr. Christoph Benz, nachvollziehbar: „Nicht die vorgeschobenen Argumente – ‚Wissensexplosion‘ – sind es, die diese Debatte so gefährlich machen, sondern die versteckten. Uns hätten gern mehr Geld und besonders abhängige Assistenten – und manche Kollegen suchen mehr Anerkennung und Geld bei weniger Arbeit...“²

Es gibt noch einen weiteren Grund, warum man diese Debatte beenden kann: In einem höchstrichterlichen Urteil wurde nämlich entschieden, dass ein Facharzt nur in seinem Fachbereich tätig werden darf. Gleiches gilt selbstverständlich für einen Fachzahnarzt. Und welcher Allgemeinzahnarzt würde schon an einen „Fachzahnarzt für Zahnerhaltung und restaurative Zahnheilkunde“ überweisen? Vor diesem Hintergrund kann man den in jeder Beziehung sehr aktiven Oralchirurgen nur den gutgemeinten Rat geben, sich bezüglich der Forderung nach Implementierung weiterer Fachzahnärzte nicht allzu weit aus dem Fenster zu lehnen. Außer den Kieferorthopäden würde die o.a. Tätigkeitsbeschränkung in „freier Wildbahn“ nämlich (fast) kein Fachzahnarzt wirtschaftlich überleben.

¹ Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle, Ärztlicher Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der Universität Heidelberg, zitiert aus: Zahnärzteblatt Baden-Württemberg, Nr. 2/2011

² zitiert nach: Zahnärztlicher Anzeiger, Nr. 10/2010, S. 3

Wir brauchen keine neuen Fachzahnarztdisziplinen. Was wir brauchen, ist ein fundiertes Studium, das einen berufsfertigen Zahnarzt hervorbringt.

Herr Prof. Staehle, der nach eigenen Angaben auf Kunststofffüllungen spezialisiert ist und für Verblockungen mittels Splint an seinen Oberarzt überweist, weil dieser damit die größere Erfahrung hat, sieht die Dinge aus einem verengten universitären Blickwinkel heraus. Denn so sehr mich sein Vortrag über minimalinvasive Kunststofffüllungen, den er seit vielen Jahren hält, beeindruckt hat, so muss ich ihm doch zurufen, dass diese Technik seit über 20 Jahren tägliche Routine in jeder ordentlichen allgemeinzahnärztlichen Praxis ist. Und an den unordentlichen wollen wir doch unser Berufsbild nicht ausrichten.

Die Bundeszahnärztekammer hatte zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und der Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bereits verabredet, ein modulares Weiterbildungssystem zur postgraduierten Weiterbildung einzuführen, nach dem es sogar möglich sein sollte, den Titel eines Fachzahnarztes nebenberuflich zu erwerben. Nicht zuletzt aufgrund der energischen Intervention des BVAZ, der dieses Thema in die öffentliche Diskussion brachte, beteuert sie heute, dass sie keinerlei Absicht verfolge, weitere Fachzahnärzte zu implementieren. In krassem Gegensatz dazu stehen neuerliche Bemühungen ihres Vizepräsidenten Dr. Michael Frank, der der Einführung eines Fachzahnarztes für Allgemeinzahnheilkunde das Wort redet. Als Präsident hat er sich von den Delegierten der Landes Zahnärztekammer Hessen bereits auffordern lassen, ein dazu notwendiges Konzept zu erarbeiten. Geht einem schon die widersinnige Bezeichnung „Fachzahnarzt für Zahnheilkunde“ schwer über die Lippen, so verschlägt einem die Begründung für seine angebliche Notwendigkeit völlig die Sprache. Die Einführung dieses Fachzahnarztes für Allgemeinzahnheilkunde soll nach Aussage von Frank nämlich unabdingbar sein, um die Einführung weiterer Fachzahnärzte zu verhindern. Gerade das Gegenteil ist unserer Ansicht nach der Fall. Wir sind davon überzeugt, dass dieses Placebo lediglich dazu dienen soll, den energischen Widerstand der Allgemeinzahnärzte zu brechen, um anschließend das eigentlich angestrebte Ziel, weitere Fachzahnärzte zu implementieren, ungeniert umsetzen zu können.

Zahnheilkunde hat eine lange Tradition. Sie verläuft vom Zahnreißer über den Bader und Dentisten zum Zahnarzt. Dass dieser nicht am Ende der Fahnenstange sitzt, versteht sich von selbst. Es stellt sich also die Frage, wohin er sich entwickeln wird. Aus unserer Sicht müssen wir die jungen Kolleginnen und Kollegen nicht zum „Fachzahnarzt für Allgemeine Zahnheilkunde“ oder was auch immer aus-, fort- und weiterbilden, sondern zum „Arzt für Zahnheilkunde“.

Fazit: Wir brauchen – wie der Bayer es drastisch formuliert – die Einführung neuer Fachzahnarzt-Disziplinen so dringend wie einen Kropf. Was wir brauchen, ist ein fundiertes Studium, das unter ganzem Einsatz der Hochschullehrer theoretisch und praktisch auf den Beruf vorbereitet und mit dem Staatsexamen den berufsfertigen Zahnarzt entlässt. Wer sein Wissen auf speziellen Gebieten vertiefen möchte, kann das durch zahlreiche Kurs- und Seminarangebote zum eigenen und zum Wohle seiner Patienten in bewährter Tradition tun und weiterhin als Allgemeinzahnarzt ohne Sondertitel eine fachgebietsübergreifende synoptische Zahnheilkunde ausüben.



Foto: Benn Rooff

Klaus Markula

Die Ost-West-Angleichung

Warum die Abschaffung des Einkommensgefälles immer dringlicher wird.



Dr. Klaus Markula, Cottbus.
Ehrenvorsitzender des Verbandes Niedergelassener Zahnärzte im Land Brandenburg e.V.

Anfrage an den Sender Jerewan:

„Kommt noch in diesem Jahrhundert die Honorarangleichung zwischen Ost und West?“

Antwort: Im Prinzip ja - ich sehe einen Silberstreifen am Horizont.

Nachfrage: Was ist Horizont?

Antwort: Der Horizont ist eine gedachte Linie, die beim Näherkommen schwindet.

Seit nunmehr zwanzig Jahren werden ostdeutsche Zahnärzte immer wieder aufs Neue vertröstet und hingehalten, wenn es um die Angleichung ihrer Honorare an das Westniveau geht. Absichtserklärungen und Bekenntnisse aus dem politischen Raum gab es genug. Aber trotz alledem bestehen nach wie vor bei der zahnärztlichen Vergütung in der GKV Differenzen von bis zu 15 Prozent. Damit sind die Zahnärzte „der einzige Berufsstand, den die ehemalige Grenze noch teilt und diskriminiert. Ein Zustand, der die Kollegen in den fünf östlichen Bundesländern und Berlin extrem belastet.“ stellte die KZBV-Zeitung zum noch im Oktober 2010 fest.

Nach einer Analyse der KZBV beträgt die Ausgleichssumme ca. 140 Millionen Euro im Jahr. Das entspricht 0,015 Beitragssatzpunkten – so Dr. Fedderwitz - alter und neuer Vorsitzender des KZBV-Vorstandes. Und er fügte mit Zustimmung der ostdeutschen Zahnärzte hinzu, dass das nicht auf Kosten der Kollegen in den alten Bundesländern geschehen darf.

Warum nur fällt der Politik eine vergleichsweise billige gesetzliche Regelung für eine längst überfällige Maßnahme nur so schwer? An anderer Stelle werden öffentliche Mittel und auch die Gelder der Krankenkassen mit vollen Händen ausgegeben. Die unglückselige elektronische Gesundheitskarte (eGK) hat inzwischen über 10 Milliarden Euro (!!!) verschlungen, ohne dafür einen einzigen Beweis für ihre Rentabilität vorgelegt zu haben, und das mit einem ganzen Konsortium angeblich geballter gesundheitsökonomischer Kompetenz aus Kassen, GBA und Betreiberfirmen („gematik“ – Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH).

Angesichts dieser Tatsache ist es absolut unverständlich, warum der Deutsche Bundestag die Angleichung des BEMA-Punktwertes mit der verabschiedeten Novelle zum Arzneimittelgesetz verweigert hat. Als Begründung dafür hieß es unter anderem, dass „die Be-

reitstellung der für diese Angleichung erforderlichen ca. 165 (!!) Millionen Euro jährlich in Zeiten der weltweiten Finanzkrise nicht geboten sei“. 10 Milliarden für ein neues Plastikkärtchen auszugeben ist hingegen für die Politiker des Deutschen Bundestages „geboten“. Inzwischen wird schon von 15 Milliarden gesprochen, bis die Karte flächendeckend eingeführt ist und bisher „nichts mehr“ kann als die alte KVK. Das ist der Haushalt eines kleinen Bundeslandes. Übrigens: 1 Milliarde ist die zinslose Summe, die erst in 547 Jahren verbraucht ist, wenn man täglich 5.000 € abhebt. Zurückblickend ist das eine Zeit, die noch 28 Jahre vor der Entdeckung Amerikas (1492) liegt. Hier werden Steuergelder in horrenden Größenordnungen verbraten - ohne jegliche Gewähr für späteren Nutzen, dafür aber mit beschränkter Haftung. Und der Deutsche Bundestag guckt zu.

Die Angleichung der Ost-Honorare ans Westniveau hätte aber nicht nur Auswirkungen auf das Einkommen ostdeutscher Zahnärzte. Dieter Hanisch, Vorsitzender der KZV Sachsen-Anhalt, rechnete bereits 2009 vor, dass auch die Patienten profitieren würden: „Wenn der Zahnarzt zum Beispiel bei bestimmten Füllungen einen höheren Punktwert abrechnen könnte, würde sich der Eigenanteil des Patienten dementsprechend verringern. Im Laufe eines Jahres könnten Patienten allein in Sachsen-Anhalt so rund 3,8 Millionen Euro sparen.“

Die Honorarangleichung wäre nach Hanisch auch bedeutsam für die Angestellten einer Zahnarztpraxis. Eine Praxis in Sachsen-Anhalt beschäftige durchschnittlich 3,68 Mitarbeiter - deutlich weniger als die Praxis im Westen, in der durchschnittlich 5,37 Mitarbeiter tätig seien. Eine Zahnarzhelferin im Westen verdiene rund 20-30 Prozent mehr als ihre Kollegin im Osten. „Dieser Unterschied führt zu einer Abwanderung von qualifizierten Kräften und drückt sich in einer deutlich geringeren Beschäftigungsquote in den Zahnarztpraxen in den neuen Ländern aus“, erklärte Hanisch.

Bleibt alles ganz anders?

KZBV und KZVEn wollen nun verstärkt für die nächste Legislaturperiode am Ball bleiben und hoffen auf Zusagen der CDU, die Angleichung baldmöglichst vorzunehmen. Dabei fing alles so gut an. Erstmals in der Geschichte der Bundesrepublik wurde ein Fachmann

zum Gesundheitsminister gewählt – und dazu noch einer von der FDP. Im Jahr des Wahlsieges, 2009, kündigte auf der November-VV der KZBV in München der als Gast geladene bayerische Staatsminister für Umwelt und Gesundheit, Markus Söder, euphorisch eine Wende in der Gesundheitspolitik an. Unter anderem wollte er die Honorare auf Westniveau anheben und die Budgets eliminieren. Nach dieser offiziellen gesundheitspolitischen Ankündigung, wiedergegeben im Koalitionspapier, wird keiner sagen können, dass die Vertreter der Zahnärzteschaft nicht umfassend und nachhaltig unsere Vorstellungen in die Welt der Politik transportiert hätten. Minister Söder und die anderen Gesundheitspolitiker hätten das sonst überhaupt nicht so formulieren können.

Der Dialog zwischen der Politik und den zahnärztlichen Standesvertretungen hat sich seit der Bildung der schwarz-gelben Koalition ohne Zweifel verbessert. Auch die Zusammenarbeit mit dem BMG gestaltet sich besser als vorher. Die Angleichung der Honorare gerät aber politisch immer wieder ins Hintertreffen, weil andere Themen die aktuellen Debatten dominieren wie zuletzt die Auseinandersetzung um die Öffnungsklausel für PKVen. Trotzdem dürfen wir das Thema nicht aus dem Auge verlieren und müssen weiter Druck machen. Dabei wird es auf die mühselige, detaillierte Arbeit ankommen wie die jüngste Entwicklung zeigt. Alle Absichtserklärungen und Forderungen nützen nichts, wenn die Umsetzung dann doch immer wieder aufgeschoben wird.

Nach der Überwindung der politischen Teilung muss die nach wie vor bestehende wirtschaftliche Teilung

nun endlich beseitigt werden. Honorarunterschiede sind eben auch Einkommensunterschiede mit allen sich anschließenden wirtschaftlichen Konsequenzen. Das Verdienstgefälle zwischen Ost und West wird nicht kleiner, im Gegenteil. Private Haushalte im Osten verfügen im Schnitt um 25 Prozent weniger Geld. Durchschnittlich hatte der „Ostdeutsche“ monatlich 764 Euro weniger zur Verfügung, das entspricht 75 Prozent des Westeinkommens. Dies teilte das Statistische Bundesamt in Berlin mit. Damit hat sich die Einkommensschere zwischen Ost und West wieder weiter geöffnet, nachdem es vorher eine allmähliche Annäherung gegeben hatte.

Insofern ist nun die Politik mit zu ändernden Rahmenbedingungen gefragt. Allein kann das Problem nicht gelöst werden. 20 Jahre Status quo sind der Beweis. Solange die Preise für Güter des täglichen Bedarfs, einschließlich Energie, Wasser und Verbrauchsmaterialien in Ost und West gleich sind, ist eine zur Angleichung der Einkommen notwendige Steigerung des Bruttosozialproduktes in den neuen Bundesländern aus eigener Kraft nicht zu erbringen. Deshalb ist die Angleichung der zahnärztlichen Honorare nur ein Teil einer konzertierten Aktion, eine längst überfällige Maßnahme zur politökonomischen Wiedervereinigung unseres immer noch wirtschaftlich gespaltenen Vaterlandes.

Übrigens „Politik ist der Kampf um die Bewahrung oder Veränderung bestehender Verhältnisse.“ (Christian Graf von Krockow, 1976).

Die Zeit des Bewahrens ist nach 20 Jahren vorüber, die Zeit des Änderns überfällig.

Perfekt registrieren.

Universelles und scanbares Registriermaterial

Indikationen und Vorteile:

- universelle Registrierungen
- scanbar für CAD/CAM-Anwendungen
- für die Bißgabel bei der Gesichtsbogenübertragung nach Prof. Dr. (HR) Alexander Gutowski
- für die Anpassung von para-okklusalen Löffeladaptern nach PD Dr. M. Oliver Ahlers (CMD)
- für dynamische Registrierungen (FGP)
- perfekte physikalische Eigenschaften



R-SI-LINE® METAL-BITE®

R-dental Dentalerzeugnisse GmbH
Informationen unter Tel. 0 40 - 22 75 76 17
Fax 0 800 - 733 68 25 gebührenfrei
E-mail: info@r-dental.com

r-dental.com

Fordern Sie auch unsere Produktinformationen an.



Impressum

Herausgeber:

Interessengemeinschaft Zahnärztlicher Verbände in Deutschland IGZ e.V.

Dr./RO Eric Banthien

Papyrusweg 8, 22117 Hamburg

Telefon: (040) 712 73 11

Telefax: (040) 712 96 24

Redaktion:

Benn Roolf

Radenzer Str. 21, 12437 Berlin

Telefon: (030) 536 99 894

Telefax: (030) 536 99 895

Verlag und Anzeigenverkauf:

one line Produktionsbüro & Werbeagentur,

Radenzer Str. 21, 12437 Berlin

Telefon: (030) 536 99 894

Telefax: (030) 536 99 895

Auflage:

2.500 Exemplare

Erscheinungsweise:

4mal im Jahr

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion oder des Herausgebers wieder. Bei redaktionellen Einsendungen ohne besonderen Vermerk behalten sich der Herausgeber und Verlag das ausschließliche Recht auf Vervielfältigung in jeglicher Form ohne Beschränkung vor. Alle Rechte, auch die der auszugsweisen Vervielfältigung, bedürfen der Genehmigung des Herausgebers und des Verlages. Die gesamte Grafik ist geschützt und darf nicht anderweitig abgedruckt oder vervielfältigt werden. Gerichtsstand und Erfüllungsort: Berlin.

Die Verbände der IGZ

Berlin:

Verband der Zahnärzte von Berlin e.V.

Heilbronner Str. 1, 10711 Berlin

Tel. (030) 892 5051

Fax (030) 892 50 49

www.zahnaerzverband-berlin.de

Brandenburg:

Verband Niedergelassener Zahnärzte

Land Brandenburg e.V.

Helene-Lange-Str. 4-5, 14469 Potsdam

Tel. (0331) 297 71 04

Fax (0331) 297 71 65

www.vnzlb.de

Hamburg:

Zahnärzterverband Z2000

Mühlendamm 92, 22087 Hamburg

Tel. (040) 22 76 180

Fax (040) 22 76 120

Saarland:

Verband der Zahnärzte im Saarland e.V.

Puccinistr. 2, 66119 Saarbrücken

Tel. (0681) 58 49 359

Fax (0681) 58 49 363

www.vdzis.de

Westfalen-Lippe:

Wählerverband Zahnärzte Westfalen

Reichshofstr. 77, 58239 Schwerte

Tel. (02304) 671 37

Fax (02304) 632 54

www.w-z-w.de