

ZWP

ZAHNARZT WIRTSCHAFT•PRAXIS

ISSN 1617-5077 • www.oemus.com • Preis: € 6,50 | sFr 10,- zzgl. MwSt.

Volkskrankheit Parodontitis

ab Seite 38



wirtschaft |

**Identifikation mit
den Praxiszielen**

ab Seite 10

finanzen |

**Mehrwertsteuererhöhung:
Countdown läuft**

Seite 76

Zahnärztliche Prävention

Fit für die Herausforderungen der Zukunft?



Prof. Dr. Ulrich Schlagenhauf
Präsident der Deutschen
Gesellschaft für
Parodontologie (DGP)

Die soeben veröffentlichten Ergebnisse der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie zeigen, dass das von Zahnärzteschaft, Politik und Kostenträgern gemeinsam getragene Konzept zur Prävention der Karies zumindest in den jüngeren Altersklassen zu einer vor wenigen Jahren noch nicht für möglich gehaltenen Reduktion der Krankheitsprävalenz geführt hat. Mit einem in den jüngsten Untersuchungen ermittelten DMFT-Wert von 0,7 bei 12-Jährigen gehört Deutschland auch im internationalen Vergleich zur absoluten präventiven Spitzengruppe. Im Gegensatz zum so erfreulichen Rückgang der Karies erhöhte sich in den vergangenen Jahren jedoch die Prävalenz parodontaler Erkrankungen signifikant. Dies hat zum einen mit dem zunehmenden Durchschnittsalter der Deutschen zu tun und ist zum anderen eine logische Konsequenz der Kariesprävention, da in früheren Jahren in den höheren Altersklassen etliche Zähne bereits kariesbedingt extrahiert waren, bevor sie ernsthafte parodontale Schäden entwickeln konnten.

„Im Gegensatz zum so erfreulichen Rückgang der Karies erhöhte sich in den vergangenen Jahren jedoch die Prävalenz parodontaler Erkrankungen signifikant.“

Um dieser veränderten Bedrohung der Mundgesundheit der Bevölkerung wirksam entgegenzutreten zu können, bedarf es, analog der erfolgreichen Kariesprävention, einer konzertierten Aktion aller im zahnärztlichen Bereich beteiligten Gruppen. So muss zukünftig im zahnärztlichen Grundstudium die theoretische und praktische Vermittlung parodontaler Lehrinhalte einen erweiterten, dem aktuellen Versorgungsbedarf angemessenen Raum einnehmen. Für eine flächendeckende Versorgung schwerer parodontaler Erkrankungsfälle wird es darüber hinaus essenziell sein, in den nächsten Jahren auch die Anzahl ausgebildeter Spezialisten für Parodontologie wesentlich zu erhöhen. Basis dieser Spezialistenausbildung muss ein universitäres Graduiertenstudium der Parodontologie sein, das nach erfolgreichem Abschluss auch formal als Fachzahnarzt bundesweit anerkannt wird. Angesichts der Kostendimension einer nach aktuellem wissenschaftlichem Verständnis unverzichtbaren lebenslangen professionellen Betreuung parodontal erkrankter Patienten ist zudem die Integration parodontalpräventiv tätiger zahnärztlicher Assistenzberufe in ein funktionierendes Präventionskonzept ohne Alternative.

Trotz der Größe der Herausforderung bin ich überzeugt, dass bei konstruktiver Zusammenarbeit aller mit der Problematik befassten Gruppen analog zur Kariessituation eine effektive Verbesserung der parodontalen Gesundheit in Deutschland in wenigen Jahren möglich sein könnte.

Prof. Dr. Ulrich Schlagenhauf

| politik

8 Leserbrief

| wirtschaft

- 10 Wirtschaft Fokus
- 12 Identifikation mit den Praxiszielen
- 16 QM 2007: Wer jetzt richtig handelt, gewinnt
- 20 Drehen Sie am Rad?!
- 22 Praxisbuchhaltung sicher im Griff
- 26 Behandlungsschwerpunkte richtig setzen

abrechnungs- und steuertipps

- 30 Lichtblicke für Kanalarbeiter
- 32 Der Advice Steuertipp

| zahnmedizin

34 Zahnmedizin Fokus

zahnmedizin volkskrankheit parodontitis

- 38 Mundgesundheit in Deutschland immer besser
- 40 Minimalinvasive Parodontitisbehandlung
- 46 Die Therapiemöglichkeiten bei chronischer Parodontitis
- 52 Minimalinvasive PA-Therapie beim älteren Menschen
- 56 Parodontitis-Therapie ohne Alkohol

| zahnmedizin

- praxis
- 58 Herstellerinformationen
- 64 Sanftes Waschen mit Aloe Vera
- 66 Komplett in der Prophylaxe
- 68 Vollkeramik im Fokus des Interesses
- 70 Der Laser gehört in jede moderne Praxis!

| dentalwelt

72 Dentalwelt Fokus

| finanzen

- 76 Finanzen Fokus
- 78 Mehrwertsteuererhöhung: Countdown läuft

| lebensart

82 Auf dem Holzweg

| rubriken

- 3 Editorial
- 80 Impressum
- 81 Inserentenverzeichnis/Kleinanzeigen
- 82 Vorschau

ANZEIGE



Einer der größten Anbieter von Auslands-Zahnersatz geht wieder zurück zum Ursprung:

Vollständige Produktion in Deutschland.*

*Vollkeramik - Pearlceram
120,-€
 je Einheit

Zahnersatz Müller Deutschland

Tel.: 021 152 100-1000 | info@zahnersatz-mueller.de
 Postfach 100000 | 10001 Berlin | www.zahnersatz-mueller.de

BEILAGENHINWEIS:

In dieser Ausgabe der ZWP Zahnarzt Wirtschaft Praxis befinden sich das ZWP spezial Endodontie/KONS sowie das ZWP extra Sirona.



Frohe Weihnachten und einen guten Rutsch ins neue Jahr wünscht Ihnen das ZWP-Team.





Leserbrief:

zu Editorial von Dr. Jürgen Fedderwitz in der ZWP 10/06 „Praxiskonzept: Kassenpatient“

Sehr geehrter Herr Dr. Fedderwitz,

zur Schlagzeile „Die zahnärztliche Kassenpraxis – Lohnt sich das noch?“ haben Sie einen Artikel geschrieben mit den Eingangsworten: „Um es vorwegzunehmen: Ja!“

Ich denke jedoch, die Kassenpraxis lohnt sich ausschließlich nur für Posteninhaber innerhalb einer KZV und für deren Erfüllungsgehilfen, auf keinen Fall für die ehrlichen Praktiker. Auf der Delegiertenversammlung Ende letzten Jahres in Bad Orb hat der Vorstandsvorsitzende der KZVH Dr. Utech zu meiner Befriedigung u.a. wörtlich gesagt: „Ich habe eine defizitäre Praxis.“ Bei der miesen Vertragssituation, die allein unsere Standesverräter zu vertreten haben, gibt es keine einzige Praxis in Deutschland, die im Kassenbereich kostendeckend arbeitet und auch arbeiten kann.

Tausende von Kollegen wurden durch die Unterlassungspolitik der Standesverräter in die Pleite getrieben. Mir befreundete Bankdirektoren sagen es ganz offen: Kein Zahnarzt bekommt mehr Geld von uns ausgeliehen, es sei denn, Papa stellt die Sicherheiten zur Verfügung, sonst läuft nichts. Es gibt also keinen einzigen Zahnarzt, der sich als Kassenzahnarzt niederlassen kann, der nicht schon Vermögen für die Niederlassung besitzt, woher auch immer.

Die KZVen sind nur noch degradiert zu Verwaltern von defizitären Betrieben. Die Erfüllungsgehilfen der KZVen zeigen immer deutlicher ihren Hang zur Darstellung ihrer Existenzberechtigungen, indem die Inhaber der defizitären Kassenpraxen mit unsinnigen Prüfungsanordnungen überzogen werden.

Prüfungstermine werden offenbar mit Absicht so unsinnig gelegt, dass diese in die besten Behandlungszeiten der Praktiker fallen, so werden die Praktiker noch effizienter geschädigt und die Macht über die armen Kollegen demonstriert.

Die Erfüllungsgehilfen der KZVen sind wiederum ebenfalls niedergelassene Kassenkollegen, die die miesen Kassen-Einnahmen mit Sitzungsgeldern deutlich und entscheidend verbessern.

Es dreht sich einem der Magen um, wenn man den Unsinn lesen muss, dass Sie die Kassenpatienten als sichere Einnahmequelle betrachten. Das Gegenteil ist der Fall: Jeder Kassenpatient wird von uns Zahnärzten gesponsert für die Kassenleistungen. Geld kann ausschließlich im Privatbereich verdient werden.

Im Vogelsberg will ein Kollege eine Praxis veräußern, die über 1.000 Scheine/Quartal hatte. Diese ist dank der miesen Berufspolitik schlicht unverkäuflich. Der Veräußerungsgewinn war noch bis auf ein paar Jahre ein Teil der Alterssicherung. Dank Ihrer miesen Standespolitik ist diese Art Alterssicherung nichts mehr wert. Nur Ihre eigene Alterssicherung ist Dank Ihres überbezahlen Funktionärsgehaltes gesichert. Die Standesverräter sind die Wortführer, die sich fälschlicherweise ausgeben als unsere Interessenvertreter bei den Lohnverhandlungen. Hätten wird ordentliche unabhängige Standesvertreter, so gäbe es schon längst keine idiotische 10-Euro-Praxisgebühr mehr. Nur Abhängige lassen sich solch einen Unsinn widerstandslos aufbürden. KZVen sind bekanntlich öffentlich-rechtlich und damit von Berlin weisungsgebunden. Also halten die Vorstände den Mund, behalten den lukrativen Job und werden nicht durch Staatskommissare ersetzt.

Wie sieht es nun aus mit dem Problem der überregulierten Hygiene-Vorschriften? Wo war da der Widerstand? Auch hier wieder nichts. Brav wird aller Unsinn hingenommen. Es gibt nicht den Hauch einer Chance, die Kosten der Hygienevorschriften für Kassenpatienten durch Kassen-Honorare wieder einzufahren.

Ob KZV-Gelder richtig verwaltet werden, bleibt im Dunkeln. Mit Absicht ist in der Satzung festgelegt, dass kein Praktiker in den von ihm selbst finanzierten Betrieb (KZV) in die Haushaltsbücher ordentlich Einblick nehmen darf. Als Praktiker darf man nur während einer Kreisstellenversammlung oberflächlich Einblick nehmen. Ich habe dies einmal versucht, habe aber keine Chance einer Versammlung ordentlich zuzuhören und gleichzeitig detaillierten Einblick zu nehmen.

Was muss die KZV wohl zu verbergen haben, dass solche wichtigen Unterlagen versteckt werden?

Alles in allem wundere ich mich über die Lethargie der jungen Kollegen, die noch 20 – 30 Jahre Berufsleben vor sich und keine Chance haben, in diesem System auf ehrliche Weise zu einem standesgemäßen Lebensstandard zu gelangen.

Die KZVen mögen in der Vergangenheit ihre Berechtigung gehabt haben, jedoch langfristig keine Chance mehr haben.

Ich schäme mich, ein Zwangsmittglied der KZVH zu sein!

In diesem Sinne

Fröhliches unterbezahltes Weiterarbeiten

Dr. Peter Scheffler, Lauterbach

Die Zuschriften geben die Meinung des Verfassers wieder.

kurz im fokus

Ärzte setzen auf Praxis-Marketing

Werbung und Marketing halten derzeit Einzug in die Praxen der niedergelassenen Ärzte: Bereits 53 Prozent der Ärzte erachten Werbemaßnahmen für wichtig bzw. sehr wichtig. Dies zeigt die repräsentative Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2006“ der Stiftung Gesundheit. Der wissenschaftliche Leiter der Studie, Prof. Dr. med. Dr. rer. pol. Konrad Obermann: „Noch vor wenigen Jahren war Marketing in Arztpraxen sehr eingeschränkt und Werbung entsprach nicht dem Standesdenken. Doch der Markt in der ambulanten Medizin entwickelt sich offensichtlich rasch.“ Im Vorjahr gaben noch acht Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte an, eigens ein Marketing-Budget für ihre Praxis festgelegt zu haben. Im laufenden Jahr sind es bereits 15,7 Prozent. Das ist eine Steigerung um rund 100 Prozent. Unter www.stiftung-gesundheit.de kann die gesamte Studie heruntergeladen werden.

Ärztmangel im Osten

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) will sich besonders um die Beseitigung des Ärztemangels in den neuen Bundesländern kümmern. „Wir schaffen neue Anreize“, versprach Schmidt der Zeitschrift „SUPERillu“. Junge Mediziner könnten künftig auch als angestellte Ärzte in einer Zweitpraxis in der ambulanten Versorgung arbeiten. „Vielleicht bleiben sie dann ja gerne dort“, sagte Schmidt. Außerdem bringe der am Krankheitsrisiko orientierte Ausgleich für die Kassen und die geänderte Honorarordnung zusätzliche Anreize, sagte die Ministerin. „Künftig gibt es in unterversorgten Gebieten Zuschläge zum Arzthonorar, in den überversorgten Gebieten entsprechend Abzüge“, versicherte sie.

400.000 Arbeitsplätze weniger

Im deutschen Gesundheitswesen werden in den nächsten Jahren mehr als 400.000 Arbeitsplätze verloren gehen. Zu diesem Ergebnis gelangt eine aktuelle Studie, für die 100 Fach- und Führungskräfte über den Status und die Zukunft des deutschen Gesundheitssystems befragt wurden. Im sog. iSoft-Report rechnet die Hälfte der Experten mit einem Rückgang der derzeit rund vier Millionen Beschäftigten im Gesundheitswesen um mindestens zehn Prozent. Fast ein Fünftel der Fachleute gehen sogar von einem Arbeitsplatzabbau um bis zu 20 Prozent aus. In diesem Fall gingen möglicherweise 800.000 Arbeitsplätze verloren. Der Abbau geht nach Einschätzung der Experten quer durch die Gesundheitslandschaft der rund 123.000 niedergelassenen Ärzte, 65.000 Zahnärzte, 21.000 Apotheken, 2.200 Krankenhäuser und knapp 270 Krankenkassen sowie weiteren Leistungserbringern und Kostenträgern wie den Kassenärztlichen Vereinigungen und nicht zuletzt den Pharmaherstellern. Die Studie kann unter team@dripke.de oder Fax: 06 11/71 92 90 angefordert werden. www.isoft.de

Sichern Sie sich jetzt noch Ihre Software: „Die Balanced Scorecard“

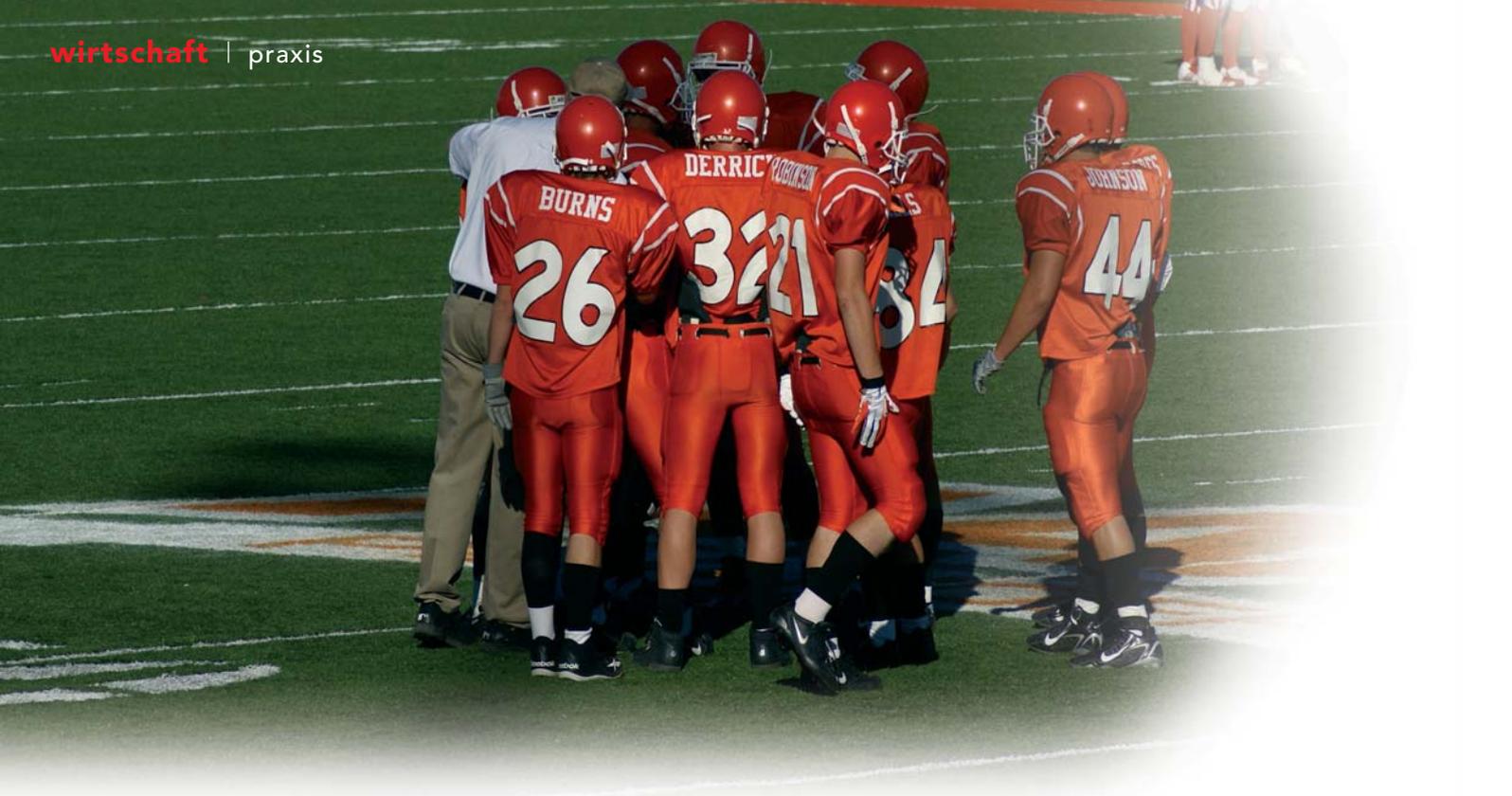
Kontinuierliche Einschränkungen im Gesundheitswesen und ständig neue gesetzliche und institutionelle Auflagen gefährden zusätzlich die wirtschaftliche Basis eines selbstständigen Praxisinhabers. Denken Sie nur an die Verpflichtung zu einem professionellen Qualitätsmanagement oder an die neuen Bankenrating-Richtlinien. Auch die Patienten sind von den aktuellen Festzuschussregelungen irritiert und verschieben ihre Zahnarztbesuche. Höchste Zeit, um etwas zu tun? Jetzt gibt es die Lösung: Das neue, bei der Oemus Media AG erschienene Buch „Die Balanced Scorecard (BSCmed) – als Managementinstrument in der Zahnarztpraxis“, Herausgeber Prof. Dr. Helmut Börkircher, Ötisheim-Schönenberg. Dieses Buch und die beiliegende Software basieren auf einem Kennzahlensystem, das Ihnen die Chance gibt, frühzeitig Fehlentwicklungen zu erkennen und somit entgegenzusteuern. Bisher wurden Praxen eher über finanzwirtschaftliche Kennzahlen bewertet, welche die Vergangenheit beschreiben und deshalb zu wenig zukunftsorientiert sind. Die Balanced Scorecard-Methode hingegen ist ein wirksames, zukunfts-

orientiertes Management- und Führungsinstrument und bedeutet so viel wie ausgewogenes Kennzahlensystem. Ausgewogen deshalb, weil neben dem Bereich Finanzen noch weitere Schwerpunkte (Mitarbeiter, Patienten, Prozesse und zusätzlich die Perspektive Privat) in Betracht gezogen werden. Die beiliegende Vollversion my-BSCmed Software (gültig bis 31.12.2006) dient der sofortigen Umsetzung der Balanced Scorecard-Theorie in die Praxis und ermöglicht zugleich eine individuelle Anpassung an die unterschiedlichen Bedürfnisse. Für nur 19,90 Euro + Versand können Sie das Buch und die CD unter folgender Adresse bestellen:

Oemus Media AG
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-2 01
Fax: 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: grasse@oemus-media.de
www.oemus-media.de



Ein glückliches Neues Jahr!



Mitarbeitermotivation

Identifikation mit den Praxiszielen



Francesco Tafuro



Matthias Krack

die autoren:

Francesco Tafuro

(Dipl.-Betriebswirt)

Geschäftsführer

und Leiter Filiale Nord

New Image Dental GmbH

Matthias Krack

(Dipl.-Psychologe)

Leiter Personalberatung

New Image Dental GmbH

Der generelle Wandel der Zahnarztpraxis zu einem marketingorientierten Dienstleistungsunternehmen gewinnt weiter an Bedeutung. Begriffe wie „Patientenorientierung“, „Service“ oder „Dienstleistung“, die früher unnötig schienen und oft skeptisch betrachtet wurden, sind in den letzten Jahren selbstverständlich und überlebenswichtig geworden.

Francesco Tafuro, Matthias Krack

Immer mehr Zahnarztpraxen passen sich diesem Trend an und entwickeln neue Wege der Patientenbetreuung und -bindung. Doch so ausgereift das strategische Vorgehen des Zahnarztes für die Entwicklung seiner Praxis heute auch in vielen Fällen ist – er benötigt für die Umsetzung von Praxiszielen die Hilfe seines Teams. Allein steht er auf verlorenem Posten, denn ein umfassender Praxiserfolg kann nur als Ergebnis eines funktionierenden Teamworks erreicht werden.

Veränderungen lassen sich nur gemeinsam bewältigen. Daher sollte der Praxisinhaber seine Mitarbeiterinnen frühzeitig mit ins Boot holen

und gezielt vorbereiten. Eine solche Vorbereitung hat neben einer rein informativen Komponente, die in aller Regel die Vermittlung der Ziele und des Umfangs der angestrebten Praxisentwicklung umfasst, auch eine psychologische Dimension. Es kommt darauf an, das Team mit dem Veränderungsprozess vertraut zu machen und Ängste und Widerstände abzubauen. Nur so wird es gelingen, die Mitarbeiterinnen emotional von den Zielen der Praxis zu überzeugen und die Bedeutung jedes einzelnen Teammitglieds in diesem Wandel zu dokumentieren. Ein Team, das sich auf diese Weise in den Veränderungsprozess einbezo-

gen fühlt, wird sich leichter mit den Praxiszielen identifizieren können und motivierter daran arbeiten, diese zu erreichen.

Angst vor Veränderung

Jede einzelne Mitarbeiterin hat – wie der Praxischef auch – in Bezug auf ihren Arbeitsplatz eigene Wünsche und persönliche berufliche Pläne. Diese reichen von sehr praktischen Vorstellungen, wie z. B. angemessenen Arbeitsbedingungen, bis hin zu dem Wunsch nach Anerkennung und Selbstverwirklichung. Der Status quo jeder einzelnen Mitarbeiterin jedoch, wie er auch immer aussehen mag, kann ins Wanken geraten, sobald Veränderungen anstehen. Widerstände und Ängste gegenüber einer Praxisoptimierung können sich aus der Befürchtung ergeben, dass eine Umstrukturierung mit einer Verschlechterung der individuellen Situation verbunden ist. Veränderungen bedeuten vielleicht mehr Arbeit, höhere Anforderungen, größere Erwartungen. Unklarheit verursacht Unsicherheit, mangelnde Information und fehlende Kommunikation begründen in vielen Fällen den Widerstand. Und was ist ein Veränderungsprozess in der Zahnarztpraxis ohne das Team? Deshalb ist es unerlässlich, die Mitarbeiterinnen in regelmäßigen Teammeetings über alles, was sie wissen müssen, ausführlich zu informieren, Fragen zu beantworten, Ängste zu nehmen. Der Zahnarzt sollte sein Team auf den Wandel einstimmen, von den Vorteilen überzeugen und den Nutzen für jede Einzelne herausstellen. Mit großer Wahrscheinlichkeit können die beruflichen Wünsche der Angestellten mit der Weiterentwicklung der Praxis in Einklang gebracht werden – z. B. durch die Delegation anspruchsvollerer Aufgaben und mehr Verantwortung an die Teammitglieder.

kontakt:

**New Image Dental –
Agentur für Praxismarketing**
Mainzer Str. 5
55232 Alzey
Tel.: 0 67 31/9 47 00-0
Fax: 0 67 31/9 47 00-33
E-Mail:
zentrale@new-image-dental.de
www.new-image-dental.de

tipp:

Eine Checkliste zum Thema „Mitarbeitermotivation“ kann bei den Autoren angefordert werden.

- Was bedeuten gesundheitspolitische Umstrukturierungen für unsere Praxis?
- Welchen Beitrag leiste ich durch meine Arbeit dafür, dass der Patient sich wohlfühlt?
- Was tun wir in unserer Praxis, um Patienten für Zuzahlungsleistungen zu gewinnen und langfristig zu binden?

Lösungsorientiertes Denken

Eine weitere wichtige Voraussetzung dafür, dass sich das Team für die gemeinsamen Umgestaltungsmaßnahmen begeistert, ist lösungsorientiertes Denken. Bloße Zufriedenheit mit der eigenen Tätigkeit ist hier ein völlig unzureichendes Kriterium. Viele Mitarbeiterinnen, die mit ihrer Tätigkeit „zufrieden“ sind, neigen dazu, ihren Dienst ohne Eigeninitiative zu leisten, sich in ihre Komfortzone zurückzuziehen und beim Auftreten von Problemen passiv zu bleiben. Gerade hier bietet sich ein weiterer Ansatzpunkt für eine gezielte Vorbereitung der Mitarbeiterinnen. Es kommt darauf an, die Problemlösungsressourcen des Teams zu aktivieren. Dazu ist es notwendig, dass sich die Mitarbeiterinnen mit diesen Fragen auseinandersetzen:

- Wo liegen die Stärken unserer Praxis?
- Welche Bereiche in der Praxis sind derzeit verbesserungsfähig?
- Was können wir tun, um die Situation zu verbessern?

Dieses Vorgehen sorgt zunächst dafür, dass das Selbstbewusstsein des Teams und dessen Identifikation mit der Praxis gesteigert werden. Darüber hinaus werden die Mitarbeiterinnen angeregt, sich aktiv mit Problemfeldern in der Praxis zu beschäftigen und Lösungsvorschläge zu erarbeiten, die Bestandteil der Praxisstrategie sein können. Langfristiges Ziel ist es, die Mitarbeiterinnen zu lösungsorientiertem Denken anzuleiten, damit sie Herausforderungen selbstbewusster begegnen können, mehr Eigeninitiative zeigen und in der Praxis Verantwortung übernehmen.

Coaching als Erfolgssteuerung

Die Vorbereitung des Teams kann jedoch nur ein erster Schritt sein. Zur nachhaltigen Identifikation des Teams mit den Praxiszielen bedarf es zusätzlich eines kontinuierlichen Coachings sowohl des Teams als auch jeder einzelnen Mitarbeiterin. Unter Coaching versteht man einen Führungsstil, der Mitarbeiter zugleich fördert und fordert, der sie vor zu bewältigende Herausforderungen stellt und ei-

genverantwortliches Handeln zulässt und unterstützt. Im Coaching erhalten Mitarbeiter das Maß an Verantwortung, dass sie aufgrund ihrer fachlichen und persönlichen Kompetenz bewältigen können, und werden ihren individuellen Stärken entsprechend eingesetzt, sodass ihnen die Arbeit Spaß macht. Diese Art der Führung erfordert freilich ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen für den Entwicklungsstand jeder einzelnen Mitarbeiterin sowie eine positive Einstellung gegenüber sich selbst und seinen Mitmenschen. Elemente des Coachings in der Zahnarztpraxis sind z. B.:

- *regelmäßige Einzelgespräche (z. B. einmal pro Quartal)*
- *motivierende Zielvereinbarungen*
- *lösungsorientierte Praxisbesprechungen*
- *motivationsfördernde gemeinsame Aktivitäten*
- *individueller und situationsangemessener Führungsstil*
- *regelmäßige Weiterbildungen, Schulungen und Seminare*

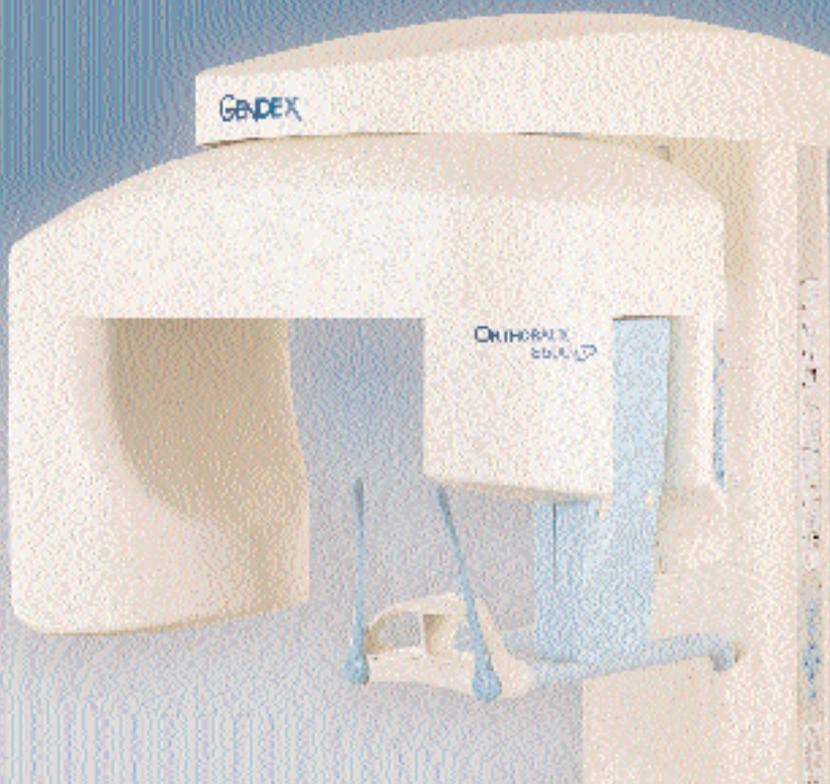
Richtig angewandt, leistet das Coaching einen hervorragenden Beitrag zur Weiterentwicklung jeder einzelnen Mitarbeiterin, des

Praxisteams – und damit letztlich auch der Zahnarztpraxis.

Fazit

Die Identifikation der Mitarbeiterinnen mit den Praxiszielen ist die wesentliche Voraussetzung dafür, dass das Team die angestrebte Veränderung der Praxis mitträgt und sich aktiv in den Veränderungsprozess einbringt. Dies erfordert nach einer Sensibilisierung des Teams für die Praxisziele von jeder einzelnen Mitarbeiterin die Bereitschaft zu lösungsorientiertem Denken und Handeln. In diesem Zusammenhang bietet sich das Coaching des Teams und der einzelnen Mitarbeiterinnen hervorragend als Förderungsinstrument an. Es fordert und fördert jedes einzelne Teammitglied und mobilisiert so Ressourcen, die in die Weiterentwicklung der Praxis einfließen können. Ein auf diese Weise geführtes Team ist sowohl die Voraussetzung für das Gelingen der Veränderung als auch – langfristig gesehen – eine der tragenden Säulen des Praxiserfolgs. **II**

ANZEIGE



Panorama

...einfach, besser
-digital!

Orthoralix 8500,
eine neue Dimension der digitalen
Panorama-Routinediagnostik

- **Bildqualität**
Diagnostische Bildaussage mit höchster Detailerkennbarkeit durch innovative System-Technologie und 0,4 mm Fokus.
- **Funktion**
Schnelle und sichere Positionierung und Bilderstellung durch praxis-optimiertes Bediensystem.
- **Ökonomie**
Digitaler oder konventioneller Einsatz bei geringster Investition.
Einfache digitale Aufriistung.

Nähere Informationen zum neuen Orthoralix 8500 erhalten Sie bei Gendex unter www.gendex.de und Tel. 040/89688-0 sowie durch Ihren Dentalfachhändler.

Orthoralix 8500

Gendex Dental Systems GmbH
Albert-Einstein-Ring 15 - 22761 Hamburg
Tel. +49 40 89688-0 - Fax +49 40 89688-19
www.gendex.de

Gendex. Imaging Excellence.

GENDEX



Qualitätsmanagement 2007

Wer jetzt richtig handelt, gewinnt

der autor:

Prof. Dr. Thomas Sander ist Professor für „Management ambulanter Versorgungsstrukturen“ an der Medizinischen Hochschule Hannover. Neben seinen Themenschwerpunkten

- Ökonomie von Arzt- und Zahnarztpraxen
- Entwicklung von Managementstrukturen für die zukunftsorientierte Zahnarztpraxis
- Neue Versorgungsformen (z.B. MVZ) beschäftigt sich der Autor seit 2001 mit der Entwicklung von Qualitätsmanagementsystemen speziell für Zahnarztpraxen. Er lehrt Qualitätsmanagement für niedergelassene Ärzte und Zahnärzte seit 2002 an verschiedenen Hochschulen. In 2001 wirkte er mit an der Entwicklung des ersten Qualitätsmanagementsystems für Zahnärzte im Auftrag der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein. Hieraus entwickelte sich auch das System OrgaDent.

Qualitätsmanagement spart mehrere Tausend Euro. Wie in der ZWP today 9/2006 berichtet, ist die Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RiLi) am 17.11.2006 vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen worden. Nun haben die Zahnärzte vier Jahre Zeit, ein Qualitätsmanagementsystem (QM-System) in ihrer Praxis zu implementieren. Was ist konkret zu tun?

Prof. Dr. Thomas Sander

Kennzeichnend für QM-Systeme ist das „Sich Klarheit verschaffen“ über den Ist-Stand des Unternehmens, das Erkennen von Schwachstellen und das bewusste Steuern des daraus erkannten, notwendigen Veränderungsprozesses. Dieses soll nicht nur einmal geschehen, sondern eine dauerhafte Einrichtung in der unternehmerischen Betätigung werden. Nicht mehr, aber auch nicht weniger, fordert die QM-RiLi auch für Zahnarztpraxen, die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen. Konkret geht das so:

Was muss die Praxis tun?

1. Erarbeiten, wo die Praxis steht. Eine Teambesprechung (mindestens fünf Stunden, außerhalb der Praxis) durchführen. Ideal ist die Moderation durch einen fachkundigen Dritten, der ansonsten nichts mit der Praxis zu tun hat. Wenn das nicht möglich ist, sollten Fragen gestellt werden, die die Stärken und Schwächen der Praxis aufzeigen. Ermuntern Sie Ihre Mitarbeiterinnen, Ihnen die „Wahrheit“ zu sagen. (Beim Autor können per E-Mail kostenlos geeignete Fragen angefordert werden.)

2. Anschließend festlegen, wohin es mit der Praxis gehen soll. Das kann der Chef allein festlegen. Im Hinblick auf eine optimale Motivationslage ist aber dringend zu empfehlen, dies ebenfalls in einer gesonderten Teambesprechung zu erarbeiten. Schriftlich die Ziele festhalten. Achtung: Nicht zu viele Ziele auf einmal, denn sie müssen auch umgesetzt werden können. Die Ziele müssen messbar sein. (Beispiel: „Wir wollen in 2007 die Anzahl der Prophylaxe-Patienten um 20 % erhöhen.“ Das kann Ende 2007 geprüft werden.)
3. Konkret beschließen, wie die Ziele erreicht werden sollen. Prozesse beschreiben, Verantwortlichkeiten festlegen. Zunächst nur die Prozesse beschreiben, die nicht gut funktionieren (müsste nach der Schwachstellenanalyse klar sein) oder die selten vorkommen, aber wichtig sind. Auch hier gilt: Nicht zu viele Prozesse beschreiben. Starten Sie mit drei bis fünf Prozessen. (Beispiele: Begleitung des Patienten durch die Helferin vom Empfang bis zur Verabschiedung, Melden am Telefon, Vorbereitung einer Behandlung.)
4. Schulungen planen. Einen Schulungsplan für interne und externe Schulungen, orientiert an den Zielen, planen und durchführen. Schulungsbudget festlegen.
5. Wenn etwas verändert werden soll: Aufschreiben. Aber es dann auch wirklich und fortlaufend tun. Kein Strohfeuer erzeugen, nicht aus der Verärgerung heraus handeln. Hier greift erstmals die geforderte Dokumentation. Es sind also ein leichter Zugriff (möglichst an jedem Platz in der Praxis), eine einfache Veränderungsmöglichkeit sowie eine automatische Erinnerungsfunktion und vorgefertigte Checklisten etc. erforderlich. Arbeiten Sie nicht mit Papierdokumentationen, sondern mit QM-Software (Werkzeug, s. u.). Das rechnet sich nach kürzester Zeit wegen des gesparten Personaleinsatzes.

6. Wiederholen. Machen Sie die o. g. Teambesprechung zum jährlich wiederkehrenden Ereignis. Gut organisiert und durchgeführt, wird es allen Beteiligten Spaß machen.

7. Legen Sie eine Helferin als Verantwortliche für das QM-System fest, die sogenannte Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB). Sie steuert die o. g. Maßnahmen, fasst deren Wirksamkeit zusammen und berichtet dem Chef. Eine gute QM-Software liefert diesen (von der QM-RiLi geforderten) Bericht übrigens ohne weiteren Aufwand vollautomatisch. Wer seine Helferin einen QM-Bericht schreiben lässt, verschenkt viel Geld.

System und Werkzeug

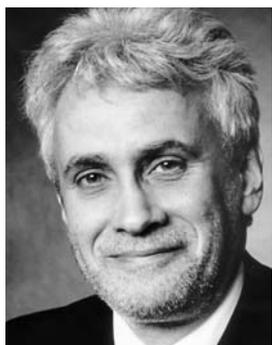
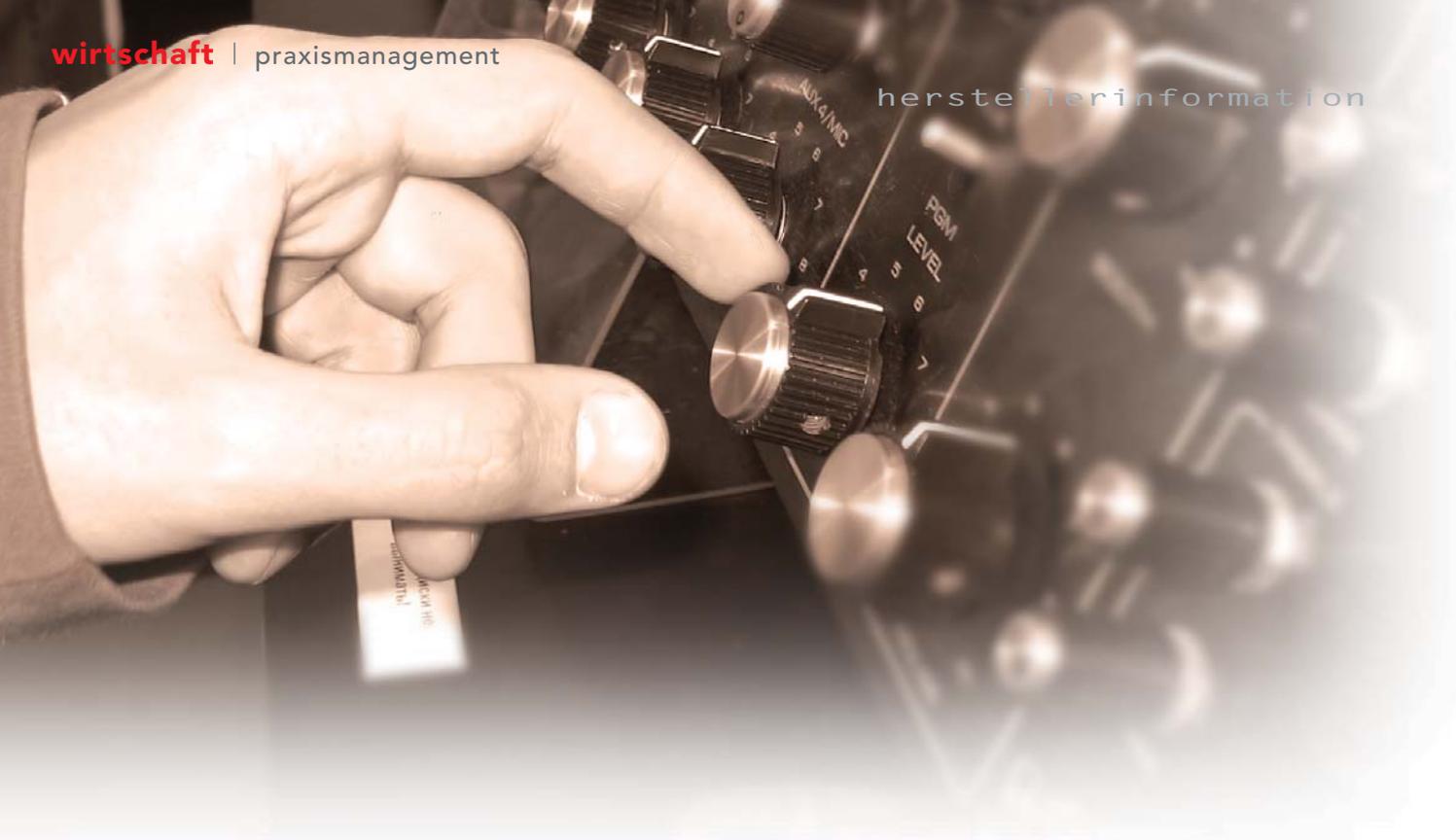
Wie und in welcher Form Sie das alles tun, wird in der QM-RiLi nicht vorgeschrieben. Das IDZ hat die in der Zahnmedizin gängigen Systeme (z. B. ISO 9001:2000, Z-PMS, in IDZ 5/2005) untersucht. Aber bitte gestalten Sie den gesamten Prozess so effizient wie möglich. Nutzen Sie das richtige Werkzeug. Ein Richtwert: Der laufende Aufwand zum Betreiben eines wirksamen (und damit wirtschaftlich sinnvollen) QM-Systems sollte (neben der jährlichen Teambesprechung) nicht mehr als eine Stunde pro Woche für die QMB betragen. Das IDZ erwähnt u. a. das von der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe entwickelte QM-System Z-PMS (Zahnärztliches PraxisManagement-System). Der Autor empfiehlt z. B. die zugehörige Software-Lösung (Werkzeug), die OrgaZ-PMS (siehe unter www.GZQM.de). Diese ist bereits für wenige Hundert Euro erhältlich. Qualitätsmanagement – richtig gemacht – lohnt sich und wird die Wirtschaftlichkeit Ihrer Praxis verbessern. Erfahrungen zeigen, dass Sie dabei bereits nach einem Jahr von zum Teil mehreren Tausend Euro Ersparnis bzw. Ergebnisverbesserung ausgehen können. Viel Spaß bei der Arbeit mit Qualitätsmanagement. **II**

> Beispiel für Ihren Zeitplan

Januar 2007	Einholen weiterer Informationen, z. B. in den von der Oemus Media AG angebotenen Infoveranstaltungen vom 22.01. – 26.01.2007 in verschiedenen Großstädten (siehe Anzeige auf dieser Seite). Auswahl von System und Werkzeug.
Februar 2007	Teambesprechung: Ist-Analyse.
April 2007	Zielfestlegung im Team, Festlegung der QMB.
Mai–Oktober 2007	Festlegung der Verantwortlichkeiten. Beschreibung von fünf Prozessen. Das Arbeiten mit QM üben.
Januar 2008	Teambesprechung: Bisherigen Erfolg prüfen, neue Maßnahmen und Ziele festlegen.
2008–2009	Vervollständigung der QM-Dokumentation in Ruhe.
2009–2010	Abschluss der Dokumentation, jährlicher Bericht (automatisch). Nicht mehr als eine Stunde Arbeit pro Woche am System!
ab 2010	Einmal jährlich Teambesprechung, jährlicher Bericht (automatisch), QM wird selbstverständlich und gewinnbringend.

kontakt:

Sander.Thomas@MH-Hannover.de



der autor:

Prof. Dr. Johannes Georg Bischoff ist Steuerberater und vereidigter Buchprüfer und lehrt Controlling an der Bergischen Universität Wuppertal. Er ist Mehrheitsgesellschafter von Prof. Dr. Bischoff & Partner Steuerberater – Rechtsanwälte – vereid. Buchprüfer mit rund 50 Mitarbeitern in Köln, Chemnitz und Berlin. Die Unternehmensgruppe betreut seit vielen Jahren in ganz Deutschland akademische Heilberufe.

kontakt:

Prof. Dr. Bischoff & Partner
Steuerberater – Rechtsanwälte –
vereid. Buchprüfer
E-Mail: info@bischoffundpartner.de

Praxissteuerung

Drehen Sie am Rad?!

Normalerweise steckt jemand, der am Rad dreht, in argen Schwierigkeiten. Er hat den Überblick verloren und seine Gedanken drehen sich im Kreis. Bei PraxisNavigation® ist es genau umgekehrt. Wer da am Rad dreht, hat die Entwicklung seiner Praxis klar vor Augen. Der folgende Artikel bringt die Vorteile moderner Praxissteuerung auf den Punkt und zeigt, wie man spielerisch die Auswirkungen von Veränderungen auf das künftige Praxisergebnis sehen kann.

| Prof. Dr. Johannes Georg Bischoff

Die letzten Jahre haben gezeigt, dass erfolgreiche Praxen konsequent einem guten Konzept folgen und kontinuierlich nach weiteren Optimierungsmöglichkeiten suchen. Wer so arbeitet, braucht Transparenz in seinen Zahlen. Allerdings legen Untersuchungen nahe, dass dies immer noch nur bei einer kleinen Zahl von Praxen tatsächlich der Fall ist. Mit PraxisNavigation® steht ein Steuerungsinstrument zur Verfügung, das Zahnärzten komfortabel fundierte Infor-

mationen ohne zusätzlichen Aufwand an Zeit, Geld oder Technik zur Verfügung stellt – auf Papier, per CD-ROM oder im Internet.

Weniger Zahlen, mehr Zahnmedizin

Wie in den vorangegangenen Artikeln bereits ausführlich dargestellt, verknüpft PraxisNavigation® alle wesentlichen Daten der Praxis und des Privatbereichs zu aussagekräftigen Informationen – leicht verständlich für den Praxisinhaber. Grafi-

ken machen Entwicklungen sichtbar. Vergleiche (z. B. Benchmarks) zeigen Optimierungspotenziale auf. Die exakten Kosten pro Behandlungsstunde stehen jedes Quartal als Kalkulationsbasis zur Verfügung. Die Wirtschaftlichkeit von Teilbereichen wie Individualprophylaxe, Eigenlabor, Cerec-Gerät, aber auch Prophylaxe-Shop ist dokumentiert. Ob sich der Entlastungsassistent rechnet, sieht man mit einem Blick. Der Zahnarzt ist mit diesem Quartalsbericht in der Lage, innerhalb kürzester Zeit, fundiert und mit einem sicheren Gefühl zu entscheiden. Im Ergebnis heißt das: Die erfolgreiche Praxis hat bessere Informationen und mehr Zeit für die Zahnmedizin.

Praxiszukunft denken und sehen

Dann ist ja alles gut organisiert. Warum sollte man da am Rad drehen? Ganz einfach: Sie wollen wissen, wie sich heutige Entscheidungen morgen in Ihrer Praxis auswirken. Nach dem sogenannten „Feed-forward-thinking-Prinzip“ füttern Sie ihre heutige Praxisstruktur mit den gewünschten gedanklichen Veränderungen. Aus Neugierde, um Risiken besser abschätzen zu können oder um Entwicklungen zu simulieren. Dies kann man sehr aufwendig mit Planungstools und umfänglichen Excel-Sheets gestalten. Davon gibt es genug. Viel eleganter geht es mit dem Planrad®, das von Prof. Dr. Bischoff & Partner entwickelt wurde und erstmals auf der IDS 2007 vorgestellt wird. Dabei handelt es sich um eine Weiterentwicklung des bekannten Steuerungsinstrumentes PraxisNavigation®, mit der man Praxiszukunft antizipieren kann.

Auch Planrad® ist für den Zahnarzt ganz einfach zu bedienen und funktioniert so: Als Mandant von Prof. Dr. Bischoff & Partner gehen Sie in einen speziell für Sie reservierten und geschützten Bereich ins Internet. Hier finden Sie das Planungsinstrument Planrad®, bei dem die komplexen Erlös- und

Kostenstrukturen Ihrer (!) Praxis entsprechend des aktuellen Quartalsberichts hinterlegt sind.

Was passiert, wenn die Kosten sinken?

Sie drehen nun einfach die Kosten runter, z. B. weil sie Ihre Personalkosten reduzieren wollen. Jetzt sehen Sie mit einem Blick, um wie viel Ihre Praxiseinnahmen geringer sein dürfen, um unverändert wie bisher für Ihren Lebensunterhalt entnehmen zu können. Dazu ein Beispiel: Aus Ihrer Praxis scheidet eine ZFA aus, die Sie auch nicht mehr ersetzen wollen. Sie hat 1.800 € im Monat verdient. Planrad® zeigt Ihnen, dass Sie 40.114 € weniger an Praxiseinnahmen erwirtschaften können, ohne dass Sie Ihre Entnahmen für Ihren Lebensunterhalt reduzieren müssen.

Sie können natürlich auch andere Kosten mit dem Planrad® durchdrehen. Dieses spielerische Umgehen mit Ihren Zahlen macht nicht nur Spaß, sondern führt Ihnen Ihren Handlungsspielraum vor Augen, lässt Sie ein Stück Zukunft simulieren. Am Planrad® können Sie auch von einem zum anderen Behandlungsschwerpunkt drehen und die Auswirkungen auf Ihr Praxisergebnis ablesen.

Was passiert, wenn die Einnahmen steigen?

Planrad® funktioniert auch anders herum: Wie viel kann ich mehr entnehmen, wenn ich z. B. meinen prothetischen Umsatz um 20% erhöhe? In konkreten Zahlen ausgedrückt: Sie planen eine Erhöhung Ihrer Praxiseinnahmen aus Prothetik von 80.000 auf 100.000 €. Planrad® zeigt, dass Sie nun 750 € im Monat mehr entnehmen können.

So können Sie also private Notwendigkeiten, Ihre Praxisstruktur und Einnahmemöglichkeiten der Praxis aufeinander abstimmen. Spielerisch und ganz einfach. Mit Planrad®, das im Übrigen für Mandanten kostenlos ist, werden Sie bestimmt gerne am Rad drehen. ■

mectron

modern + zuverlässig + preiswert

NEU!



piezo smart

das Ultraschallgerät –
einfach innovativ,
einfach sicher

piezo smart – smarte Handhabung,
smarte Leistung!

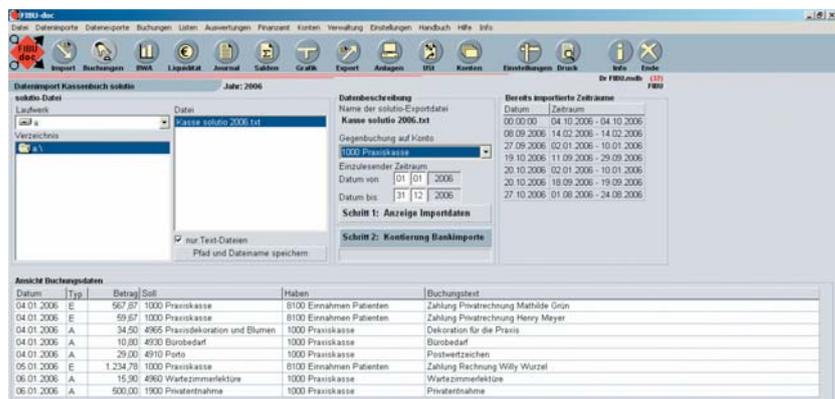
- neuartiges, tropf- und auslaufschonendes Flaschensystem
- senkrecht stehende Flasche mit 330 ml Fassungsvermögen
- integrierte, vollautomatische Reinigungsfunktion
- bewährte Ultraschalltechnik, über 20 Jahre Erfahrung
- denk Feedback-System und Automatische Protection Control (APC) deutlich bessere Leistungseinstellung
- Steuerung über foliengeschützte Drucktasten
- minimale Abmessungen
- 2 Jahre Garantie

smile. we like it!

mectron Deutschland
Vertrieb GmbH
Köthenring 17
32041 Oberraching
tel: +49 39 63 36 69 0
fax: +49 39 63 36 69 79
info@mectron.de



Buchungsmaske Online-Banking. (Beispieldaten der Firma Praxismangement GbR.)



Datenimport aus dem Kassensbuch von Charly. (Beispieldaten der Firma Praxismangement GbR.)

übermittelt. Eine erneute Eingabe der Kassendaten in der Finanzbuchhaltung der Frankfurter Gemeinschaftspraxis ist somit nicht mehr erforderlich.

Datenimport aus dem Online-Banking

Für Patientenzahlungen und alle weiteren relevanten Einnahmen und Ausgaben nutzt FIBU-doc die im Online-Banking der Zahnarztpraxis dokumentierten Daten: Diese werden mit wenigen Mausklicks in FIBU-doc übertragen und dort nach den individuellen Vorgaben der Praxis kontiert. Je nach Bedarf kann die Praxis dieses Verfahren für verschiedene Konten nutzen, deren Buchungen anschließend in das Buchhaltungsprogramm importiert werden. Über eine Schnittstelle zur Offene-Posten-Verwaltung extrahiert die Software alle erfolgten Patientenzahlungen und speichert diese in einer separaten Datei ab. Damit können die Daten unabhängig von einer Internet-Verbindung an jedem dafür vorgesehenen Rechner der Praxis genutzt und in Charly eingelesen werden: Die Software gleicht die erfolgten Patientenzahlungen automatisch mit den offenen Posten ab und verbucht die Zahlungen. „Vor dem Einsatz von FIBU-doc haben wir jede Patientenzahlung manuell verbucht, was im Vergleich zur Buchung per Software um ein Vielfaches zeitaufwendiger war“, berichtet Ute Monetha. Darüber hinaus hat die Verwaltungsspezialistin die Erfahrung gemacht, dass sich in der Praxis rund 80 Prozent der Buchungen monatlich wiederholen, sodass eine Automatisierung dieser Prozesse in jedem Fall sinnvoll ist. Neben der daraus entstehenden Zeit- und Kostenersparnis verzeichnet die Praxis Dres. Prashad & Schwarck seit der Nutzung des neuen Verfahrens auch keine Übertragungsfehler mehr beim Ausbuchen von Zahlungen.

Digitalverbindung zum Steuerberater

Eine weitere Arbeits- und Kostenersparnis leistet FIBU-doc über eine integrierte DATEV-Schnittstelle. Auf diesem Weg übermittelt die Praxis alle erforderlichen Daten regelmäßig an ihr Steuerbüro: wahlweise per E-Mail oder auf einem digitalen Datenträger. Das Steuerbüro muss keine Buchungen mehr manuell erfassen, sondern überprüft und koordiniert die Daten ohne Zusatzaufwand direkt für die Umsatzsteuer-Voranmeldungen und den Jahresab-

mit den Möglichkeiten des Programms vertraut machen konnten.“ Die Praxis stellte fest, dass das Anwendungsspektrum der Software sehr gut zur praxisinternen Handhabung ihrer Buchhaltungsprozesse passte. Da die Praxis zu diesem Zeitpunkt bereits eine handschriftliche Vorkontierung der Zahlungseingänge vornahm, war die vollständige Kontierung über FIBU-doc ein logischer nächster Schritt, um die Buchhaltung noch effizienter zu machen. Ein weiterer Pluspunkt: Die Buchhaltungssoftware lässt sich über eine Schnittstelle direkt mit der solutio-Software „Charly“ kombinieren.

Kassensbücher digital transferiert

Über die passend aufeinander abgestimmten Schnittstellenprofile von Charly und FIBU-doc konnte die Praxis Dres. Prashad & Schwarck die buchhaltungsrelevanten Funktionen ihrer Managementsoftware unmittelbar mit der Buchhaltungssoftware verknüpfen. Daten aus den Kassensbüchern der Praxis – angefangen bei der Prophylaxe über die Praxisgebühr bis hin zur Praxiskasse – werden so einerseits in Charly erfasst und mit der „Offene-Posten-Verwaltung“ der Software koordiniert als auch in digitaler Form schnell und korrekt an FIBU-doc

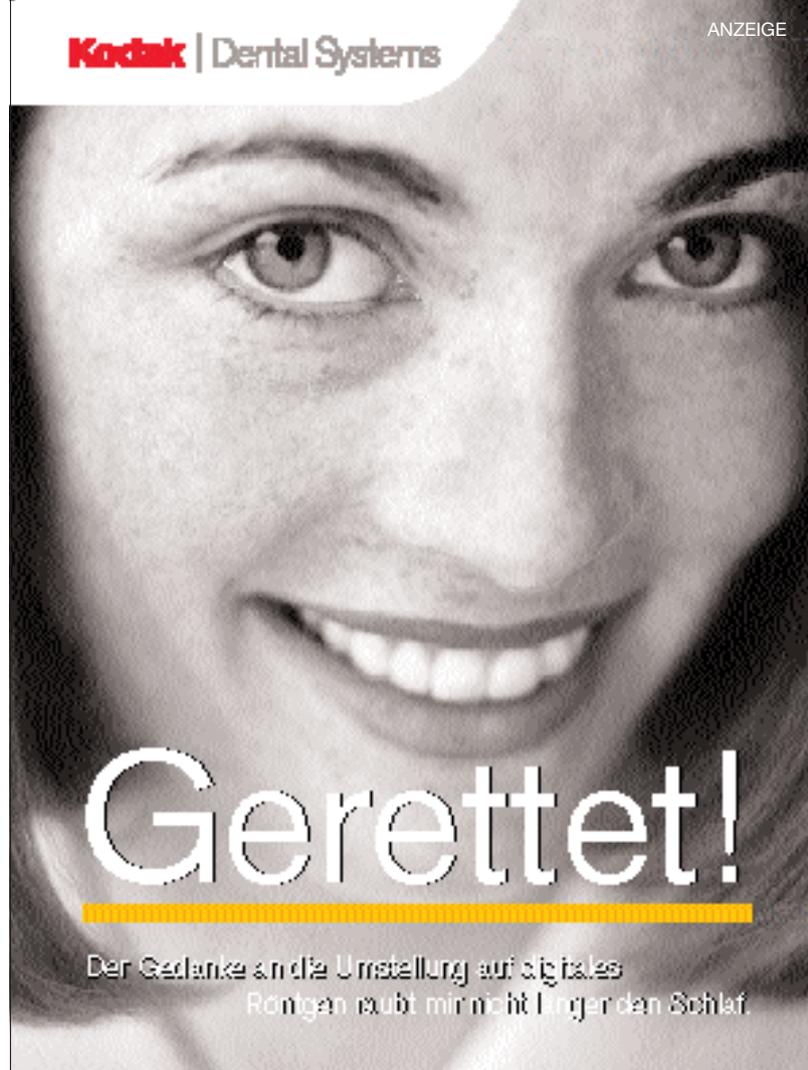
Gemeinschaftspraxis für Zahnheilkunde Dres. Prashad & Schwarck

Die zahnärztliche Gemeinschaftspraxis von Dr. Shiv Prashad und Dr. Markus Schwarck empfängt ihre Patienten in den großzügigen Räumen eines Gründerzeithauses im Westend von Frankfurt am Main. Neben einem umfassenden Prophylaxe-Programm bietet die nach neuesten technologischen Standards ausgestattete Praxis ihren Patienten ein hoch qualifiziertes Leistungsprofil in den Bereichen Endodontie, Parodontologie, Restaurative Zahnheilkunde und Implantologie.

schluss. Einzige Voraussetzung für alle Datentransfers mit FIBU-doc: Für eine korrekte Erfassung und Auswertung der Daten müssen die Kontenpläne im Kassenbuch von Charly, in FIBU-doc sowie in DATEV identisch sein. „Wir haben damals einen Beratungstermin bei der Firma Praxismangement genutzt, der uns in wenigen Stunden zur optimalen Einrichtung unserer Kontierung verholfen hat. Dabei gab es auch einige Neuerungen. Beispielsweise die Einführung mehrerer Konten für das Praxismaterial, was wir früher über ein Konto geregelt haben. So können wir Materialkosten besser überblicken und die Erkenntnisse nicht zuletzt für die Preisverhandlungen mit einzelnen Depots nutzen“, erklärt Ute Monetha. Einen weiteren Nutzen zieht die Praxis aus der Möglichkeit, für einzelne Buchungen Kommentare zu hinterlegen. Ist beispielsweise für eine Reparaturrechnung auf dem Kontoauszug nur eine Bearbeitungsnummer eingetragen, trägt die Praxis als Kommentar die Stichworte „Reparatur Winkelstück“ ein: Ein Detail, das sowohl für das interne Reparaturkonto als auch für den Steuerberater nützlich ist, wenn es um den Nachweis und die Plausibilität einzelner Posten geht.

Praxissituation auf einen Blick

FIBU-doc übernimmt die Daten für die Finanzbuchhaltung dort, wo es am effizientesten ist – aus den Kassenbüchern und dem Online-Banking. So entfallen viele Schritte der manuellen Eingabe und Kontrolle, die vor Einführung des Programms deutlich mehr Kosten durch erhöhten Personalaufwand verursacht haben. Zusätzliche Auswertungsmöglichkeiten der Buchhaltungssoftware bieten der Praxis bei Bedarf schnell einen Überblick über die aktuelle Praxissituation: Die integrierte betriebswirtschaftliche Auswertung listet die Betriebseinnahmen und Betriebsausgaben übersichtlich auf und ermittelt den steuerlichen Gewinn. Darüber hinaus nutzt die Praxisleitung die umfassenden betriebswirtschaftlichen Auswertungsmöglichkeiten, die das Controlling-Modul der Praxismangement-Software Charly bietet. Damit lassen sich beispielsweise auch Umsätze aus mehreren Geschäftsjahren miteinander vergleichen oder Umsätze pro Behandlungsart abfragen. „Inzwischen haben wir in der Gemeinschaftspraxis Dres. Prashad & Schwarck schon ein vollständiges Geschäftsjahr über die neue Buchhaltungssoftware abgewickelt und kommen mit der Kombination aus Charly und FIBU-doc sehr gut zurecht“, bilanziert Ute Monetha: „Wir kennen unsere Praxiszahlen, haben alle Buchhaltungsprozesse sicher im Griff und sparen dabei auch noch Personal- und Steuerberatungskosten.“ ■



Gerettet!

Der Gedanke an die Umstellung auf digitales Röntgen ruht mir nicht länger den Schlaf.

Hochwertige digitale Röntgenbilder im Sofortverfahren. Wir machen Ihnen die Umstellung Ihrer Praxis auf Digital leicht. Das neue Röntgensystem KODAK RVG 6100 liefert digitale Radiografien in der branchenweit höchsten echten Auflösung (>20 lph/mm). Darüber hinaus lässt sich unsere innovative Sensorgeneration problemlos und höchstpatientenfreundlich platzieren, inklusive einem Sensor in Größe 0. Und weil KODAK die gesamte Bandbreite radiografischer Lösungen anbietet, hat Sie in punkto digitaler Technik bei uns immer richtig.

KODAK Die neue Dimension in digitaler Technik

KOSTENLOSE DIGITALKAMERA Wenn Sie an einer Produktvorführung des RVG 6100 System teilnehmen, erhalten Sie eine kostenlose KODAK Digitalkamera. Senden Sie eine E-Mail an promotions_eurodentals@kodak.com oder rufen Sie uns unter 0800 086 77 32 an, um Einzelheiten zu erfragen.

Das Angebot gilt vom 8. September bis 31. Dezember 2006 und solange der Vorrat reicht.

Traditionelle Radiografie | Digital Radiografie | Service

Das NEUE digitale Röntgensystem KODAK RVG 6100



Praxisgründung

Behandlungsschwerpunkte richtig setzen

So ziemlich jeder junge Zahnmediziner kommt irgendwann auf den Gedanken, seinen Beruf als niedergelassener Arzt auszuüben – in seiner eigenen Praxis. Diese Überlegung führt automatisch zu wichtigen weiteren Fragen: Ob diese Praxis durch Neugründung oder Übernahme erworben werden soll, wie der Außenauftritt zu gestalten ist, und nicht zuletzt, wo der Behandlungsschwerpunkt liegen soll.

| **Christina Seimetz, Sonja Riehm**

Gerade im Hinblick auf den Behandlungsschwerpunkt sollten aktuelle Tendenzen beachtet werden. Dabei ist wichtig zu beachten: Es geht nicht darum, kurzfristigen Trends zu folgen, sondern auf nachhaltige Zukunftsentwicklungen zu setzen. Beispielsweise ist Parodontitis heutzutage eine „Volkskrankheit“, fast jeder ist im Laufe seines Lebens irgendwann mehr oder weniger stark betroffen. Nach statistischen Erhebungen gehen bei den über 40-Jährigen mehr Zähne durch Parodontitis verloren als durch Karies.

Praxisneugründung/Übernahme

Bei einer Neugründung mietet oder kauft der Zahnarzt Praxisräume an, stellt Personal ein und kauft oder least die Praxiseinrichtung usw. Folge hiervon ist, dass zunächst die Finanzierungsfragen geklärt werden sollten. Neugründungen beinhalten gegenüber einer Praxisübernahme größere Unsicherheiten. Bei Übernahme einer Praxis lassen sich durch Praxisanalysen verlässlichere Erkenntnisse zur Beurteilung der Chancen erlangen. Anstelle einer Neugründung einer Praxis kann eine Übernahme einer Praxis vom aufgebenden Kollegen in Betracht kommen. Der übernehmende Zahnarzt kann aufgrund der Unterlagen des Vorgängers sehr schnell und sicher die Höhe von Umsatz und Gewinn sowie die Kostenstruktur der Praxis feststellen. Berücksichtigt

werden muss, dass sich der Praxisinhaber den Patientenstamm – den ideellen Praxiswert – und die Übernahme des Inventars bezahlen lässt. Aufgrund von Beispielrechnungen lässt sich nachweisen, dass sich die Praxisübernahme günstiger als die Praxisgründung darstellt. Der übernehmende Zahnarzt hat die Chance, den vorhandenen Patientenstamm durch sein fachliches Können und seine Zuwendungsbereitschaft an sich zu binden. Es darf jedoch nicht übersehen werden, dass diesen Vorteilen und dem erheblich geringeren Risiko gewisse Nachteile gegenüberstehen. Der Praxisübernehmer muss letztlich das Inventar und die Mitarbeiter sowie laufende Verträge wie z.B. Miet- oder Leasingverträge übernehmen.

Gründung durch Kooperation

Eine Praxisgründung kann auch durch Kooperation erfolgen. Als Kooperationsform kommt meist entweder die Gemeinschaftspraxis oder die Praxisgemeinschaft in Betracht. Es ist zurzeit noch strittig, ob auch eine Teilnahme an einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) möglich ist. Seitens der Zahnärztekammern wird diese Möglichkeit des Zusammenschlusses von Humanmedizinern und Zahnärzten verneint, ein Zusammenschluss von „Fach-Zahnärzten“ (KFO und Oralchirurg) soll nach Ansicht vieler Rechtsexperten jedoch möglich sein. Hier sind jedoch noch viele



Christina Seimetz,
Steuerberaterin
ADCURA Steinfurt



Sonja Riehm,
Steuerberaterin
ADVISA WB Berlin

Einzelfragen zu klären. Es schlummern in den verschiedenen Formen zahnärztlicher Zusammenarbeit oftmals Risiken mit fatalen Auswirkungen für den betroffenen Zahnarzt bei deren Realisierung. Es müssen im Zivil-, Vertragsarzt- und Steuerrecht die verschiedensten Abgrenzungsfragen geklärt werden.

Im Gegensatz zur Gemeinschaftspraxis üben in einer Praxisgemeinschaft die beteiligten Ärzte nicht gemeinsam die zahnärztliche Praxis aus. Vielmehr wollen sie aus wirtschaftlichen Gründen zur Kostenersparnis für ihre getrennten Praxen eine gemeinsame Organisation. Nach Außen hin treten die Zahnärzte nicht einheitlich auf. Jeder der Beteiligten wird für seine Patienten tätig und rechnet die erbrachten Leistungen eigenständig ab. Bei der Gemeinschaftspraxis, die meist in der Rechtsform der Gesellschaft bürgerlichen Rechtes betrieben wird, muss auf die Form der tatsächlichen Zusammenarbeit geachtet werden. Die partnerschaftlich zusammenarbeitenden Zahnärzte müs-

Könnens und der therapeutischen Fähigkeiten durch Erweiterung des Leistungsangebotes zu fördern, ein weiterer Vorteil sind die erheblichen Chancen durch eine Effizienzsteigerung. Die Praxisressourcen werden sinnvoller genutzt und das Personal ist flexibler einsetzbar. Eine Ausdehnung im privatärztlichen Bereich ist besser zu realisieren.

Vertragszahnarztrecht

Mit Verabschiedung des Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechtes und anderer Gesetze am 27. Oktober 2006 durch den Bundestag sind die Weichen für das Inkrafttreten zum 1. Januar 2007 gestellt. Abzuwarten ist noch die Zustimmung des Bundesrates, mit welcher jedoch mit großer Wahrscheinlichkeit zu rechnen ist. Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) wird das Berufs- und Vertragszahnarztrecht wieder weitestgehend synchronisiert. Nach dem in den meisten Kammerbezirken in Kraft getretenen neuen Berufsrecht (MBO)

„Es schlummern in den verschiedenen Formen zahnärztlicher Zusammenarbeit oftmals Risiken mit fatalen Auswirkungen für den betroffenen Zahnarzt bei deren Realisierung.“

kontakt:

ADCURA

Steuerberatungsgesellschaft mbH
Harkortstraße 15
48565 Steinfurt
Tel.: 0 25 52/97 82 02
Fax: 0 25 52/6 16 74
E-Mail: adcura-steinfurt@etl.de
www.etl.de/adcura-steinfurt/

ADVISA

Wirtschaftsberatung GmbH
Steuerberatungsgesellschaft
Mauerstraße 86-88
10117 Berlin
Tel.: 0 30/22 64 12-13
Fax: 0 30/22 64 12-14
E-Mail: sonja.riehm@etl.de
Partner der ADVISION –
Der Spezialist für Zahnärzte
Hotline 01803/06 66 60
(9 Cent/Minute)

sen bei ihrer gemeinsam zu erbringenden Leistung jeweils zur Übernahme des Unternehmensrisikos bereit sein. Die Beteiligung am Gewinn bzw. Verlust sowie die Teilhabe am Eigentum des Praxiswertes bzw. der Einrichtung müssen geregelt sein. Die Gemeinschaftspraxis bedarf der Zulassung durch den örtlichen Zulassungsausschuss. Die gemeinschaftliche Tätigkeit wird steuerlich vom Finanzamt mit einer ebenfalls gemeinschaftlichen Gewinnermittlung und der anteiligen Zuordnung des Gewinnanteils bei den jeweiligen Gesellschaftern nachvollzogen. Durch die Entwicklungen des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung sind die gesetzlichen Weichen für die interdisziplinären Zusammenschlüsse im Gesundheitswesen gestellt. Die Stärken der in einer der Kooperationsformen stattfindenden gemeinsamen Berufsausübung liegen aber auch ganz erheblich in der Herausarbeitung von Behandlungsschwerpunkten. Hier bestehen weite Möglichkeiten für den einzelnen Zahnarzt, seine persönlichen Stärken seines heilberuflichen

ist bereits die Möglichkeit der zahnärztlichen Tätigkeit an mehreren Standorten gegeben. Möglich war hier jedoch nur die Auslagerung von Praxisräumen für besondere Behandlungszwecke. Das Stattfinden von Sprechstunden und die Erstuntersuchung des Patienten mussten jedoch in der „Hauptpraxis“ erfolgen. Nach dem neuen § 24 der Zulassungsverordnung für Zahnärzte sind vertragszahnärztliche Leistungen außerhalb des Vertragszahnarztsitzes an – grundsätzlich beliebig vielen – weiteren Orten zulässig, wenn und soweit dies die Versorgung der Versicherten an einem weiteren Ort verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes nicht beeinträchtigt. Auch die Tätigkeit an weiteren Orten außerhalb des Bezirkes einer KZV ist zulässig, sofern die vorgenannten Voraussetzungen gegeben sind. Die Versorgung der Versicherten an den weiteren Standorten kann auch durch angestellte Zahnärzte sichergestellt werden. Die KZBV hat jedoch gegenüber der geplanten Gesetzesänderung noch einige Vorbehalte.

Selbst wenn das Gesetz zum 1. Januar 2007 in Kraft tritt, wird es sicherlich noch einige Zeit dauern, bis alle notwendigen Anpassungen vorgenommen sind. Es kann also erstmals wirtschaftlich sinnvoll mit angestellten Zahnärzten, für die eine eigene Zulassung und ein Budget zur Verfügung stehen, gearbeitet werden. Nicht zuletzt bietet die Möglichkeit der Anstellung eines Kollegen die Möglichkeit, ohne unternehmerisches Risiko ambulant und zu wirtschaftlich sinnvollen Rahmenbedingungen zu arbeiten. Wenn sich der Inhaber verstärkt auf IGeL und andere privat zu zahlende Leistungen konzentrieren kann, oder der Zahnarzt verstärkt hochwertige Prothetik anbietet, während der Angestellte einen wesentlichen Teil der laufenden Praxis erledigt, kann die Honorarsumme nicht unerheblich gesteigert werden. Künftig ist auch die gemeinschaftliche zahnärztliche Tätigkeit zwischen allen zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern möglich. Damit sind nicht nur Zusammenschlüsse zwischen Zahnärzten, sondern beispielsweise zwischen Zahnärzten und (zahnärztlichen) Medizinischen Versorgungszentren möglich. Der Zahnarzt kann aus seiner Einzelzahnarztpraxis eine Tagesklinik (Kompetenz-Zentrum) machen, wenn er sich in mehrere Berufsausübungs-Gemeinschaften beibringt und diese in seiner Praxis tätig werden. Das Dienstleistungsspektrum, für das nach außen hin geworben werden kann, vergrößert sich drastisch, ohne dass der Zahnarzt viel in Fortbildungen investieren oder an den Räumlichkeiten viel verändern müsste. Gleichzeitig vergrößert sich der Patientenpool für seine spezialisierte Dienstleistung, weil Geschäftsgrundlage der Teilgemeinschaftspraxen jeweils ist, dass die Patienten des anderen Partners auch auf die Angebote des einen Partners angesprochen werden.

Erfolgreiche Praxisführung

Es gibt verschiedene Faktoren, die eine erfolgreiche Praxisführung unterstützen. Im Vordergrund steht

die Patientenzufriedenheit: Die Umsetzung dieses Gedanken führt zur sogenannten „Service-Praxis“. Schließlich reicht es heute keinesfalls mehr aus, „nur“ eine hochwertige Arbeit zu leisten. „Der Kunde ist König“ darf nicht nur ein Spruch sein, sondern die Patientenorientierung ist ein unabdingbarer Erfolgsfaktor. Eine echte „Wohlfühl-Praxis“ ist die Voraussetzung dafür, dass Patienten immer wieder kommen. Darüber hinaus sollte die Praxis versuchen, in positiver Weise Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Das Motto „Tue Gutes und rede darüber“ sorgt dafür, den Bekanntheitsgrad zu steigern, sich positiv von Wettbewerbern zu unterscheiden, und dadurch neue Patienten zu gewinnen. Hierunter fallen u. a. die Außendarstellung der Praxis, die Praxis-Homepage sowie auch ein zielgruppenorientiertes Behandlungsspektrum. Anzeigen, Praxisflyer, das Bewerben der Homepage sollten heute selbstverständlich sein. Die Spezialisierung der Praxis sollte keinesfalls unterschätzt werden. Denn ein Zahnarzt, der sich auf ein bestimmtes Kompetenzfeld spezialisiert, steigert seine Erfolgchancen überdurchschnittlich. Eine Spezialisierung macht die eigene Praxis zum (überregionalen) Anziehungspunkt und bewirkt ein echtes Alleinstellungsmerkmal gegenüber Wettbewerbern.

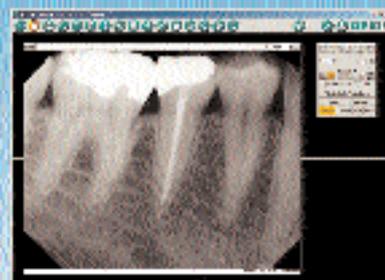
Fazit

Diese Erläuterung der Gründungs- oder Übernahmesituation kann nur einen groben Überblick bieten. Sie sollten sich jedoch darüber bewusst sein, dass an dieser Stelle nur vergleichsweise wenige Einzelheiten angesprochen werden konnten, die es zu bedenken gilt. Ein Gespräch mit dem Steuerberater bietet sich daher nicht nur an, ist „nicht nur lohnend“, sondern zwingend erforderlich, um nicht bereits schon bei den ersten Schritten in teure Stolperfallen zu tappen. Wir stehen Ihnen als Berater Ihres Vertrauens zur Verfügung, damit Sie Ihre Neugründung oder Übernahme mit kompetentem Rat und größter Planungssicherheit angehen können. ■



Das Systemhaus für die Medizin

Digitale Bildbearbeitung für die Zahnarztpraxis!



Digitales Röntgensystem DEXIS®
Qualität die Sie sehen!

- Erster Perfect Size-Sensor im Clip Corner Design – runde und abgeschrägte Ecken
- Gute Platzierbarkeit – haptisch angenehmer
- DEXIS® Chip-Technologie und eine besonders große aktive Bildfläche
- Komplette Zahnabnahmen auch im Querformat – ein Sensor für alles
- Erste PCMCIA-Röntgenkarte – einfacher Einsatz mit Notebook – schnell und mobil
- Beispielhafte Bildqualität



*Damit
nur Ihr
Lächeln
strahlt.*

www.ic-med.de

Ja, das interessiert mich!

Bitte rufen Sie mich an.

Meine Tel.-Nr.: _____ / _____

Einfach per Fax an: 0345 - 29 84 19 - 60

Telefon: 0345 - 29 84 19 - 0

oder e-mail: dexis@ic-med.de



Lichtblicke für Kanalarbeiter

Obwohl die KONS-Richtlinie 9 bereits 2004 geändert wurde, rechnen viele Praxen nach wie vor Wurzelbehandlungen generell über die Kasse ab und riskieren hohe Rückzahlungen bei Regressen.



→ **Gabi Schäfer**

Als Seminarleiterin schulte sie während der letzten 15 Jahre in mehr als 2.000 Seminaren 56.000 Teilnehmer in allen Bereichen der zahnärztlichen und zahntechnischen Abrechnung. Ihre praxisnahe Kompetenz erhält sie sich durch bislang mehr als 680 Vor-Ort-Termine in Zahnarztpraxen, wo sie Dokumentations- und Abrechnungsdefizite aufdeckt und beseitigt und Zahnärzten in Wirtschaftlichkeitsprüfungen beisteht.

Es ist in der Tat dem Patienten schwer zu vermitteln, dass er eine Wurzelbehandlung des unteren Sechсers selber zahlen soll, wenn ihm von seiner Kasse gesagt wird, dass Wurzelbehandlungen doch Kassenleistung seien. Meist wird ihm verbal hinter vorgehaltener Hand auch noch suggeriert, dass „sein“ Zahnarzt nur „abzocken“ will und es doch Kollegen gibt, die es „auf Kasse“ machen. Dabei ist die KONS-Richtlinie 9 eindeutig: Die Wurzelbehandlung eines Molaren ist nur dann Kassenleistung, wenn damit

- eine geschlossene Zahnreihe erhalten wird,
- eine einseitige Freundsituation vermieden wird,
- funktionstüchtiger Zahnersatz erhalten wird.

Das Problem mit dieser Formulierung ist, dass niemand sie richtig versteht. Das fängt schon mit der Logik an: Reicht es, wenn eine der Bedingungen zutrifft oder müssen alle zutreffen? Die Verwirrung klärt sich, wenn man zwischen die drei Aussagen ein „oder“ einfügt: sobald EINE der Bedingungen zutrifft, ist es Kassenleistung. Umgekehrt ist eine Wurzelbehandlung Privatleistung, wenn ALLE drei Bedingungen NICHT zutreffen. Schauen wir uns hierzu ein Beispiel an:

18	17	16	15	14	13
48	47	46	45	44	43
f	WBH	f			

Hier ist die Wurzelbehandlung Vertragsleistung, weil bei bezahlten 31–38 eine einseitige Freundsituation vermieden wird, also die zweite Bedingung aus der KONS-Richtlinie 9 zutrifft. Im nächsten Beispiel ist die Wurzelbehandlung KEINE Vertragsleistung:

48	47	46	45	44	43
f		WBH		f	
			K	BV	KV
<input checked="" type="checkbox"/> therapie UK: fests./kombi-ZE					

Warum? Es wird kein funktionstüchtiger Zahnersatz erhalten und es wird nicht die Entstehung einer einseitigen Freundsituation vermieden und es wird auch nicht eine geschlossene Zahnreihe erhalten. Diesen letzten Punkt müs-

sen wir noch ein wenig beleuchten, denn es ist zunächst nicht unmittelbar klar, was mit der geschlossenen Zahnreihe konkret gemeint ist. Eine geschlossene Zahnreihe ist dann gegeben, wenn mesial des zu behandelnden Zahnes alle Zähne vorhanden sind oder mit festsitzendem Zahnersatz versorgt sind. In Kommentierungen findet man auch die Auffassung, dass KEINE Unterbrechung der geschlossenen Zahnreihe vorliegt, wenn mesial vorhandene Lücken keine Auswirkungen auf möglicherweise noch anzufertigenden Zahnersatz für den betreffenden Molaren haben – also weit genug von diesem entfernt sind. Die im Beispiel 2 bereits eingetragene Regelversorgung zeigt, dass der fehlende Zahn 44 Auswirkungen auf möglicherweise anzufertigenden Zahnersatz bei 46 hat. Wäre die Lücke statt bei 44 bei 42, hätte diese Lücke keine Auswirkung und die Wurzelbehandlung wäre demnach Kassenleistung.

Hat man mit dem Patienten im Stuhl nun diese Denksportaufgaben bewältigt, müssen entsprechende Papiere erstellt werden: über das BMV-Z/EKVZ-Formular werden die Privatleistungen vereinbart, wie zum Beispiel die elektrometrische Längenmessung bei einer Vertragsbehand-

lung oder die gesamte Wurzelbehandlung, so sie denn nach der Richtlinie keine Vertragsleistung ist. Dabei sollte der Behandler auch den geschätzten Zeitaufwand im Auge behalten und die Faktoren so steigern, dass dem Praxisstundensatz Rechnung getragen wird. Gegebenenfalls muss

für einzelne Leistungen der Gebührenrahmen der GOZ gesprengt werden, was eine zusätzliche Vereinbarung nach § 2 (1/2) GOZ erfordert. Und schlussendlich sollte man den Patienten detailliert – auch über die Richtlinie 9 – aufklären und diese Aufklärung in einem weiteren Schriftstück dokumentieren. Wer hier nun ver-

zweifelt und sich fragt, wie und wann er im Tagesgeschehen diese Verwaltungsaufgaben alle bewältigen soll, der kann sich die Synadoc-CD besorgen. Diese Abrechnungshilfe ermittelt nach Eingabe des Gesamtbefundes nicht nur, ob die geplante Wurzelbehandlung

Privat- oder Vertragsleistung ist, sondern schlägt die notwendigen Abrechnungspositionen vor, rechnet alles aus, ermittelt automatisch Faktoren aus einem Endbetrag und erstellt in Sekunden alle notwendigen Formulare.

kontakt:

Tel./Fax: 07 00/17 25 10 16 18
E-Mail: gabi@gabischaefer.com

tipp:

Eine zeitlich begrenzte Vollversion dieser Abrechnungshilfe können Praxen zum Ausprobieren kostenlos unter der Nummer 07 00/67 33 43 33 bestellen.

der ADVISION Steuertipp

Der Spezialist für Zahnärzte

Neue Regeln für das Arbeitszimmer – jetzt noch gestalten!

Bereits bisher sind die steuerlichen Vorschriften zum Abzug der Kosten für ein häusliches Arbeitszimmer ein nahezu undurchdringliches Labyrinth. Der Gesetzgeber ist jedoch tätig geworden und verändert die Regeln zum 01. Januar 2007 erneut. Danach können die Aufwendungen für ein häusliches Arbeitszimmer immer nur noch geltend gemacht werden, wenn in diesem Zimmer die gesamte betriebliche oder berufliche Tätigkeit ausgeübt wird. Die bislang bestehende Möglichkeit des beschränkten Abzuges bis 1.250 EUR für den Fall, dass beispielsweise für die Arbeit kein anderer Arbeitsplatz zur Verfügung steht, entfällt komplett. Berücksichtigt werden damit nur noch reine Heimarbeiter wie beispielsweise freiberufliche Journalisten oder Heimbuchhalter. Der Arzt jedoch, der in seinem Arbeitszimmer seine Rechnungen schreibt, kann nichts mehr abziehen, da er sich ja überwiegend in seiner Praxis aufhält. Bis zum Jahresende besteht jedoch noch die Möglichkeit, auf die Gesetzesänderung zu reagieren, um weiter von der Abzugsfähigkeit der Kosten zu profitieren. Zunächst beschränkt sich das Abzugsverbot nur auf „häusliche“ Arbeitszimmer. Befindet sich das Zimmer nicht in der eigenen Wohnung oder im eigenen Haus, geht die Regelung also ins Leere. Die Gerichte haben so beispielsweise den vollen Abzug bereits anerkannt, wenn sich das

Arbeitszimmer im Dachgeschoss eines Mehrfamilienhauses befand und dieser Raum nicht zur Privatwohnung des Arztes gehörte. Auch ein separat angemieteter Kellerraum in einem Mehrfamilienhaus, der nicht als Zubehörraum zur Privatwohnung gehörte, wurde bereits durchgewunken. Der Bundesfinanzhof hat im Gegenzug sogar eine zusätzlich angemietete Wohnung in einem Mehrfamilienhaus, die an die Privatwohnung unmittelbar angrenzte, als häuslich erachtet und den Werbungskostenabzug versagt. Wegen der Vielzahl der zu dieser Abgrenzung bereits ergangenen Rechtsprechung muss also in jedem Einzelfall genau hingeschaut werden, ob eine „Häuslichkeit“ vorliegt oder eben nicht. Eine weitere Gestaltung besteht darin, anstelle einer Gehaltserhöhung das häusliche Arbeitszimmer an seinen Arbeitgeber zu vermieten. So wird das Zimmer nicht mehr als häusliches Arbeitszimmer im Rahmen der Lohneinkünfte, sondern zur Erzielung von Mieteinnahmen genutzt. Hierfür gilt das Abzugsverbot nicht, so dass alle Kosten abgesetzt werden können. Allerdings hat die Finanzverwaltung diesen Steuertrick bereits erkannt und eine Reihe von Hürden für die Anerkennung des Mietverhältnisses aufgebaut. Deswegen sollten die tatsächlichen Verhältnisse im Vorfeld sehr genau geprüft werden, um hier nicht in eine Steuerfalle zu laufen.

Kürzung der Entfernungspauschale zum 01. Januar 2007

Die steuerliche Behandlung der Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte ist seit einigen Jahren immer wieder Gegenstand von Gesetzesänderungen. Wurde zunächst nur die jeweilige Höhe der absetzbaren Kosten eingeschränkt und dann mal wieder erweitert, gibt es ab dem 01. Januar 2007 wieder eine neue Regelung. Ab dem kommenden Jahr gelten die Fahrten zwischen Wohnung und Arbeit nicht mehr als durch das Arbeitsverhältnis veranlasst. Die Kosten sind damit nicht mehr als Werbungskosten abzugsfähig. Die Entfernungspauschale fällt weg. Nur für die vielen Fernpendler ist eine Entlastung vorgesehen. Ab dem 21. Entfernungskilometer können sie weiterhin die Entfernungspauschale von 0,30 EUR pro Kilometer geltend machen. Als weitere Härtefallregelung bleiben die bisherigen Grundsätze zu den Familienheimfahrten bei der sogenannten doppelten Haushaltsführung inhaltlich unverändert. Diese können weiterhin wöchentlich ab dem ersten Entfernungskilometer mit 0,30 EUR als Werbungskosten berücksichtigt werden. Die Änderung bei der Entfernungspauschale kann sich für viele Arbeitnehmer bereits bei der Lohnabrechnung für Januar 2007 auswirken: a) wenn der Arbeitgeber zu den Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte einen Zuschuss bezahlt oder b) bei privater Nutzung eines Dienstfahrzeuges für die Fahrt zur Arbeit. Bis einschließlich 2006 konnten diese Leistungen vom Arbeitgeber bis zur Höhe der Entfernungspauschale mit 15% pauschal besteuert werden. Diese Pauschalierung reduziert sich zukünftig jedoch erheblich bzw. kann bei einer Entfernung von bis zu 20 Kilometern gar nicht mehr in Anspruch genommen werden. Damit werden bei Arbeitnehmern individuelle Lohnsteuer- und Sozialversicherungsbeiträge abgezogen, während Arbeitgeber anstelle der pauschalen Lohnsteuer nun den Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung zu entrichten haben. Es wird also für beide Seiten teurer.

Beispiel: Eine ZMF fährt an 230 Tagen im Jahr eine Strecke von 30 km zur Arbeit. Sie erhält hierfür einen Zuschuss von ihrem Arbeitgeber von 30 km x 0,30 EUR x 230 Tage = 2.070,00 EUR im Kalenderjahr.

Lösung bisher: Der Zahnarzt zahlte auf den Zuschuss von 2.070,00 EUR lediglich 15%, also insgesamt 310,50 EUR pauschale Lohnsteuer. Die Angestellte konnte den Zuschuss ohne Abzug steuerfrei vereinnahmen.

Lösung zukünftig: Die Pauschalierung ist nur noch ab dem 21. Kilometer, also für die restlichen 10 km möglich.

gezahlter Zuschuss	2.070,00 EUR	
davon pauschalierungsfähig		
10 km x 0,30 EUR x 230 Tage	<u>690,00 EUR</u>	
darauf 15 % Lohnsteuer		103,50 EUR
verbleibender Betrag	1.380,00 EUR	
darauf ca. 20 % Arbeitgeberanteil		276,00 EUR

Die Nebenkosten auf den Zuschuss betragen damit 379,50 EUR, also 69,00 EUR mehr als bisher. Bei der ZMF fallen zusätzlich noch einmal ca. 20% Arbeitnehmeranteil zur Sozialversicherung, also 276,00 EUR, sowie individuelle Lohnsteuer an. Sie erhält von seinem Zuschuss von 2.070,00 EUR damit auch deutlich weniger ausbezahlt. Von der Gesetzesänderung unberührt bleiben die Empfänger eines Jobtickets. Beim Jobticket erhält der Angestellte von seinem Chef einen Fahrausweis, mit dem er beispielsweise für einen Monat sämtliche Verkehrsmittel eines Bereichs kostenlos nutzen darf. Der Arbeitgeber rechnet hierüber direkt mit dem Verkehrsunternehmen ab. Beträgt der monatliche Nutzungsvorteil aus diesem Jobticket nicht mehr als 44 EUR, fällt dies unter die Nichtaufgriffsgrenze für Sachbezüge und es fallen keinerlei Steuern und Sozialbeiträge an. Voraussetzung ist allerdings, dass keine weiteren Sachbezüge wie z. B. Tankgutscheine oder kostenfreie Mahlzeiten in der Betriebskantine gewährt werden. Tipp: Durch eine Zuzahlung des Arbeitnehmers zum Jobticket lässt sich der Nutzungsvorteil auch bei höheren Preisen für Monatstickets unter die 44 EUR-Marke drücken. Dies ist manchmal billiger, als die Lohnsteuer und Sozialbeiträge abgezogen zu bekommen.

STEUERTERMINI IM JANUAR

Fälligkeit: Mittwoch, 10.01.

Ende der Schonfrist bei Zahlung durch Überweisung

- Lohnsteuer, Kirchensteuer, Solidaritätszuschlag 13.01
- Umsatzsteuer für Monats- und Vierteljahreszahler* 13.01

Anmerkung: Verschiebt sich der Fälligkeitstag eines Steuertermins durch Samstag, Sonntag oder Feiertag, so ist dies berücksichtigt.

* Dauerfristverlängerung von einem Monat ist auf Antrag möglich.

Dentalhygiene Journal:

Alles zur Prophylaxe & Parodontologie

Der Trend zur Spezialisierung in der Zahnheilkunde ist aus technologischen und gesundheitspolitischen Gründen nicht mehr aufzuhalten und maßgeblich für die strategische Entwicklung des niedergelassenen Zahnarztes und Praktikers. Mit der Journal-Familie bietet die Oemus Media AG dem Praktiker das umfangreichste, differenzierteste Medien- und Fortbildungsangebot für alle Spezialisierungsbereiche der Zahnmedizin.

Das Dentalhygiene Journal richtet sich gleichermaßen an präventionsorientierte und parodontologisch tätige Zahnärzte sowie Dentalhygienikerinnen und Praxisteams im deutschsprachigen Raum. Die Zeitschrift hat

sich als auflagenstärkstes Fachmedium für Praktiker mit Prophylaxe- und Parodontologeschwerpunkt im 9. Jahrgang bereits bei ca. 5.000 regelmäßigen Lesern etabliert. Als erstes Medium und quartalsweise erscheinendes Forum fördert das Dentalhygiene Journal im Rahmen der zunehmenden Präventionsorientierung in der Zahnheilkunde die Entwicklung des Berufsstandes der Dentalhygienikerin in Deutschland. Der spezialisierte Leser erhält durch anwenderorientierte Fallberichte, Studien, Marktübersichten und komprimierte Produktinformationen ein regelmäßiges medizinisches Update aus der Welt der Parodontologie und der Perioprophyllaxe.



Weitere Infos: Oemus Media AG, Andreas Grasse
Tel.: 03 41/4 84 74-2 01, E-Mail: grasse@oemus-media.de

DGKZ:

Neue Satzung und neuer Präsident



Dr. Martin Jörgens, neuer Präsident der DGKZ.

Am 02. Dezember 2006 fand in Leipzig die außerordentliche Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin statt. Zum neuen Präsidenten der DGKZ wurde mit 88,7 % der Stimmen der Düsseldorfer Zahnarzt Dr. Martin Jörgens gewählt. Die Mitgliederversammlung wählte zudem den Markkleeberger Rechtsanwalt Jörg Warschat zum Generalsekretär sowie die Kollegen Prof. Andrej M. Kielbassa, Dr. Jürgen Wahlmann und Dr. Jens Voss in das neu geschaffene Board of Directors. Anlass der Mitgliederversammlung war der Antrag einer Gruppe von engagierten Mitgliedern der DGKZ, die Satzung in bestimmten Passagen zu novellieren bzw. zu ergänzen. Der bisherige Vorstand der DGKZ begrüßte mehrheitlich diese Initiative in dem Bewusstsein, dass damit wichtige Impulse für eine erfolgreiche Fort- und Weiterentwicklung der Gesellschaft gesetzt werden. Insbesondere durch das nun neu geschaffene Gremium des Board of Directors (BoD) wurde die demokratische Entscheidungsstruktur der Gesellschaft erweitert sowie die fachliche Arbeit der Gesellschaft auf eine breitere Basis gestellt. Darüber hinaus besteht in der durch die Satzungsänderung möglich gewordenen Kooperation mit der weltweit führenden Fachgesellschaft auf der Gebiet der kosmetischen Zahnheilkunde – der AACD – ein zusätzlicher Gewinn für die DGKZ. Ein umfassender Bericht der Mitgliederversammlung sowie die Vorstellung der neu gewählten Gremien erfolgt in der Ausgabe 1/2007 der Verbandszeitschrift Cosmetic Dentistry und in Kürze auf der Homepage. Die nächste Mitgliederversammlung der DGKZ findet im Rahmen der DGKZ-Jahrestagung am 07. Mai 2007 in München statt.

Deutsche Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e. V.
Tel: 03 41/4 84 74-2 02, www.dgkz.com

PN Parodontologie Nachrichten:

Vom Spezialisten für den Spezialisten

Die PN Parodontologie Nachrichten ist das Nachrichtenformat für Parodontologen und Implantologen. Im Vordergrund der aktuellen Berichterstattung steht die permanente fachliche parodontologische Fortbildung auf hohem internationalen Niveau. Parodontologen aus aller Welt schreiben für ihre Kollegen. In leicht lesbarer Nachrichtenform wird dem Praktiker ein schneller Überblick über den aktuellen wissenschaftlichen Fortschritt der jeweiligen Fachrichtung vermittelt und in die gesundheitspolitischen Marktverhältnisse eingeordnet. Mit dem Prinzip „vom Spezialisten für den Spezialisten“ bereichern die PN Parodontologie Nachrichten die wissenschaftliche Fachberichterstattung und tragen so zur Erfolgssicherung der gesamten Branche maßgeblich bei.



Tipp: Der Webauftritt www.pn-aktuell.de ist die aktuelle Ergänzung der PN Parodontologie Nachrichten. Täglich werden von der Nachrichtenredaktion aktuelle Meldungen aus allen Bereichen des Gesundheitsmarktes, der Parodontologie und Implantologie aufbereitet. Das Informationsangebot wird mit einem Archiv, einer Suchmaschine, Chatforen sowie einem Stellen- und Kleinanzeigenmarkt abgerundet. In der Medialounge können Werbetreibende individuelle Angebote anfragen oder Studien und Marktinformationen kostenfrei abrufen.

Weitere Infos: Oemus Media AG, Andreas Grasse
Tel.: 03 41/4 84 74-2 01, E-Mail: grasse@oemus-media.de



Mundgesundheit in Deutschland immer besser

Um herauszufinden, wie gesund die Zähne der Deutschen sind, wie häufig sich Karies und Parodontalerkrankungen in der Bevölkerung finden und welche sozialen Faktoren die Mundgesundheit beeinflussen, hat das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) im Jahr 2005 über 4.500 Personen in einer repräsentativen Erhebung befragt und zahnmedizinisch untersucht. Lesen Sie im folgenden Artikel die Ergebnisse.

| Redaktion

Die Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV) ist eine repräsentative Querschnittsuntersuchung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Bundeszahnärztekammer, für die das IDZ deutsche Staatsangehörige aus allen sozialen Schichten und Altersgruppen zahnmedizinisch untersucht hat. Als Wiederholungsuntersuchung zur Dritten Deutschen Mundgesundheitsstudie zeigt sie die Entwicklung der Mundgesundheit seit 1997 auf.

Karies auf dem Rückzug

Aufgrund einer intensiven Prophylaxe und guten zahnärztlichen Versorgung ist die Karies in Deutschland weiter rückläufig. Heute haben 12-Jährige im Schnitt nur 0,7 kariöse, gefüllte oder wegen Karies fehlende Zähne. Im Jahr 1997 lag der Wert noch bei 1,7. Damit hat sich Deutschland bei der Mundgesundheit von Kindern eine internationale Spitzenposition erobert. Doch nicht nur bei Kindern und Jugendlichen hat sich die Zahngesundheit weiter verbessert, auch die Karieslast (MT-Komponente) der Erwachsenen und Senioren ist erstmals deutlich gesunken. Sowohl der Kariessanierungsgrad

als auch das prothetische Versorgungsniveau der Erwachsenen und Senioren ist auf einem hohen Stand. Die Zahnverluste sind ebenfalls rückläufig – im Durchschnitt haben Erwachsene und Senioren heute drei bis vier Zähne mehr als bei vergleichbaren Untersuchungen zur Dritten Deutschen Mundgesundheitsstudie.

Parodontitis auf dem Vormarsch

Die Kehrseite der Medaille bzw. der erfolgreichen Kariesbekämpfung: Parodontalerkrankungen treten immer häufiger auf. Die chronisch-entzündlichen Erkrankungen von Zahnfleisch und Kieferknochen können zum Zahnverlust führen und sind im fortgeschrittenen Stadium dringend behandlungsbedürftig. Geht man bei den epidemiologischen Ergebnissen der DMS IV von ca. 30 Prozent aller Erwachsenen mit fortgeschrittener Parodontitis aus, sind das bei ca. 50 Millionen ca. 15 Millionen betroffene Patienten!

Dazu der Vorstandsvorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Jürgen Fedderwitz: „Etwa 20 Prozent der Erwachsenen und 40 Prozent der Senioren lei-

tipp:

Eine Kurzfassung der Studie steht zum Download unter www.kzbv.de oder www.bzaek.de zur Verfügung.

den in Deutschland unter einer schweren Parodontitis. Das ist, so paradox das klingt, auch eine direkte Konsequenz unserer Erfolge in der Kariesbekämpfung. Da die Menschen heute ihre Zähne länger behalten, steigt ihr Parodontitisrisiko. Das führt schnell zu einer Unterversorgung, die wir angehen müssen. Das ist die Front, an der die zahnmedizinischen Schlachten der nächsten zwanzig Jahre geschlagen werden.“

Auch in anderen Bereichen sehen die Zahnärztereorganisationen noch Handlungsbedarf, wie der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, bestätigt: „Aus der demografischen Entwicklung ergeben sich weitere Herausforderungen im Zusammenhang mit der medizinischen Bedeutung der Zahnmedizin und der Wechselwirkung von Erkrankungen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich mit dem Gesamtorganismus. Wir brauchen angesichts der älter werdenden Gesellschaft eine weitere Betonung der Alterszahnheilkunde. Außerdem haben wir gerade in der Kariesbekämpfung noch eine Schiefelage. Zehn Prozent der Kinder, zumeist aus sozial schwachen Familien, haben 60 Prozent aller Kariesfälle. Neben der gesundheitspolitischen stellt sich hier auch eine sozial- und bildungspolitische Aufgabe.“

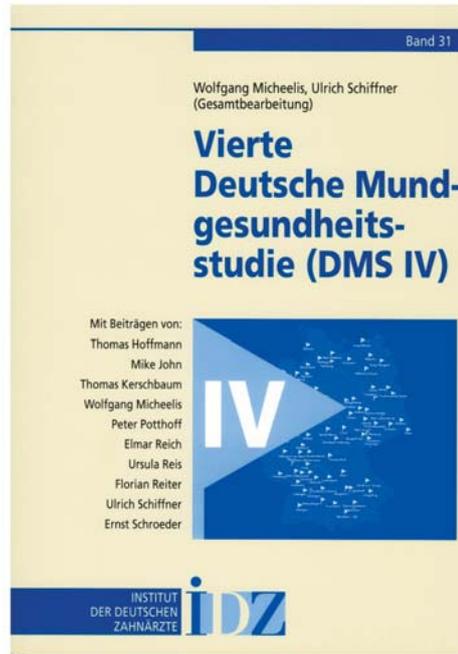
Parodontitis und die Folgen

In den Industrieländern sterben die Menschen in erster Linie an Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit Gefäßveränderungen und nachfolgenden thrombo-embolischen Komplikationen. Parodontitis stellt einen nicht unerheblichen Risikofaktor für Atherosklerose und ischämische Herz-Kreislauf-Erkrankungen dar, wie verschiedene Studien belegen. Die Sterberate von Parodontitis-Patienten ist dabei höher als von parodontal Gesunden. Denn Bakterien sind für die Zahnfleischerkrankung zuständig; sie sammeln sich in Zahntaschen, entzünden das Zahnfleisch und können somit zu Herzkrankheiten führen.

Zudem erschwert die Parodontitis die Einstellung des Diabetes mellitus (siehe ZWP *today* 9/2006). Auch für Frühgeburten und chronische respiratorische Erkrankungen bei Senioren stellt die Zahnfleischerkrankung ein Risiko dar.

Fazit

Der Prävention, frühzeitigen Diagnostik und Therapie der Parodontitis sowie der Vermeidung von Spätfolgen mit hoher Erkran-



kungsprogression kommt unter den aufgeführten Aspekten nicht nur aus zahnmedizinischer, sondern auch aus medizinischer und gesundheitsökonomischer Sicht höchste Priorität zu.

Sowohl die Politik als auch die Medien und die breite Öffentlichkeit sollte für die beschriebene Risikoproblematik sensibilisiert und das Bewusstsein eines jeden Patienten über die Bedeutung dieser Erkrankung gesteigert werden. Zudem müssen die Ausbildungsmöglichkeiten während des Zahnmedizinstudiums und die Honorierung der Parodontistherapie verbessert werden. Die Bundeszahnärztekammer, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Freie Verband Deutscher Zahnärzte könnten dabei die DGP in ihren Bemühungen um die Stärkung der Parodontologie effizient unterstützen. Auch die Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sowie die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sind dazu aufgerufen, die Parodontologie als eigenständiges Fach in der neuen Approbationsordnung zu verankern, um die Grundlagen- und klinische Forschung auf diesem Gebiet zu stärken. Eine Erhöhung des Stundenvolumens der Parodontologie in der Lehre sowie die Schaffung eigenständiger Polikliniken für Parodontologie an den Universitäten sind ebenfalls denkbar. In der Praxis ist zudem ein umfangreicher Einsatz des PSI (Parodontaler Screening Index) sowie die Kopplung von Frühdiagnostik und Frühtherapie mit einer effizienten Nachsorge unumgänglich. ||

Minimalinvasive Parodontitisbehandlung

In der Medizin gewinnen minimalinvasive Behandlungsmethoden immer mehr an Bedeutung. Auch in der Zahnmedizin werden zunehmend minimalinvasive Behandlungstechniken propagiert, insbesondere in der konservierenden Zahnheilkunde. Und in der Parodontologie? Sind bei der Parodontitisbehandlung minimalinvasive Techniken hilfreich? Und wenn ja, welche Möglichkeiten gibt es?

| Dr. Wolfgang M. Zimmer

Nach invasiver Parodontitistherapie klagen zahlreiche Patienten über Schmerzen oder Schwellungen des behandelten Zahnfleisches. Postoperative Zahnhalsempfindlichkeit, freiliegende Zahnwurzeln und offene Interdentarräume sind weitere Ursachen für Enttäuschungen. Insbesondere dann, wenn trotz durchlittener Behandlung nach einiger Zeit erneut Parodontitis auftritt. Solche Ergebnisse manch gut gemeinter Parodontitisbehandlung zeigen, dass ein Bedarf für minimalinvasive Behandlungsmethoden besteht.

Ziel dieses Beitrages ist es, minimalinvasive Methoden der Parodontitisbehandlung aufzuzeigen. Dazu werden verschiedene Methoden der Wurzelbearbeitung und unterschiedliche parodontale Operationstechniken unter den Aspekten Invasivität und Effektivität näher betrachtet. Möglichkeiten minimalinvasiver Parodontitisbehandlung in der Praxis werden bildlich dargestellt.

Unberücksichtigt bleiben medikamentöse Behandlungsmethoden, die ebenfalls minimalinvasiv sein können. Ihre Abhandlung würde den Rahmen dieses Beitrages sprengen und erfordert eine separate Darstellung.

Definition

Unter minimalinvasiver Parodontitisbehandlung verstehen wir eine Behandlung, welche die Unversehrtheit der Patienten nur wenig beeinträchtigt. Minimale Invasivität kann sich sowohl auf die Behandlungstechnik als auch auf das Behandlungsergebnis beziehen. Der Nutzen einer Behandlungstechnik hängt

neben der Invasivität auch von ihrer Effektivität ab. Wünschenswert ist eine Technik, die wenig invasiv, aber trotzdem wirkungsvoll ist. Die Wirksamkeit einer Behandlungstechnik wird am Ziel der Parodontitistherapie gemessen. Entscheidendes Ziel der Parodontitisbehandlung ist, das Gebiss der Patienten langfristig funktionstüchtig und schmerzfrei zu halten und dabei die ästhetischen Erwartungen der Patienten zu erfüllen.

Ziele der Wurzelbearbeitung

Im Zentrum der Parodontitisbehandlung steht die Bearbeitung der Wurzeloberflächen. Sie verfolgt unterschiedliche Ziele. In der Literatur wurden als Ziele der Wurzelbearbeitung genannt: die Entfernung subgingivaler Plaque, die Entfernung bakterieller Endotoxine, die Entfernung subgingivaler Konkremente, die Entfernung „infizierten“ erweichten Zementes und die Glättung der Wurzeloberfläche. Da verschiedene Methoden der Wurzelbearbeitung diese Ziele in unterschiedlichem Ausmaß erfüllen, ist zu klären, welche der postulierten Ziele für die Taschenheilung wichtig sind und welche nicht.

Entfernung von Plaque

Die bakterielle Plaque bildet auf der Wurzeloberfläche einen mikrobiellen Biofilm. Er schützt darin enthaltene Bakterien gegen Ablösung, gegen die Wirkung von Netzmitteln und Antibiotika sowie gegen Phagozytose und Lyse durch Makrophagen. Die Plaquezusammensetzung des Biofilms entscheidet wesentlich über die Wirksamkeit der körpereige-

kontakt:

Dr. Wolfgang M. Zimmer

M.Sc.-Periodontology
(University London)

M.S.-Periodontics
(Mayo Graduate School, USA)

Nibelungenstraße 84
80639 München

Tel.: 0 89/17 55 05

Fax: 0 89/17 09 49 77

E-Mail: info@dr-wm-zimmer.de

www.dr-wm-zimmer.de



Abb. 1: Intrasulkulare Inzision an 21/22.



Abb. 2: Abhalten des Papillenlappens 11/21.



Abb. 3: Debridement des Zahnes 21 mit Micro-Ultrasonics.



Abb. 4: Resorbierbare Nähte der Papillenlappen zwischen 11 und 22.

nen Abwehr. So hemmt das parodontal pathogene Bakterium *P. gingivalis* die Immunabwehr gegen sich und andere Bakterienarten und begünstigt mit diesem „Schutzschirm-Effekt“ die Vermehrung pathogener Bakterien. Die Plaqueentfernung bei der Wurzelbearbeitung will den bakteriellen Biofilm soweit als möglich reduzieren und die Plaquezusammensetzung ändern, weg von einer mit Parodontitis-assoziierten Plaque hin zu einer mit Gesundheit assoziierten Plaque. Deshalb ist die subgingivale Plaqueentfernung ein entscheidend wichtiges Ziel der Wurzelbearbeitung. Dabei soll eine biologisch akzeptable Wurzeloberfläche entstehen, welche die Taschenheilung gestattet.

Entfernung von Endotoxinen

Gram-negative Bakterien setzen aus Vesikeln massenweise Zellwandbestandteile (Endotoxine) frei. Die Zellwandbestandteile wirken als Antigene, binden Immunabwehrstoffe an sich und lenken sie damit von den Bakterien ab. Daneben starten die Endotoxine bei anfälligen Patienten eine destruktive Entzündungsreaktion, zerstören dabei parodontales Gewebe und verhindern seine Regeneration. Die Entfernung bakterieller Endotoxine von der Wurzeloberfläche ist deshalb ein wichtiges Ziel der Wurzelbearbeitung.

Konkremententfernung

Bakterielle Plaque führt zu parodontaler Entzündung. Bei subgingivaler Entzündung ver-

kalkt die Plaque und bildet harte Konkreme, die die weitere Entzündung fördern. Nach Instrumentation an der Wurzel zurückgebliebene harte Konkreme führen zu einem entzündlichen Infiltrat im Gingivage-webe und verzögern die Heilung. In klinischen Studien führe die Entfernung von subgingivaler Plaque und von Konkrementen zu weniger Bluten und besserem Attachmentlevel als nur subgingivale Plaqueentfernung. Dies belegt die Bedeutung der Entfernung subgingivaler Konkreme bei der Wurzelbearbeitung.

Zemententfernung

Bakterien und Endotoxine dringen nicht tief ins Zement ein. Bei mikroskopischen Untersuchungen wurden Eindringtiefen von 3 bis 12 µm gemessen. Vorhandene Endotoxine lassen sich außerdem leicht von der Zementoberfläche entfernen, z.B. durch Abbürsten. Eine klinische Studie über den Einfluss der Zemententfernung auf die parodontale Taschenheilung nach Lappenoperation ergab, dass die Zemententfernung per se keinen Einfluss auf die Taschenheilung hatte. Dies lässt den Schluss zu, dass das Wurzelzement nicht infiziert ist und dass die Zemententfernung kein wesentliches Ziel der Wurzelbearbeitung ist.

Glätten der Wurzeln

Eine Studie untersuchte den Einfluss der Wurzelrauheit nach Instrumentation mit Handkü-

retten bzw. Ultraschallscalern auf die supragingivale Plaqueanlagerung und auf die gingivale Entzündung. Dabei führten Handkürretten zu glatteren Wurzeloberflächen als Ultraschallscaler. Die Rauheit nach Instrumentation mit Ultraschallscalern entsprach der Rauheit unbehandelter Zahnwurzeln. Die Wurzelrauheit hatte jedoch keinen Einfluss auf die supragingivale Plaqueanlagerung und auf die gingivale Entzündung. Eine andere Studie untersuchte den Einfluss der Wurzelrauheit auf die Heilung nach Lappenoperationen. Während der Operation wurden an Zähnen mit fortgeschrittener Parodontitis die Wurzeln geglättet. Anschließend wurde die Hälfte der Wurzeln aufgeraut. Die Behandlung führte bei beiden Gruppen zu Attachmentgewinn und reduzierten Sondiertiefen, ohne signifikante Unterschiede zwischen rauen und glatten Wurzeln.

Daraus folgt, dass die Glättung der Wurzeloberflächen kein wichtiges Ziel der Wurzelbearbeitung ist.

Aus dem oben Genannten ergeben sich als wesentliche Ziele der Wurzelinstrumentation: die Entfernung von bakterieller Plaque, von Endotoxinen und von harten Konkrementen. Dagegen sind die Entfernung von Wurzelzement und das Glätten der Wurzeloberfläche für die Heilung nicht wichtig. Im Sinne einer minimalinvasiven Behandlung sollte deshalb jeder unnötige Substanzabtrag unterbleiben.

Instrumente zur Wurzelbearbeitung

Um die oben genannten Ziele zu erreichen, können Handkürretten, Ultraschallscaler, rotierende Instrumente und Laser verwendet werden. Im Folgenden werden die Invasivität und Effektivität dieser Instrumente näher betrachtet.

Eine Untersuchung zur Wurzelbearbeitung mit Handkürretten stellte fest, dass die aufgewandte Kraft stark variiert und der Behandler seinen Kraftaufwand nur begrenzt steuern kann. Eine intensive Wurzelbearbeitung mit Handkürretten entfernt bereits bei relativ geringem Kraftaufwand in

vielen Fällen das gesamte Wurzelzement bis tief ins Dentin hinein.

Vergleichende Untersuchungen zum Substanzabtrag zwischen Handkürretten, Ultraschall- und Schallscalern sowie Finierdiamanten ergaben für Ultraschallscaler den geringsten Substanzabtrag. Schallscaler, Handkürretten und Finierdiamanten wirkten dagegen sehr viel invasiver. Instrumentation mit Handkürretten führt zu wesentlich glatteren Wurzeloberflächen als die Bearbeitung mit herkömmlichen Ultraschallscalern oder mit den meisten rotierenden Instrumenten. Micro-Ultrasonics führen zu noch glatteren Oberflächen als Handkürretten. Allerdings ist die Glätte der Wurzeln für die Heilung nicht wesentlich, wie oben beschrieben.

Zur Wurzelinstrumentation werden auch Laser propagiert, insbesondere CO₂-Laser, Nd:YAG-Laser und neuerdings Er:YAG-Laser. In-vitro-Studien zeigten, dass CO₂- und Nd:YAG-Laser Krater und Risse bilden, die Wurzeloberfläche schmelzen und verkohlen. Der Er:YAG-Laser bildet bei geringer Energiedichte Mikrofrakturen, ohne die Wurzeloberfläche zu schmelzen oder zu verkohlen. Bei höherer Energiedichte bildet er ebenfalls tiefe Krater in der Wurzeloberfläche und schmilzt das Dentin in geringem Maße. Diese Untersuchungen zeigen, dass CO₂- und Nd:YAG-Laser sowie Er:YAG-Laser bei höherer Energiedichte eine invasive Wurzelbearbeitung bewirken.

Neben der Invasivität ist auch die Effektivität der verschiedenen Instrumente von Bedeutung.

In klinischen Studien zeigten sich Handkürretten und herkömmliche Ultraschallscaler gleichermaßen effektiv zur Plaqueentfernung. Auch bezüglich der Konkremententfernung ergab sich kein Unterschied zwischen beiden. Micro-Ultrasonics dagegen entfernten mehr Plaque und Konkreme als Handkürretten und herkömmliche Ultraschallscaler. Zur Endotoxinentfernung zeigten sich sowohl Handinstrumente als auch Ultraschallscaler geeignet, wobei Handinstrumente noch effektiver waren als herkömmliche Ultra-

ANZEIGE

PerioChip

Chlorhexidinbiter (D-glucuronat)

Exklusiv nur
bei DEXCEL PHARMA
erhältlich!

30 Millionen
Parodontitisfälle –
(be)handeln Sie!



Weil jeder Zahn zählt



**DEXCEL
PHARMA GmbH**
Röntgenstraße 1
D - 63755 Abenau
www.periochip.de

Bestellungen und Informationen
gebührenfrei unter:

08 00 - 2 84 37 42



Abb. 5: Inzision der Gingiva zwischen den Zähnen 21–23.

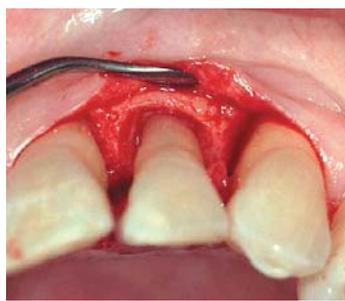


Abb. 6: Freilegen der Knochendefekte zwischen 21–23.



Abb. 7: Einbringen von Emdogain® zur Knochenregeneration.

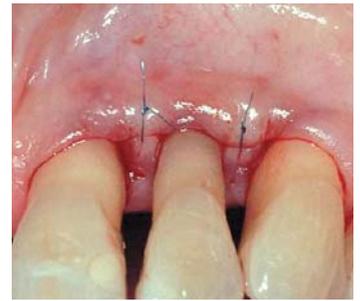


Abb. 8: Naht des Zahnfleischlappens zwischen 21–23.



Abb. 9: Knochendefekte um den Zahn 33 vor der Regeneration.



Abb. 10: Aufbau der Knochendefekte um den Zahn 33, ein Jahr postoperativ.

schallscaler. Eine minimalinvasive, effektive Wurzelbearbeitung lässt sich am ehesten mit Micro-Ultrasonics und (eingeschränkt) mit Handküretten bei niedrigem Kraftaufwand verwirklichen. Dagegen führen Handküretten bei höherem Kraftaufwand und längerer Instrumentation, rotierende Instrumente und insbesondere Laser zu einer invasiven Wurzelbearbeitung.

Operationstechniken

Tiefe Taschen erschweren die Entfernung von subgingivaler Plaque, von Konkrementen und von Endotoxinen. Verschiedene Operationstechniken wurden entwickelt, um den Zugang zum Behandlungsbereich zu verbessern, um die erkrankten Zahnwurzeln unter Sicht behandeln zu können und um die parodontalen Taschen zu reduzieren bzw. zu eliminieren. Dazu zählen die sog. offene Kürettage, die modifizierte Widman-Lappen-OP, der apikal verschobene Lappen, Gingivektomie und Osteoplastik/Ostektomie. Die meisten dieser Techniken sind relativ invasiv und führen postoperativ nicht selten zu Schmerzen, Schwellungen und freiliegenden Zahnhälsen. Bei freiliegenden Zahnhälsen und nach Verlust der Interdentalpapillen klagen viele Patienten über Zahnhalschmerzen, unschönes Aussehen oder über Zischlaute beim Sprechen.

Langzeitstudien

Zahlreiche Studien haben geprüft, ob invasive Techniken langfristig zu besseren Behandlungsergebnissen führen als weniger invasive Methoden. Eine über acht Jahre reichende Langzeitstudie, beispielsweise, verglich die Behandlungsergebnisse dreier Operationstechniken: a. subgingivale Weichgewebeskürettage plus Wurzelglättung, b. modifizierte Widman-Lappen-OP, c. Tascheneliminierungs-OP (Knochenkonturierung plus apikalem Verschiebelappen bzw. Gingivektomie). Postoperativ wurden die

Patienten alle drei Monate parodontal nachgesorgt und jährlich nachuntersucht. Die Ergebnisse zeigten umso mehr postoperative Taschenreduktion, je tiefer die Taschen präoperativ gewesen waren. Alle drei OP-Techniken zeigten acht Jahre postoperativ ähnliche Ergebnisse. Bei präoperativ mitteltiefen Taschen reduzierte die Tascheneliminierungs-OP die Taschentiefen um durchschnittlich 0,4 mm mehr als eine Weichgewebeskürettage. Bei präoperativ tiefen Taschen waren es 0,7 mm mehr. Der Attachmentgewinn war generell nach Widman-Lappen-OP am ausgeprägtesten und nach Tascheneliminierungs-OP am geringsten. Auch andere Studien kamen zu ähnlichen Ergebnissen.

Diese Erkenntnisse werfen die Frage auf, ob man Patienten mit invasiven und resektiven Operationstechniken postoperative Schmerzen und Schwellungen sowie weit freiliegende Zahnhälsen zumuten soll und darf, wenn weniger invasive Operationstechniken zu vergleichbaren Langzeitergebnissen führen. Zumal weitere Studien gezeigt haben, dass letztlich entscheidend für den langfristigen Erfolg der Parodontitisbehandlung nicht eine bestimmte Operationstechnik ist, sondern gute Mundpflege und regelmäßige, intensive postoperative Nachsorge.

Minimalinvasive, offene Kürettage

Im Folgenden wird eine modifizierte, offene Kürettage dargestellt. Sie erlaubt direkte Sicht sowie einen guten Zugang zu den erkrankten Wurzeloberflächen und hat gegenüber der herkömmlichen offenen Kürettage den Vorteil, dass das Gingivagewebe vollständig erhalten bleibt.

Nach der nichtchirurgischen Vorbehandlung waren approximal zwischen den Zähnen 11 und 22 blutende, 5 bis 6 mm tiefe Taschen verblieben. Midlabial und midpalatal dagegen waren die Sondiertiefen normal. Intrasulkuläre Inzisionen lösen die bukkalen

und palatinalen Papillen zwischen 11 und 22 (Abb. 1), die sich dann abheben und mit einem graziilen Instrument abhalten lassen (Abb. 2). Die marginale Gingiva zwischen 11 und 22 bleibt dagegen unberührt, da midbukkal und midpalatinal keine Taschen bestehen. Dann werden die Wurzeloberflächen von 11, 21 und 22 mit einem graziilen Ultraschallscaler unter Sicht gereinigt (Abb. 3). Besonders betont sei, dass das zwischen der bukkalen und palatinalen Papille verbliebene, entzündete Gingivabindewebe nicht entfernt, sondern vollständig belassen wird. Denn nach der Entfernung von Plaque, Endotoxinen und Konkrementen verschwindet das entzündliche Infiltrat aus dem Bindegewebe und das Gewebe kehrt zu seinem normalen Zustand zurück. Würde dagegen das infiltrierte Gingivabindewebe als „Granulationsgewebe“ entfernt, entstünde ein Weichgewebdefekt und die Papille würde im Lauf der Heilung einsinken. Nach schonendem Wurzeldebridement werden die Papillen mit einer feinen Naht in ihrer ursprünglichen Position fixiert (Abb. 4). Ein Zahnfleischverband ist nicht nötig. Postoperative Schmerzen und Schwellungen treten normalerweise nicht auf. Die Patienten können postoperativ normal essen und mit einer weichen Zahnbürste und Zahnseide relativ normal putzen. Lediglich die Interdentalbürste sollte in der ersten postoperativen Woche zurückhaltend eingesetzt werden, sofern die Approximarräume eng sind. Eine Woche postoperativ werden die Nähte entfernt (sofern nicht resorbierbar) und die Zähne werden supragingival gereinigt. Nach drei Monaten erfolgt die Kontrolle des Behandlungsergebnisses und die Patienten werden ins Recall aufgenommen.

Minimalinvasiver Knochenaufbau

Kraterförmige Knochendefekte können nach dem Eliminieren der parodontalen Infektion in einer separaten Operation minimalinvasiv aufgebaut werden.

Nachfolgend wird das Vorgehen unter dem Operationsmikroskop am Beispiel approximaler Knochenkrater zwischen den Zähnen 21 und 23 dargestellt. Ein interdentaler Schnitt zwischen 21 und 23 an der bukkalen Papillenbasis eröffnet den Defekt (Abb. 5). Die Gingiva mesial von 21 und distal von 23 bleibt dabei unangetastet. Durch Abklappen der Gingiva zwischen 21 und 23 nach bukkal bzw. palatinal werden die Knochendefekte freigelegt (Abb. 6). Nach sorgfältiger Entfernung eingewachsenen Bindegewebes aus den

Knochenkratern werden die Knochenkrater mit Regenerationsmaterial (Emdogain) aufgefüllt (Abb. 7). Abschließend werden die Papillen repositioniert und mit 7-0 Nähten fixiert (Abb. 8). Ein Zahnfleischverband ist nicht nötig. In der Regel heilen schonend behandelte Papillen komplikationslos ab, ohne nekrotisch zu werden. Wichtig sind dabei eine ausreichende Papillenbreite von mehr als 2 mm und eine ausreichende Papillendicke. Das Ergebnis der Operation wird ein Jahr postoperativ mit einer Röntgenaufnahme kontrolliert. In den meisten Fällen zeigt sich röntgenologisch eine umfangreiche bis vollständige Auffüllung der Knochenkrater (Abb. 9 und 10) mit neuem Hartgewebe.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine minimalinvasive Parodontitisbehandlung in der Praxis möglich ist. Sie kann in vielen Fällen invasivere Techniken ersetzen. In der Erfahrung des Autors verbessern die beschriebenen minimalinvasiven Techniken das klinische Behandlungsergebnis und steigern die Zufriedenheit der Patienten. **II**

ANZEIGE

CURRICULUM

Implantologie



05. – 09.03.2007 Göttingen

Drei Gründe warum immer mehr Kollegen ihr Curriculum Implantologie beim DZOI machen:

- Dezentrales, Einzel-Teaching**
... praktische Ausbildung in einer Teaching Praxis eines Kollegen ganz in Ihrer Nähe. Die Termine stimmen Sie selbst mit der Praxis ab!
- Blockunterricht**
... konzentrierter Unterricht in nur einer Woche an der Universität Göttingen!
- Textbericht**
... weil die ZWP-Zahnarzt Wirtschaft Praxis in Ihrem großen CurriculaVergleichstest (Ausgabe 1 + 2/2004) feststellt:

Schneller und kompakter gelangt der Einstieg in die Implantologie unersetzbar schnell!

Information und Anmeldung:
Deutsches Zentrum für orale
Implantologie Akademie GmbH
Hauptstraße 7a, 82275 Emmering
Telefon: 08141.594456
Fax: 08141.594546
office@dzo.de; www.dzo.de



Die Therapiemöglichkeiten bei chronischer Parodontitis

Die Behandlung chronischer und akuter Parodontitiden, von denen ein Großteil der Bevölkerung betroffen ist, hat in den letzten Jahren durch neue Konzepte, regenerative Techniken und augmentative Verfahren große Fortschritte erzielt. Oft ist ein Zahnerhalt möglich, wo vor Jahren eine Extraktion noch unausweichlich schien. Der teilweise dennoch beträchtliche Verlust von Knochen und Weichgewebe stellt für die anschließende restaurative Rekonstruktion eine Herausforderung dar.

| Dr. med. dent. Adrian Kasaj, Dr. med. dent. Mathias Brandenbusch,
Prof. Dr. Dipl.-Chem. Brita Willershausen

Die vorliegende klinische Falldarstellung befasst sich mit dem Behandlungskonzept und dem Behandlungsablauf einer generalisierten, weit fortgeschrittenen chronischen Parodontitis und anschließender ästhetischer Rehabilitation

rodontitistherapie bei ihrer Hauszahnärztin. Später erfolgten durch diese auch parodontalchirurgische Maßnahmen. Trotz der kostenintensiven Therapieversuche kam es nur zu kurzfristigen Verbesserungen der klinischen Situation. Aufgrund einer zunehmen-



Abb. 1a–c: Klinische Ausgangssituation.

mittels restaurativer und prothetischer Maßnahmen. Die aktive Parodontalbehandlung erfolgte regenerativ mit Schmelzmatrix-Proteinen (Emdogain®) ohne unterstützende Einnahme von Antibiotika. Durch die parodontalchirurgische Sanierung konnte der drohende Zahnverlust im Oberkiefer verhindert werden. Zur ästhetischen Wiederherstellung wurde die Patientin mit einer festsitzenden Brücke und Zahnverbreiterungen aus Komposit versorgt. Das Behandlungsergebnis konnte dabei durch ein engmaschiges Recall aufrechterhalten werden.

Spezielle Anamnese

Erstmals bemerkte die Patientin vor sechs Jahren eine Blutungsneigung beim Zähneputzen und begann daraufhin eine systematische Pa-

den Zahnlockerung, dem Verlust des Zahnes 15 und einer massiven Lückenbildung in der Oberkieferfront, stellte sich die Patientin an der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie in Mainz vor.

Klinischer Befund

Es fanden sich generalisierte weiche und harte Beläge, eine unzureichende Mundhygiene, Blutung nach Sondierung und erhöhte Zahnlockerung. Die marginale Gingiva war entzündlich verändert, erschien gerötet und geschwollen (Abb. 1). Die erhobenen Sondierungstiefen lagen überwiegend zwischen 3 und 6 mm, lokalisiert bis zu 8 mm. Die Zähne 12, 11, 21, 22, 36 und 46 wiesen eine pathologische Zahnbeweglichkeit von Grad I, die Zähne 16, 14, 23, 24, 25 und 26 von

kontakt:

Dr. med. dent. Adrian Kasaj
Dr. med. dent.
Mathias Brandenbusch
Prof. Dr. Dipl.-Chem.
Brita Willershausen

Poliklinik für Zahnerhaltungskunde
Johannes Gutenberg-Universität
Augustusplatz 2, 55130 Mainz
E-Mail: Kasaj@gmx.de



Abb. 2: Lappenoperation in Regio 11–14. Abb. 3: Applikation von Emdogain® 11–14. Abb. 4: Zustand nach Nahtverschluss mit Prolene-5/0 Näden 11–14.



Abb. 5: Lappenoperation in Regio 23–26. Abb. 6: Applikation von Emdogain® 23–26. Abb. 7: Verbleibende zervikale Lücken im Frontzahnbereich.

Grad II auf. Im Unterkiefer zeigten die Zähne 36 und 46 von bukkal eine Furkationsbeteiligung Grad I. Im Ober- und Unterkiefer fanden sich faziale, orale und proximale Rezessionen zwischen 1 und 4 mm (Abb. 1).

Funktioneller Befund

Die Kieferbewegungen verliefen harmonisch und waren schmerzfrei. Die Mundöffnung war mit 48 mm nicht eingeschränkt. Es zeigte sich auf beiden Seiten ein neutraler Okklusionstyp. Der Overbite betrug bei der Patientin 4 mm, der Overjet 3 mm. Bei Lateralbewegungen wurde auf der Arbeitsseite und der Nichtarbeitsseite eine Eckzahnführung festgestellt. Kiefergelenke und Kaumuskulatur zeigten keine Auffälligkeiten.

Röntgenbefund

Die Röntgenanalyse ergab einen generalisierten horizontalen Knochenverlust bis in das apikale Wurzeldrittel, kombiniert mit angulären Defekten an den Zähnen 14, 13, 11, 22, 23 und 36. Im Furkationsbereich von Zahn 36 und 46 war eine leichte Radioluzenz zu erkennen.

Auf der Röntgenaufnahme waren keine subgingivalen Konkremete auszumachen. Der Knochenabbau lag zwischen 5 und 14 mm, gemessen als Distanz zwischen Schmelz-Zement-Grenze bzw. Restaurationsrand und Limbus alveolaris. Zur Beurteilung der Progression der Parodontitis wurde ein älterer Röntgenstatus aus dem Jahre 2000 von der Hauszahnärztin angefordert. Bereits hier war ein deutlicher generalisierter horizontaler Knochenverlust, kombiniert mit einzelnen angulären Defekten, zu erkennen.

Mikrobiologischer Befund

Aufgrund der klinischen Befunde war eine weiterführende mikrobielle Untersuchung angezeigt. Diese erfolgte mittels micro-IDent® Test (Hain Lifescience GmbH, Nehren, Deutschland). Die Auswertung der Proben mikrobieller Plaque ergab eine stark erhöhte Keimkonzentration an *Bacteroides forsythus* (<106) und *Treponema denticola* (<106) sowie eine erhöhte Keimkonzentration an *Prevotella intermedia* (<105).

Diagnose

Die Diagnose lautete:

- generalisierte schwere chronische Parodontitis
- multiple faziale/orale und proximale Rezessionen
- retinierter Zahn 38.

Die allgemeine Anamnese ergab keine Hinweise auf Grunderkrankungen, die in Zusammenhang mit den parodontalen Problemen stehen könnten. Die familiäre Anamnese der Patientin war unauffällig. Ursache der Parodontalerkrankung war die supra- und subgingivale Plaque. Der Nikotinkonsum der Patientin war ein modifizierender Faktor.

Behandlungsablauf

Antiinfektiöse Therapie

Die Behandlung begann mit einer antiinfektiösen Therapie über drei Monate. Mundhygieneinstruktionen (modifizierte Bass-Technik, Interdentalraumbürsten) und regelmäßige professionelle Zahnreinigungen führten zu einem deutlichen Rückgang der Blutung nach Sondierung. So konnte innerhalb der

ersten vier Wochen der anfängliche Plaqueindex (PCR nach O'Leary 1972) von 79% auf 21% und der gingivale Blutungsindex (GBI nach Ainamo und Bay 1975) von 46% auf 7% reduziert werden. Anschließend erfolgte eine subgingivale Instrumentierung aller pathologisch vertieften Taschen unter Lokalanästhesie in einem Zeitraum von 24 Stunden (Full-mouth-disinfection). Danach spülte die Patientin über einen Zeitraum von 14 Tagen mit 0,12% Chlorhexidindigluconat-Lösung und reinigte Zähne und Zunge mit 1% Chlorhexidindigluconat-Gel. Die dabei entstandenen Chlorhexidin-Beläge wurden 14 Tage nach der subgingivalen Instrumentierung entfernt. Aufgrund der Ergebnisse der mikrobiologischen Untersuchung in der *Actinobacillus actinomycetem comitans* nicht nachgewiesen werden konnte, wurde auf eine unterstützende, systemische Einnahme von Antibiotika verzichtet.

Reevaluation

Drei Monate nach der antiinfektiösen Therapie wurde eine Reevaluation der klinischen Situation durchgeführt. Die Sondierungstiefen im Unterkiefer zeigten Werte von ≤ 5 mm, sodass weitere chirurgische Maßnahmen zur Taschenreduktion im Unterkiefer nicht mehr notwendig erschienen. Auch im Oberkiefer war es zu einer Reduktion der Sondierungstiefen gekommen. Dennoch fanden sich weiter Sondierungstiefen, die eine Indikation für weiterführende parodontalchirurgische Maßnahmen darstellten. Zusätzlich zur Reevaluation der klinischen Situation erfolgte eine mikrobiologische Untersuchung der subgingivalen Plaqueflora (micro-IDent®, Hain Lifescience GmbH, Nehren, Deutschland). Die Auswertung ergab keinen Nachweis der parodontalpathogenen Schlüsselkeime, sodass von einer Elimination bzw. Suppression unter die Nachweisgrenze (103) ausgegangen werden kann.

Chirurgische Parodontistherapie

Bei den nun folgenden parodontalchirurgischen Maßnahmen (Lappen-

operation in Regio 11–14, Lappenoperation in Regio 23–26 mit distaler Keilexzision) kamen Schmelzmatrix-Proteine (Emdogain®) zum Einsatz (Abb. 2–6). Auch jetzt spülte die Patientin für einen Zeitraum von vier Wochen zweimal täglich für 1–2 min mit einer 0,12%igen CHX-Lösung und applizierte täglich zusätzlich ein 1%iges CHX-Gel auf die Wundbereiche. Die Wundheilung verlief nach beiden operativen Eingriffen komplikationslos. In den ersten sechs Monaten nach den Eingriffen erfolgte eine professionelle supragingivale Plaquekontrolle im Abstand von jeweils zwei Wochen.

Restaurative Maßnahmen

Nach Abschluss der chirurgischen Parodontistherapie war es im Oberkieferfrontzahnbereich zu einer weiteren Retraktion der Gingiva gekommen (Abb. 7). Da sich die Patientin hierdurch ästhetisch und funktionell beeinträchtigt fühlte, wurde ein zervikaler Lückenschluss mit Komposit-Verbreiterungen (Roeko®, Coltène/Whaledent, Langenau, Deutschland; Gluma®, Venus®, Heraeus Kulzer, Hanau, Deutschland) an den Zähnen 12–21 durchgeführt (Abb. 8 und 9). Die vorhandene Schaltlücke 15 wurde mittels einer VMK-Brücke von 13/14 auf 16 versorgt, wobei Zahn 16 nicht verblendet wurde (Abb. 10 und 11). Die Brücke wurde mit deutlich offenen Zwischenräumen gestaltet, um eine effiziente Reinigung mit Zahnbürste bzw. Interdentalbürste zu gewährleisten.

Unterstützende Parodontistherapie

Nach Abschluss der parodontalen Behandlung wurde die Patientin in die unterstützende Parodontistherapie (UPT) aufgenommen. Anhand des multidimensionalen Risikodiagramms (Lang und Tonetti 2003) ergab sich ein mittleres Parodontitisrisiko, sodass ein halbjährliches Intervall mit der Patientin vereinbart wurde. In den Recallsitzungen erfolgte regelmäßig eine Remotivation, Reinstruktion sowie eine vollständige Beseitigung der Plaque. Darüber hinaus wurden die Zähne 25 und 36 mittels Vector®-System instrumen-

ANZEIGE



Das Certain® PREVAIL® Implantat

Ideal zum Erhalt des
crestalen Knochens



- Integriertes Platform Switching™ – Medialisierung der biologischen Breite
- Komplette OSSEOTITE® Oberfläche – Verbesserte crestale Knochenadaptation
- Certain QuickSeal™ Verbindung – Hör- und Wundres Freeback bei Formschluss



Certain® PREVAIL®

IDS 2007
20.-24. März 2007
Halle 11.1
Gang D Nr. 050
Gang E Nr. 051

Implant Innovations Deutschland GmbH
Lorenzstrasse 29 · 76135 Karlsruhe
Tel. 49-721-255 177-0



Abb. 9: Kofferdam-Isolierung. Abb. 10: Klinische Situation nach zervikalem Lückenschluss mittels Kompositanbauten. Abb. 11: Präparation der Zähne 13, 14 und 16. Abb. 12: Ansicht der fertigen Arbeit (Dentallabor Mundgerecht, Essen) nach dem Zementieren.



Abb. 13a-c: Klinischer Schlussbefund.

tiert und anschließend zusätzlich je ein Perio-Chip® appliziert. Im Rahmen der unterstützenden Parodontistherapie zeigte sich die Compliance der Patientin als zufriedenstellend.

Diskussion

Die 39-jährige Patientin wies zu Behandlungsbeginn einen weit fortgeschrittenen Attachmentverlust mit erheblicher Zahnlockerung und ausgedehnten zervikalen Lücken auf und hatte zu diesem Zeitpunkt bereits zwei Oberkieferseitenzähne verloren. Es lag eine generalisierte schwere Form der chronischen Parodontitis vor. Mehr als 30 % der Zahnflächen wiesen Attachmentverluste von ≥ 5 mm auf. Des Weiteren konnten parodontalpathogene Keime, wie *Bacteroides forsythus*, *Treponema denticola* sowie *Prevotella intermedia* in der subgingivalen Plaueflora nachgewiesen werden, die zusammen mit dem Rauchverhalten der Patientin zum Fortschreiten der parodontalen Destruktion beigetragen haben. Nach Abschluss der antiinfektiösen Therapie kam es zu einer deutlichen Reduktion der Sondierungstiefen und Verbesserung der klinischen und mikrobiologischen Situation. Eine weiterführende parodontalchirurgische Therapie mit Schmelzmatrix-Proteinen (Emdogain®) war wegen verbleibenden pathologischen Taschentiefen dennoch nötig. Sechs Monate nach dem letzten parodontalchirurgischen Eingriff konnten die Sondierungstiefen generalisiert auf Werte von ≤ 4 mm reduziert werden. Zu diesem Zeitpunkt fanden sich noch zwei Resttaschen von 5 mm. Die Prognose der Zähne 17, 14, 13, 23, 24, 25 und 26, deren Erhaltungs-

würdigkeit initial zweifelhaft war, konnte durch die Reduktion der Sondierungstiefen deutlich verbessert werden. Die entstandene ästhetische Situation mit Lückenbildung in der Front war mit den Bedürfnissen der Patientin nicht vereinbar. Der zervikale Lückenschluss zwischen den Zähnen 12–21 erfolgte minimalinvasiv (Ätzen der Zahn- und Wurzeloberfläche) mit geschichteten Kompositverbreiterungen unter absoluter Trockenlegung zur Qualitätssicherung. Wegen der bisherigen Unversehrtheit der Zahnhartsubstanz und den guten klinischen Erfahrungen mit Feinhybridkompositen zur ästhetischen Zahnverbreiterung, waren Keramikveneers oder gar Kronen zum Lückenschluss nicht indiziert. Als weiterführende Maßnahme erfolgte die prothetische Versorgung der Schaltlücke 15 mit einer VMK-Brücke von 13/14 auf 16. Hierbei wurde auf eine offene Gestaltung der Zwischenräume geachtet, um eine effiziente Reinigung mit Interdentalraumbürsten zu gewährleisten.

Ausgehend von der schwierigen parodontalen Ausgangssituation und dem Wunsch der Patientin, die eigenen Zähne zu erhalten, kann die beschriebene Behandlung als erfolgreich beurteilt werden. Durch eine regenerative Parodontaltherapie mit Schmelzmatrix-Proteinen (Emdogain®) ließ sich der drohende Zahnverlust abwenden und der Wunsch der Patientin nach einem festsitzenden Zahnersatz konnte erfüllt werden. Bei gleichbleibender Compliance und regelmäßiger Teilnahme am Recall ist die langfristige Prognose für die Erhaltung aller Zähne günstig (Abb. 12). ||

Minimalinvasive PA-Therapie beim älteren Menschen

Local-Delivery-Devices, also örtlich einzusetzende orale Antiseptika, gelangen dann erfolgreich zur Anwendung, wenn gezielt kleinere Bereiche der Mundhöhle isoliert therapiert werden sollen. Chlorhexidin gilt als das derzeit wirkungsvollste orale Antiseptikum. In der Form, wie es im Perio-Chip® an eine Matrix gebunden ist, die es für eine ausreichend lange Einwirkzeit am Therapieort verbleiben lässt, ist es in der modernen PA-Therapie und bei Entzündungen an Implantaten ein unverzichtbares Therapeutikum.

| Dr. Hans Sellmann



Abb. 1: Implantattaschen müssen sehr vorsichtig sondiert werden. Wenn sich Anzeichen für eine Mukositis oder Periimplantitis zeigen, so gelingt speziell bei älteren Menschen, deren Therapie mittels eines Perio-Chip äußerst effektiv.

Überall hört man, dass in den zivilisierten Ländern die Menschen dank der modernen Medizin und eines sicheren gesellschaftlichen Umfeldes immer länger leben. Fakt ist: Die „Alten“ sind ein wichtiger Wirtschaftsfaktor geworden. Sie geben das Geld, das sie als Rente bekommen, gerne aus und gönnen sich Lebensqualität: Sie kaufen Autos, neue Möbel, Reisen und auch „neue Zähne“.

Implantate erwünscht

Häufig sind die älteren Patienten in einer Zeit aufgewachsen, in der Prophylaxe ein unbekanntes Wort war. Viele von ihnen haben in den Nachkriegsjahren mit Entbehrungen ihre Jugend verbracht und dementsprechend sieht die Gebissituation auch aus. Der Gruppe der Senioren zwischen 65 und 74 Jahren fehlten einer neuen Studie zufolge im Durchschnitt mehr als 20 Zähne. Allerdings waren diese fehlenden Zähne zum überwiegenden Teil ersetzt. Aber wie?

In letzter Zeit habe ich mit Erstaunen bemerken dürfen, dass sich die älteren Patienten zunehmend keineswegs mehr mit der Totalprothese zufrieden geben, sondern „richtige“ Zähne, also Implantate, haben wollen – und die gönnen sie sich auch. Dank immer weiter verbesserter Techniken oder der Implantate selbst, wird heute auch problemlos da implantiert, wo es früher noch hieß, dass zum Beispiel wegen eines Diabetes eine Implantation nicht in Frage käme. Mit den modernen

zahntechnischen Verfahren, sei es Funken-erosion oder die Galvanotechnik, müssen auch bei den Suprakonstruktionen keine Kompromisse mehr eingegangen werden. Aber ein Problem bleibt doch: Bei älteren Menschen lassen die Sinne häufig nach. So ist es kein Wunder, dass die „verschmutzte“ Prothese vom Patienten überhaupt nicht als Manko gesehen wird, weil er Plaque und Zahnstein auf seinen Dritten ganz einfach nicht mehr erkennen und wegen der fehlenden Feinmotorik auch nicht mehr effizient bekämpfen kann. Wenn schon die Pflege des Zahnersatzes schwerer fällt, so ist das noch gar nichts gegen die Aufgabe, eine optimale Mundhygiene zu bewerkstelligen.

Die körperliche Abwehrlage des älteren Menschen lässt insgesamt nach. Die „Altersspraxen“ müssen deshalb eine sehr viel höhere Anzahl an Behandlungen entzündlicher Mundschleimhautrekrankungen durchführen und auch die Wundheilung dauert bei dieser Patientengruppe länger. Da, wo wir bei einem jungen Patienten noch mit Leichtigkeit eine diffizile Lappen-OP durchführen können, verweigern Senioren aggressive Therapien. Natürlich müssen und sollen wir alles tun, um die Zähne, die noch da sind, zu erhalten und den Zahnersatz so zu gestalten, dass die Restzahnschubstanz nicht leidet. Das Parodontium soll entzündungsfrei gehalten und der Progression der PA ein Riegel vorgeschoben werden. Aber, und das ist wichtig, mit subtilen Mitteln.

kontakt:

Dr. Hans Sellmann

Langehegge 330
45770 Marl

Tel.: 0 23 65/4 10 00

Fax: 0 23 65/4 78 59

E-Mail:

dr.hans.sellmann@t-online.de



Abb. 2 (links): Schmerzfrei und unkompliziert, dabei höchst wirksam wird der PerioChip mit einer Pinzette aus der Blisterpackung entnommen und einfach in die Zahnfleischtasche ein „geschoben“.



Abb. 3 (rechts): Auch an einem natürlichen Zahn kann bei älteren Patienten leicht eine Tasche auftreten. Hier hilft schnell und wirksam der Einsatz des PerioChip.

Biofilmmangement

Parodontalerkrankungen werden in der modernen Zahnmedizin hauptsächlich als Entzündungen, als Entgleisungen des Biofilms gesehen. Alleiniges „Scaling und Root Planing“ ist nicht mehr Therapiestandard. Der in den Zahnfleischtaschen befindliche Biofilm soll auch nicht gänzlich entfernt werden. Es ist besser ihn zu managen. Das geschieht zu einem großen Teil durch die professionellen Zahnreinigungen. Manchmal aber ist doch ein wenig Therapie erforderlich. Dann nämlich, wenn eine Tasche, sei sie am natürlichen Zahn oder an einem Implantat gelegen, „aktiv“ wird. Wenn wir dieser Theorie des Biofilmmangements folgen, dann ist auch einsichtig, dass ein mechanisches „Durcheinanderwirbeln“ der Bakterien im Biofilm hilft, die Selbstheilungs- und Bakterienvernichtende Wirkung des menschlichen Organismus zu aktivieren. Dann ist es auch verständlich, dass eine systemische Antibiose nicht immer zum Erfolg führt, abgesehen von ihren Nebenwirkungen. In diesem Rahmen hat sich in letzter Zeit die Anwendung sogenannter LDDs, Local Delivery Devices, immer mehr durchgesetzt. Doch welche dieser Substanzen hilft wirklich schnell, zuverlässig, effektiv und ohne Nebenwirkungen?

Goldstandard Chlorhexidin

Chlorhexidin bis Digluconat ist der Goldstandard unter den oralen Desinfizientia. Auch seine Substantivität, das heißt seine Fähigkeit, sich an orale Strukturen zu heften, um da möglichst lange wirken zu können, ist nicht zu verachten. Aber leider liegt die zahnärztliche Crux in der hohen Sulkusfluid-Rate. Die in der Zahnfleischtasche vorhandene Flüssigkeit (Sulkusfluid) wird nämlich ungefähr 40-mal pro Stunde ersetzt. Daher wird die örtliche Konzentration eines, selbst subgingival eingebrachten Wirkstoffes rasch reduziert. Die Zeit, nachdem sie auf die Hälfte des Ausgangswertes gesunken ist, beträgt nur etwa eine Minute. Das ist das Problem mit allen in die Zahnfleischtasche eingebrachten Medikamenten beziehungsweise Wirkstoffen. Der Ausweg aus die-

sem Dilemma gelingt nur, wenn man eine Möglichkeit findet, das passende Medikament bzw. den richtigen Wirkstoff (Chlorhexidin) mit einem Trägermedium so zu verbinden, dass es lange in der Tasche verbleiben kann, um sukzessive seinen Wirkstoff abzugeben.

Die Firma Dexcel Pharma hat mit ihrem Produkt PerioChip® bereits vor längerer Zeit ein Präparat auf den Markt gebracht, das die Nachteile der lokalen Antibiosen und die Probleme mit der kurzen Verweildauer in der Zahnfleischtasche vermeidet. Nach Angaben des Herstellers vermindert der kleine Gelatine- oder Polymer-Chip mit dem Wirkstoff Chlorhexidin die typischen Parodontitis verursachenden Keime gezielt in den Zahnfleischtaschen. Der PerioChip® ist ein kleiner rechteckiger, an einer Seite abgerundeter Chip. Er ist 5 x 4 x 0,35 mm groß, die Farbe ist orange, das Gewicht beträgt 7,4 mg pro Chip. Ein Chip enthält 2,5 mg Chlorhexidinbis (D-gluconat). Eingebettet ist diese Wirkstoffmenge in einer biologisch abbaubaren Matrix aus hydrolysierten Gelatine. Während seines Abbaus beim Verweilen in der Zahnfleischtasche setzt der PerioChip® das Chlorhexidin sukzessive frei. Die Behandlung wird sieben Tage nach der Platzierung des Chips als beendet angesehen.

Der Chip und Implantate

Implantatverluste beruhen selten auf einem generalisierten Knochenabbau. Dieser könnte systemische Ursachen haben (Diabetes mellitus). Auch exogene Faktoren verursachen solche Implantatverluste (Rauchen). Die falsche Platzierung eines Implantates und die fehlerhafte Belastung durch Unterlassung funktionsanalytisch-korrekt hergestellter Suprakonstruktion bewirken ebenfalls starke osteoklastische Aktivitäten. Die meisten Implantatverluste basieren jedoch auf einer Lyse des das Implantat haltenden Kieferknochens. Diese wird hervorgerufen durch eine Entzündung, die Periimplantitis. Ähnlich wie in der Tasche an einem natürlichen Zahn, so liegt auch in einer „Implantattasche“ eine etwa 40-mal pro Stunde ausgetauschte Sulkusflüssigkeit vor. Analog zu der Therapie einer parodontalen Tasche hat sich die Behandlung einer „Implantattasche“ mit dem PerioChip als äußerst effektiv erwiesen. Der privat zu liquidierende PerioChip bietet also die Möglichkeit, unseren Patienten frei von Kassenzwängen eine ausgezeichnete Behandlung anbieten zu können. Besonders in der Alterszahnheilkunde, wo wir eher wenig belastende Therapien anwenden wollen, eignet sich der PerioChip sehr gut als sanfte Alternative. ■

tipp:

Nähere Informationen zum PerioChip und zu Studien sowie Abrechnungshinweise erhalten Sie gebührenfrei unter 0800/2 84 37 42.



Abb.1



Abb. 1 und 2: Das meridol[®] paro CHX 0,2 % unterstützt erfolgreich Therapien bei Gingivitis (oben) und Parodontitis.



Abb. 3: Mit meridol[®] paro CHX 0,2 % ohne Alkohol steht eine Chlorhexidin-Lösung zur Verfügung, die Plaque-Bakterien deutlich reduziert und Plaque-Neubildung effektiv hemmt.

*Studie: Hoffmann T, Bruhn G, Lorenz K, Netuschil L, Brex M, Toutenburg H, Heumann C. J Dent Res 84 (2005) (Abstract 3198)

Parodontitis-Therapie ohne Alkohol

Ein frei verkäufliches Arzneimittel unterstützt Gingivitis- und Parodontitis-Therapien durch eine effektive Keimzahlreduktion. Die äquivalente Wirkung zu alkoholhaltigen Präparaten ist durch eine Studie belegt. Auch bei alkoholsensiblen Patientengruppen kann es problemlos angewandt werden.

| Redaktion

Eine unbehandelte Entzündung der Gingiva kann ernsthafte Konsequenzen haben: Plaque begünstigt die Etablierung parodontalpathogener Keime, die entzündliche Prozesse am Zahnhalteapparat auslösen. Taschenbildung, Attachment- und schließlich Zahnverlust können die Folgen sein. Zur Unterstützung der Therapiemaßnahmen kann die kurzzeitige Verwendung eines Antiseptikums zur Reduktion der Plaque-Bakterien notwendig sein. Mit meridol[®] paro CHX 0,2 % ohne Alkohol steht nun eine Chlorhexidin-Lösung zur Verfügung, die Plaque-Bakterien deutlich reduziert und die Plaque-Neubildung effektiv hemmt – bei äquivalenter Wirkung zu alkoholhaltigen CHX-Spülungen. Dies belegt eine aktuelle Studie* der Universität Dresden, die den Einfluss von Mundspülungen mit Chlorhexidin auf die Entwicklung von gingivalen Entzündungen untersucht hat. Bei den Untersuchungen zeigte meridol[®] paro CHX 0,2 % ohne Alkohol eine identische plaquehemmende und antibakterielle Wirkung wie die Chlorhexidin-Vergleichslösung mit Alkohol. „Mit meridol[®] paro CHX 0,2 % kommen wir der Forderung der Profession nach einer alkoholfreien Chlorhexidinlösung nach“, so Dr. Ruth Hinrichs, wissenschaftliche Projektleiterin bei GABA. „Schon lange gilt Alkohol in Mundspülungen als riskant für sensible Patientenzielgruppen wie ‚trockene‘ Alkoholiker, Schwangere und Kinder. Zudem haben Studien gezeigt, dass Alkohol das Schmerzempfinden in der Mundhöhle heraufsetzen kann.“ Privatdozent Dr. Götz Mundle, ärztlicher Geschäftsführer der Oberbergkliniken und Mitglied des Suchtforschungsverbundes Baden-Württemberg,

unterstreicht vor allem das Risiko für „trockene“ Alkoholiker: „Betroffene dürfen auf keinen Fall mit Alkohol in Berührung kommen. Selbst der Konsum von Medikamenten oder Kosmetikprodukten auf alkoholischer Basis wie Mundspül-Lösungen ist eine große Gefahr, weil selbst diese geringen Mengen einen Rückfall darstellen können.“

Während der Therapiephase soll zweimal täglich nach dem Zähneputzen mit 10ml meridol[®] paro CHX 0,2 % gespült werden. Dabei muss beachtet werden, dass die in 80 % aller Zahnpasten enthaltenen anionischen Tenside (z.B. Natriumdodecylsulfat) die Wirkung von Chlorhexidin beeinträchtigen. Daher wird zwischen dem Zähneputzen und dem Spülen mit einer CHX-Lösung eine Wartezeit von 30 Minuten empfohlen. Zahnpasten, die frei von anionischen Tensiden sind, können problemlos ohne Wartezeit mit meridol[®] paro CHX 0,2 % verwendet werden. Entscheidend für die erfolgreiche Behandlung von Gingivitis- und Parodontitis-Patienten ist die optimale Ergänzung der zahnärztlichen Maßnahmen durch eine geeignete häusliche Mundhygiene. „Nach der vorübergehenden deutlichen Reduktion der Plaque-Bakterien durch die kurzzeitige Anwendung von meridol[®] paro CHX 0,2% ist die Wiederherstellung einer gesunden Mundflora durch die langfristige Hemmung schädlicher Bakterien und die Förderung nützlicher Bakterien wichtig“, erklärt Ruth Hinrichs und empfiehlt Gingivitis- und Parodontitis-Patienten daher eine zur Langzeitanwendung geeignete Mundspül-Lösung mit Aminfluorid/Zinnfluorid in Kombination mit einer entzündungshemmenden Zahnpasta und einer sehr sanften Zahnbürste. ■

kontakt:

GABA GmbH

Berner Weg 7

79539 Lörrach

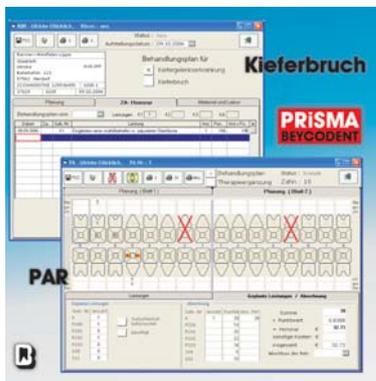
Tel.: 0 76 21/9 07-0

E-Mail: info@gaba-dent.de

www.gaba-dent.de

Abrechnungsprogramm: Komplett neue Module

Wie von BEYCODENT zu erfahren ist, wurde das Programmpaket PRISMA 3000 um zwei kom-



plette neue Module verbessert und erweitert:

1. PAR-Modul: Für die komplette parodontologische Abrechnung einschließlich übersichtlichem Zahnschema und Formularausdruck.

2. Kieferbruch: Das Programmpaket wurde um diesen Menüpunkt ergänzt und umfasst die Leistungserfassung und Abwicklung mit sämtlichen Formularen.

Beide Module wurden nach dem bewährten Prinzip des PRISMA-Explorers gestaltet. Beachtenswert ist die einfache und übersichtliche Bedienung, die allein durch die einheitliche Strukturierung des Programmablaufes sichtbar wird.

Beim Kauf des Grundpaketes der Software „PRISMA 3000“ werden die beiden neuen Module zu einem Sonderpreis mitgeliefert.

BEYCODENT
Software-Solutions
Tel.: 0 27 44/92 08 30
www.prisma.beycodent.de

Interdentalpflege: Gründliche und schonende Reinigung

Seit 75 Jahren produziert die dänische TANDEX A/S Spezialzahnbürsten und seit gut 30 Jahren bereits Interdentalbürsten. Höchste Zeit, die international erfolgreichen Produkte auch in Deutschland aktiv anzubieten. Dieser Schritt wurde durch die Gründung der deutschen TANDEX GmbH im letzten Jahr vollzogen. Wie in anderen europäischen Märkten strebt TANDEX auch hier eine enge Kooperation mit Zahnarztpraxen, Dentallaboren, Prophylaxe-Shops und Dentalhygieniker/innen an. Wie Erfahrungen auf verschiedenen Dentalfachmessen aktuell belegen, wird insbesondere die FLEXI Interdentalbürste auch in Deutschland Furore machen. Das besondere: FLEXI ist flexibel. Der kurze Handgriff ist



aus weichem, biegsamen Kunststoff (ohne Phalate und Latex) und bietet jederzeit einen sicheren Halt. Die angenehme Handhabung ermöglicht eine besonders präzise, gründliche und schonende Reinigung und hat positiven Einfluss auf die Patienten-Compliance.

TANDEX GmbH
Tel.: 04 61/4 80 79 80
www.tandex.dk

Kons/Prothetik: Hand- und Winkelstücke mit Licht

Die Firma NSK bietet ein umfangreiches Produktportfolio auf dem Gebiet der Übertragungsinstrumente. Die Ti Series Hand- und Winkelstücke mit Licht überzeugen durch hohe Qualität und ein her-



vorragendes Preis-Leistungs-Verhältnis. Sie sind die ersten Instrumente, deren Körper ganz aus Titan besteht. Die natürliche Beschaffenheit von Titan bietet einen sicheren Griff mit hoher Tastsensibilität.

Dank der Verwendung von Titan ist es NSK möglich, Produkte herzustellen, die leichter und trotzdem stärker und langlebiger sind als

andere Hand- und Winkelstücke. Besonderes Augenmerk verdient das Ti 95L 1:5-übersetzte Winkelstück. Dieses Instrument verfügt über ein leistungsstarkes Drehmoment im gesamten Drehzahlbereich und dreht sich sanft und ruhig. Die vom Mikromotor gelieferte Drehzahl wird von 40.000/min auf 200.000/min übersetzt. Das durchsetzungsstarke Drehmoment kann selbst die Leistungsfähigkeit von hochtourigen Turbinenwinkelstücken übersteigen. Das Ti 95L hat zudem den weltweit ersten Vierfach-Wasserstrahl, was für eine exzellente Kühlung sorgt. Alle Hand- und Winkelstücke der Ti Series verfügen über das Clean-Head-System.

Dieser automatisch funktionierende Mechanismus wurde entwickelt, um zu verhindern, dass Mundflüssigkeiten oder Keime in den Kopf des Instruments gelangen. Das verspricht eine längere Lebensdauer der Kugellager und beste hygienische Verhältnisse. Außerdem haben alle Instrumente der Ti Series eine Zellglasoptikbeleuchtung, wodurch der Zahnarzt immer eine klare und schattenfreie Sicht hat.

Mit den Ti Series Hand- und Winkelstücken mit Licht von NSK ist für jede Anwendung das richtige Gerät zur Hand. Denn auch das Ti 25L 1:1-Übertragung, das Ti 15L unersetzte Winkelstück oder das Ti 65L Handstück sind die besten Partner für die Zahnarztpraxis.

NSK Europe GmbH
Tel.: 0 69/74 22 99-0
www.nsk-europe.de

Diese Beiträge basieren auf den Angaben der Hersteller und spiegeln nicht immer die Meinung der Redaktion wider.

herstellereinformation

Prothetik:

Präzisionsabformen in Silber und Gold

In 2001 erblickte die innovative AFFINIS Abformlinie das Licht der Dentalwelt und unterstrich die jahrzehntelange Abformkompetenz von Coltène/Whaledent. AFFINIS steht für ausgezeichnete Oberflächenaffinität und zeichnungscharfes, präzises Abformen. Jetzt steht AFFINIS PRECIOUS in den Startlöchern, mit drei verbesserten Eigenschaften. Die Ober-



flächenaffinität ist so optimiert, dass auch in kritischen Situationen die sofortige Benetzung der Zahnflächen gewährleistet ist – die Grundlage für blasenfreies und präzises Abformen. Um den Erfolg der Abformung zu beurteilen, ist die Detail-Lesbarkeit deutlich verbessert. Die Wash- bzw. Korrekturmaterialein erstrahlen in

Gold und Silber und ermöglichen eine außergewöhnlich gute Beurteilung. Für eine schnellere und sichere Abformung, ohne Applikationshektik, haben AFFINIS PRECIOUS sowie AFFINIS Löffelmaterialeine aufeinander abgestimmte, kurze Mundverweildauer. Nach nur zwei Minuten ist die Abformung ausgehärtet. AFFINIS PRECIOUS zeigt nach der Applikation ein spontanes Anfließverhalten, insbesondere in feuchtem Milieu. Trotz der guten Fließeigenschaften ist das Material in situ standfest und tropft nicht. Diese unmittelbare, aber auch anhaltende Oberflächenaktivierung („Hydrophilie“), ermöglicht es, auch in kritischen Situationen präzise Abformergebnisse zu erzielen, die beeindruckend frei von Blasen und Pressfahnen sind. Die speziellen Edelmetallpigmente Silber und Gold von AFFINIS PRECIOUS reduzieren das Streulicht und verbessern die visuelle Wahrnehmung von Details deutlich. Die rasche und klare Bewertung des Abformergebnisses wird einfacher.

Coltène/Whaledent GmbH + Co. KG
Tel.: 0 73 45/8 05-0
www.coltenewhaledent.de

Hygienerichtlinien:

Der Sterilisator der Zukunft

Die Hygiene in der Zahnarztpraxis ist seit Jahren ein Thema von großer Brisanz. Immer neue Erkenntnisse zeigen, dass der Sterilisationsprozess an vielen Stellen noch optimiert werden muss, um wirkliche Sicherheit zu erreichen. Hier unterstützt der neue Sterilisator von W&H.



Ausgehend von dem großen Erfolg des ersten Lisa Autoklaven bringt das Unternehmen nun mit dem neuen Produkt ein revolutionäres Gerät auf den Markt. Forscher und Entwickler haben Jahre geprüft, probiert und getestet, um die bereits vorhandene Technologie noch weiterzuentwickeln. Ergebnis dessen ist unter anderem der neue patentierte ECO-B-Zyklus und das „Air detection System“. Ersterer erlaubt die Verminderung der Laufzeit, indem der Mikroprozessor vollausgenutzt wird. Der Mikroprozessor kann die Höhe der Belastung messen und optimiert die Zeiten für die Trocknungsphasen, die nötig sind, um den korrekten Sicherheits-

kreislauf zu beenden. Das „Air detection System“ überprüft die Restluft in der Sterilisationskammer, die beim Eindringen von Dampf hinderlich ist. Man hat also absolute Kontrolle über den Sterilisationsprozess! Mit dem ECO-B, dem kürzesten echten „Klasse B-Zyklus“, der neuen Turbo-Vakuumpumpe und den programmierbaren Zyklusstartzeiten stellt Lisa einen neuen Rekord in Schnelligkeit und Wirtschaftlichkeit auf. Und wie schon beim Vorgängermodell legte W&H Sterilization neben Sicherheit und Technologie auch sehr großen Wert auf das Design der Lisa – der Autoklav wirkt wie ein Gerät aus einer fernen Zukunft. Lisa ist tatsächlich ein neues Technik- und Designwunder.

Weitere Informationen fordern Sie bitte bei Ihrem Dentaldepot an oder direkt bei **W&H Deutschland GmbH + Co. KG**
Tel.: 0 86 82/89 67-0, wh.com

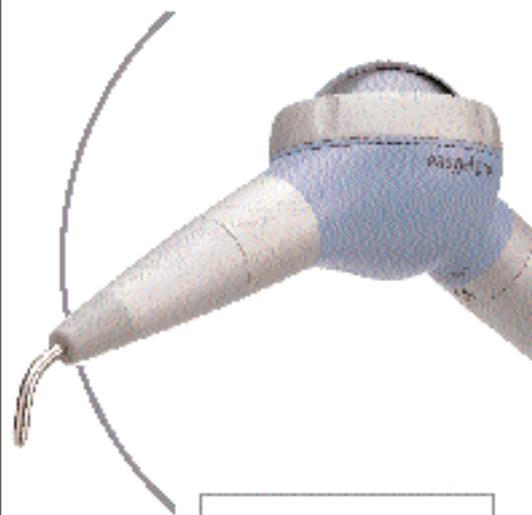
Diese Beiträge basieren auf den Angaben der Hersteller und spiegeln nicht immer die Meinung der Redaktion wider.

mectron

modern – zuverlässig – preiswert

easyjet pro

einfach handlicher,
– einfach günstiger



Für nur 795,00 €* wird Ihre Turbinenkupplung zum Prophylaxezentrum!

easyjet pro ist für max. 1000 U/min geeignet
 Turbinenkupplungen 1000 U/min

*Preis zzgl. gesetzl. MwSt. Änderungen vorbehalten



smile. we like it!

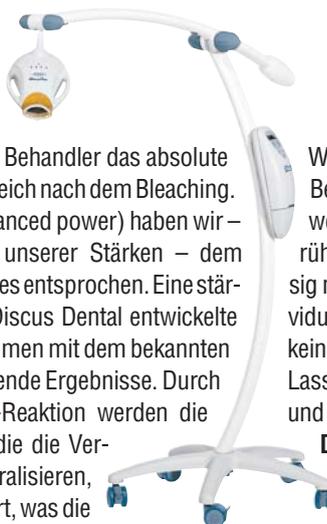
mectron Deutschland
 Vertrieb GmbH

Kalbanning 17
 D-40 041 Oberbaching
 tel: +49 29 62 95 0 0 0
 fax: +49 29 62 95 0 9 9
 info@mectron-dm.de

Zahnaufhellung: Überragende Ergebnisse

Seit der Markteinführung von Zoom! im Jahre 2002 in den USA hat sich nicht zuletzt durch die abc Fernsehsendung „Extreme Makeover“ eine Marke entwickelt: I got „zoomed“ today hört man Menschen mit strahlendem Lächeln sagen. Bis heute sind es über 35.000 Geräte weltweit und auch in Deutschland hat das In-Office-Zahnaufhellungssystem Zoom! schon fast 600 Anhänger in zwei Jahren gefunden. Zoom2, als geschlossenes System, überzeugte durch schnelle Ergebnisse mit deutlich geringeren Sensibilitäten, doch fehlte man-

chem Kunden und Behandler das absolute „Wow-Erlebnis“ gleich nach dem Bleaching. Mit Zoom AP (advanced power) haben wir – und das ist eine unserer Stärken – dem Wunsch des Marktes entsprochen. Eine stärkere, speziell für Discus Dental entwickelte Birne erzielt zusammen mit dem bekannten Zoom Gel überragende Ergebnisse. Durch die Photo-Fenton-Reaktion werden die freien Radikale, die die Verfärbungen neutralisieren, permanent erneuert, was die



Wirksamkeit des H₂O₂-Gels während jedes Beleuchtungszyklus im Rahmen der Halbwertszeit optimiert und ein manuelles „Umrühren“ wie bei anderen Systemen überflüssig macht. Sensibilitäten sind wie immer individuell, aber wichtig ist die Tatsache, dass es zu keinerlei bleibenden Schädigungen kommt. Lassen Sie sich live in Ihrer Praxis überzeugen und vereinbaren Sie einen Termin mit uns.

Discus Dental Europe B.V.
Tel. 0800/4 22 84 48
www.discusdental.de

Polierhandstück: Sicherer, rutschfester Griff

Das NSK Prophy-Mate, ein Zahnreinigungs- und Polierhandstück, bietet für die meist verwendeten Kupplungsmarken (d.h. für KaVo® MULTIflex®-Kupplung, W&H® Roto Quick®-Kupplung, Bien-Air® Unifix®-Kupplung und Sirona® Quick-Kupplung) eine Innovation in neuem Design. Das praktische Handstück ist für kleine und größere Hände geeignet und bietet sicheren, rutschfesten und angenehmen Griff auch bei längerem Arbeiten. Das Prophy-Mate-Instrument ist um 360° drehbar. Die Handstückverbindung ist so konstruiert, dass sie auch bei starkem Luftdruck frei beweglich ist. Um die Prophy-Mate-Handstücke von der auf dem Teil mit dem Pul-

verbehälter befindlichen Kupplung zu lösen, zieht man einfach den Schnelllösering zurück. Für die Pflege des Instruments verwendet man die mitgelieferte Reinigungsbürste und den Draht, beziehungsweise wird das Ausblasen der Düse mit Luft nach jeder Behandlung empfohlen. Die Sprühdüse kann außerdem zur gründlichen Reinigung abgenommen werden; eine Ersatzdüse wird mitgeliefert. Das Pulverbehältereil ist mit Doppelstrahldüsen ausgerüstet. Durch die Doppelstrahldüsen gelangt gleichzeitig Luft in den Pulverbehälter, wodurch das Pulver konstant in Richtung mittlere Saugdüse gedrückt wird.



NSK Europe GmbH
Tel.: 0 69/74 22 99-0
www.nsk-europe.de

Laserzahnheilkunde: Ratio und Ästhetik

Der Name ist zwar neu – das Management dieses Dentallaser-Spezialisten gehört jedoch zu den Pionieren der Laserzahnheilkunde. Der DEX-Diodenlaser setzt neue Maßstäbe in Qualität, Leistung, Ästhetik und Preis und ist eine rundum gelungene Entwicklung. So stören z.B. keine Außenfasern, da der DEX-Laser über ein kaum hörbares, zuverlässig funktionierendes Faser-Aufrollsystem verfügt.

Bei diesem zieht man die Faser auf Arbeitslänge aus dem Gerät heraus, appliziert und führt diese danach wieder zurück. Um die Anwendung so einfach und angenehm wie möglich zu gestalten, ist beim DEX-Laser nicht nur die komplette Applikationstabelle im



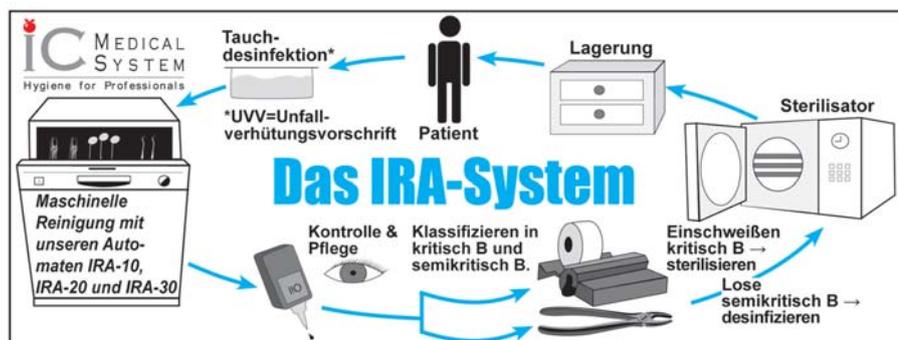
Gerätedisplay einsehbar, sondern dieser Laser liefert zudem, jeweils pro Arbeitsprogramm, mit nur einem Touch auf dem Display hilfreiche Applikationshinweise. Der DEX-Laser unterscheidet sich von anderen Lasern nicht nur durch seinen günstigen Preis. Auch die Verarbeitungsqualität, technische Leistung, Funktionalität und Kompaktheit – abgerundet durch das exklusive DEX-Design – entsprechen den heutigen hohen Anforderungen. Die perfekte Kombination aus Ästhetik, Leistung und Preisvernunft.

DEX LASER GmbH
Tel.: +41-71/670 16 60, www.dexlaser.com

Diese Beiträge basieren auf den Angaben der Hersteller und spiegeln nicht immer die Meinung der Redaktion wider.

herstellereinformation

Instrumentenpflege: Umstellung auf das IRA-System



IC Medical System stellte sich erfolgreich mit BSH (Bosch Siemens) der praktischen Umsetzung der im April 2006 veröffentlichten Richtlinien. Unter Berücksichtigung der Vorgaben des Robert Koch-Instituts, der Berufsgenossenschaft (UVV Unfallverhütungs-Vorschrift), der Bundesärztekammer (BZÄK), dem deutschen Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnarztpraxis und der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung (DGSV) gelang es mit den Instrumentenreinigungsautomaten der IRA-Serie ein wirtschaftliches und zugleich ganzheitliches Hygienesystem zu entwickeln, das es den Betreibern von Arztpraxen ermöglicht, völlige Rechtssicherheit bei der täglichen Arbeit zu erlangen. Bei diesem neuen System wird der Hygienekreislauf nie unterbrochen. Am Ende der Behandlung werden die Instrumente in eine Desinfektionswanne gelegt (UVV1). Die Instrumente werden nach der validierbaren maschinellen Reinigung mit den IRA-Instrumentenreinigungsautomaten IRA-10, IRA-20 und IRA-30 und der Kontrolle und Pflege in kritisch B und semikritisch B eingestuft. Auf die Unterscheidung

nach kritisch A und semikritisch A wird bewusst verzichtet. Je nach Einstufung werden die Instrumente eingeschweißt und sterilisiert oder lose in einem Tray in den Sterilisator gegeben und in diesem desinfiziert bzw. sterilisiert. Anschließend kann das Instrumentarium wieder sicher dem Behandlungskreislauf zugeführt werden. Da heute viele Zahnarztpraxen einen Sterilisator besitzen, den man zur Desinfektion verwenden kann, ist es aus wirtschaftlicher Sicht rentabler, sich einen Instrumentenreinigungsautomaten anstelle eines teuren Thermodesinfektors zu kaufen. Die Instrumentenreinigungsautomaten IRA-10, IRA-20 und IRA-30 von IC Medical System lassen sich in jede bestehende Praxiseinrichtung integrieren. Diese überzeugen nicht nur durch Wirtschaftlichkeit, sondern auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht. Sie bieten mit ihren niedrigeren Anschaffungs- und Requalifizierungskosten einen entscheidenden Vorteil gegenüber teuren Thermodesinfektionsgeräten.

IC Medical System GmbH
Tel.: 071 81/70 60-0, www.icmedical.de

Prophylaxe: Extra weiche Interdentalbürsten

Jetzt neu im Sortiment! TePe Interdentalbürsten mit extra langen und extra weichen Borsten für eine sanfte und schonende Reinigung. Speziell ausgewählte Borsten von höchster Qualität versprechen eine effiziente Reinigung und Haltbarkeit. Die langen und x-weichen Borsten sind raumfüllend und schonend für die Papille. Sie sind besonders empfehlenswert bei jungen Patienten mit intakten Papillen, schmerzempfindlichen Zähnen, Gingivitis oder Mundschleimhauterkrankungen.



Außerdem sind die Bürsten nach operativen Eingriffen gut geeignet.

Die fünf verschiedenen Größen der x-weichen TePe Interdentalbürsten entsprechen in ihrer Gängigkeit den bekannten TePe Interdentalbürsten. Um sie leichter unterscheiden zu können, sind die neuen x-weichen Bürsten in Pastellfarben gehalten.

TePe Mundhygieneprodukte Vertriebs-GmbH
Tel.: 0 40/51 49 16 05, www.tepe.se

Diese Beiträge basieren auf den Angaben der Hersteller und spiegeln nicht immer die Meinung der Redaktion wider.



Die clevere Alternative

www.icmedical.de · info@icmedical.de · fon. 07181 / 7060-0 · fax. 07181 - 70 60-99 · icmedical Wintertbach · fon. 07181 / 7060-0 · fax. 07181 - 70 60-99



DAS RAUM-WUNDER IRA-10



DIE GOLDENE MITTE IRA-20



DER GROSSE BRUDER IRA-30

Rechtssichere Instrumentenaufbereitung

Die Instrumentenreinigungsautomaten von IC Medical System sind, durch Integration von vorhandenen Ressourcen (Sterilisator) eine Alternative zu teuren Thermodesinfektionsgeräten. Sie wurden anhand der Empfehlungen und Richtlinien von BZÄK, RKI und DGSV entwickelt. Sie garantieren einen hohen Qualitätsanspruch in der Reinigung Ihrer Instrumente und sorgen für die nötige Rechtssicherheit Ihrer Praxis. IC Medical System – für die Gesundheit von Patienten, Ärzten und Praxispersonal.



Ja, ich möchte mehr Informationen Faxantwort an 071 81 / 706099

Digitalkamera:

Tolles Design, hohe Ausflösung

Das neue KODAK P712 Dentale Digitalkamerasystem mit 7,1 Megapixeln Auflösung zeichnet sich durch die bereits aus den bisherigen Modellen bekannte benutzerfreundliche Handhabung aus und verfügt darüber hinaus über eine höhere Auflösung und zusätzliche dentale Einstellungen. Das KODAK P712 System ist eine hochwertige Digitalfotografie-Lösung zur einfachen Anfertigung von dentalen Standardaufnahmen. Es ist leicht zu bedienen und kann deshalb sofort in der Praxis eingesetzt werden. Durch die höhere Auflösung (7,1 Megapixel) werden eine bessere Bildqualität und eine größere Detailgenauigkeit erreicht. Das System wird mit zwei programmierten Dentaleinstellungen für Porträt-, Intraoral- und Spiegelaufnahmen geliefert und bietet außerdem eine verbesserte Ausleuchtung für intraorale Fotos.

Weitere Merkmale des KODAK P712 Systems:

- Vollständige Integration in die KODAK Bildbearbeitungssoftware
- Bildstabilisator
- Einzigartiges Design des KODAK Ringblitzes und Makro-Objektivs 2 für gleichmäßig ausgeleuchtete Makro-Aufnahmen
- 32 MB interner Speicher
- 256 MB SD-Speicherkarte; Optischer 12-fach-Zoom und 3,3-fach-Digitalzoom
- Abstandsmesshilfe und ein großes 63,5-mm-LCD-Display
- KODAK EASYSHARE Druckerstation zum schnellen Ausdrucken hochwertiger Farbsublimationsbilder im Format 10 cm x 15 cm

Zum KODAK P712 System gehören ein umfangreicher KODAK Kundensupport und erweiterte Garantieleistungen: Wird innerhalb ei-



nes Jahres nach Erwerb des Geräts ein Defekt festgestellt, wird es ersetzt.

Kodak Dental Systems GmbH

Tel.: 0800/0 86 77 32

www.kodak.de/dental

Digitale Praxis:

Röntgen in der dritten Dimension

Am 18. November 2006 wurde in Bensheim gemeinsam von pluradent und Sirona die erste Veranstaltung zum neuen 3-D-Röntgengerät Galileos durchgeführt. Mehr als 50 Zahnärzte aus ganz Deutschland nahmen an diesem Event teil.

Galileos ist das neue Röntgengerät von Sirona. Es stellt einen bedeutenden Schritt in die Röntgendiagnostik der 3. Dimension dar. Dies wurde in den Vorträgen von Dr. Perterke, niedergelassener Zahnarzt in Köln, Dr. Ritter, Universitätsklinik Köln, und Dr. Mischkowski, Universitätsklinik Köln, deutlich hervorgehoben. Alle Referenten waren sich einig, dass Galileos, das auf Basis der ConeBeam-Technologie arbeitet, das diagnostische Potenzial der aktuellen Röntgendiagnostik um ein Vielfaches erweitert. Bisher wurde Galileos in mehr als 2.000 Fällen klinisch in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universitätsklinik zu Köln eingesetzt. 14 Sekunden dauert der 3-D-Scan, der auf einem Volumen von



15 x 15 x 15 cm³ basiert. Für die Implantologie wurde zudem ein speziell integrierter Workflow programmiert, der die Implantat-

planung und die Erstellung von Bohrschablonen umfasst. Alle Teilnehmer der Veranstaltung waren sich einig, dass Galileos ein wesentlicher Beitrag in Richtung moderner und zukunftsweisender Zahnheilkunde ist. Die Implementierung von Galileos in die zahnärztliche Praxis erfordert neben den Röntgenkenntnissen auch Wissen bezüglich der Netzwerktechnik. pluradent bietet den Zahnärzten deshalb die Unterstützung durch Spezialisten an, die sich ausschließlich mit den Themen Röntgendiagnostik und Netzwerktechnik beschäftigen. Diese stehen den Zahnärzten für den individuellen Beratungsservice zur Verfügung, betonte Karl-Wilhelm Triebold, Sprecher des Vorstandes der pluradent AG. Für weitere Informationen steht Ihnen Ihr pluradent-Fachberater oder Ihre pluradent-Niederlassung gerne zur Verfügung.

pluradent AG & Co KG

Tel.: 0 69/8 29 83-0

www.pluradent.de

Diese Beiträge basieren auf den Angaben der Hersteller und spiegeln nicht immer die Meinung der Redaktion wider.

Sanftes Waschen mit Aloe Vera



Dr. Storz Aloe Vera Waschlotion – ideal für die Haut von Zahnärztin, Zahnarzt und zahnärztlicher Fachassistentin.



Die handliche griffige Portionsierungsflasche erleichtert die Entnahme von nur der jeweils genau benötigten Portion Waschlotion.



Nicht nur während des Waschens selbst, sondern auch danach fühlen sich die Hände angenehm gepflegt an, ohne jedoch einen störenden Film aufzuweisen.

Bis zu zwei Quadratmeter unseres Körpers sind von Haut bedeckt. Auf einem einzelnen Quadratzentimeter davon finden sich über einhundert Schweißdrüsen, über 5.000 Sinneskörper, 400 Zentimeter Nervenfasern und 200 Schmerzpunkte. Lesen Sie im folgenden Artikel, wie Sie Haut und Hände richtig pflegen können.

| ZMF Susanne Püttmann

Die Zahnärztinnen und Zahnärzte und wir Zahnärztliche Fachassistentinnen, Prophylaxeassistentinnen und Fachangestellten haben mit unserer Haut ein besonderes Problem. Früher dachte man, Krankheiten gelängen erst durch das Säubern in die Haut. Ja sogar Ärzte waren bis weit in das 18. Jahrhundert hinein der Meinung, dass Wasser und Luft der Haut schaden! „Zu viel Waschen ist ungesund, da wird die Haut so dünn von!“ Dieser Spruch trägt aber auch ein kleines Körnchen Wahrheit in sich. Seife, ein chemisches Produkt der Zerlegung von Fetten, hat nämlich den Nachteil, dass sie einen Teil des natürlichen schützenden Fettfilms der Haut entfernt. Unsere Hände werden dann rissig und rau. Andererseits aber können wir uns in unserem Beruf nicht erlauben, die Hände ungewaschen zu lassen, denn die neuen Hygienevorschriften gemäß den Richtlinien des Robert Koch-Instituts wollen ja bekanntlich erreichen, dass die Übertragung von gefährlichen Infektionskrankheiten durch eine sinnvolle Hygiene vermieden wird. Das Tragen von Handschuhen bei der Untersuchung oder Behandlung von zahnärztlichen Patienten gehört deshalb zur Selbstverständlichkeit. Auch wenn wir eine sehr gute Qualität mit einer verminderten Allergiegefahr auswählen, strapazieren diese Handschuhe dennoch unsere Haut. Die Hautatmung wird verhindert und die Feuchtigkeit der oben erwähnten Schweißdrüsen auf den Händen kann nicht nach außen durchdringen. Deswegen ist die Anwendung einer besonders guten „Seife“ für uns wichtig.

Alternative Aloe Vera

Hautpflege ist für uns zahnmedizinisches Fachpersonal von großer Bedeutung. Die richtigen Präparate dazu auch. Immer noch recht wenig bekannt ist, dass auch andere Zubereitungen eine sehr gute Reinigung ohne die von Seife bekannten Nebenwirkungen erreichen. Wir verwenden in unserer Praxis seit einiger Zeit eine Waschlotion, die seifen-, alkali- und farbstofffrei ist. Und die gefällt uns gut. Neben der schonenden seifenfreien Wirkung enthält sie auch noch Aloe als Pflegebestandteil. Aloe, die Mineralstoffe, Vitamine, Aminosäuren und sekundäre Pflanzenstoffe, sogenannte Flavonoide enthält, ist in vielen Berichten als inneres und äußeres Hausmittel bekannt. Bereits Alexander der Große ließ Verletzungen seiner Soldaten erfolgreich mit dem Saft der Aloe Vera behandeln. Und sowohl Nofretete als auch Cleopatra verführten nach Anwendung einer Aloe-Paste zur Haut- und Schönheitspflege ihre Liebhaber. Wir haben bei der Anwendung der Dr. Storz Aloe Vera Waschlotion von der Firma RIEMSER (PZN 1259817) in unserer Praxis jedenfalls feststellen können, dass sie unserer strapazierten Haut gut tut. Nebenwirkungen sind bis jetzt nicht aufgetreten. Daneben gibt es aus der Dr. Storz-Serie noch eine Menge weiterer interessanter Aloe Vera-Hautpflegeprodukte, wie zum Beispiel Aloe Vera-Gel, Hautlotion, Hautfunktionsöl sowie Tages- und Nachtcreme. Erhältlich sind die Dr. Storz-Hautpflegeprodukte in allen Apotheken. Bezugsquellen nennt Ihnen aber auch gerne die Firma RIEMSER. ||

kontakt:

RIEMSER Arzneimittel AG

An der Wiek 7

17493 Greifswald – Insel Riems

Tel.: 03 83 51/7 60

Fax: 03 83 51/3 08

Komplett in der Prophylaxe

Die Firma Hager & Werken bietet ein breites Sortiment von Geräten, Praxismaterialien und Produkten zur häuslichen Zahnpflege an. Neu im Portfolio ist seit Juli 2006 die Cavitron®-Gerätreihe. Diese Geräte wurden bisher von DENTSPLY DeTrey selbst vertrieben. Ein Gespräch mit Gerd Apitz, Key Account bei DENTSPLY DeTrey und Andreas Huber, Geschäftsführer bei Hager & Werken, sowie Birgitte Kahn, Vertriebsleiterin Hager & Werken, bot die Gelegenheit, die Hintergründe dieser Zusammenarbeit näher zu beleuchten.

| Redaktion

Herr Apitz, DENTSPLY ist in den letzten Jahren eher dadurch aufgefallen, Firmen zu übernehmen, neue Produkte zu entwickeln und zu vertreiben als Aktivitäten abzugeben. Deshalb verblüffte die Nachricht schon, dass sich Ihr Konzern von der Cavitron-Reihe trennt.

GA: Von Trennung kann keine Rede sein. Cavitron ist und bleibt eine erfolgreiche Produktlinie von DENTSPLY und diese Geräte werden weiterhin von uns hergestellt und weltweit vertrieben. Der Kernmarkt sind die USA, wo diese Geräte einen Marktanteil oberhalb von 70 % besitzen. Wenn wir allerdings auf Deutschland schauen, dann liegt unsere Kernkompetenz vor allem bei Füllungsmaterialien, Abformmaterialien und Endodontie. In diesen Bereichen möchte DENTSPLY seine führende Rolle in Zukunft weiter ausbauen. Für dieses Ziel müssen wir,

vor allem auch unserem Außendienst, zusätzliche Freiräume verschaffen. Das war der wesentliche Grund dafür, den Cavitron-Vertrieb in Deutschland an einen Partner abzugeben, der Kompetenz besitzt, unser Vertrauen genießt und denselben Vertriebsweg – ausschließlich über den Fachhandel – benutzt. Die Wahl auf Hager & Werken fiel nicht zufällig. Die Reputation und Seriosität des Partners waren ausschlaggebend und wir werden eng mit Hager & Werken zusammenarbeiten. Wichtige Bereiche wie z. B. der Reparaturservice bleiben in den bewährten Händen unserer Mitarbeiter in Konstanz.

Herr Huber, Hager & Werken ist „als Spezialist für Spezialitäten“ sowieso für ein breites Sortiment bekannt. Durch Cavitron kommt ein weiteres, wichtiges Segment dazu. Wird das nicht zu viel?

AH: „Konzentration auf Kernkompetenz“ – das Stichwort gibt es nicht nur bei DENTSPLY, sondern auch bei Hager & Werken. Nur legen wir seit Jahren einen starken Schwerpunkt auf die Prophylaxe. Mit Verbrauchsmaterialien und dem miradent-Sortiment für Patienten sind wir hier schon gut aufgestellt. Bei Prophylaxegeräten waren wir nur mit Einzelprodukten aktiv – ohne signifikanten Marktanteil. Cavitron macht uns im Bereich Prophylaxe praktisch zu einem Komplettanbieter, der von einer Einmalzahnbürste bis zu einem Ultraschallge-



Interessiert: Vertriebsleiterin Birgitte Kahn stellt auf der Fachdental Frankfurt das Cavitron-Gerät vor.



Partnerschaftlich: Gerd Apitz, Key Account – DENTSPLY DeTrey (li.) und Andreas Huber, Geschäftsführer – Hager & Werken.

interview

rät fast alles abdeckt, was die Praxis und die Patienten hier brauchen.

Wie geht Hager & Werken an diese Aufgabe heran? Was darf der Markt von Ihnen hier erwarten?

AH: Eine besondere Konzentration auf das Thema Prophylaxe. Nicht so sehr mit lautem Marketing-Geschrei, sondern vielmehr mit Kompetenz. Das erfordert gut ausgebildete Mitarbeiter und Zeit für den Kunden. Zu einem Verkauf z. B. gehört eine detaillierte, zeitaufwendige Geräteeinweisung. Zeit bedingt natürlich auch Personal, also werden wir schrittweise den Außendienst aufstücken.

BK: Zusätzlich wird das Kursangebot verstärkt und professionalisiert. Und ein paar Pfeile haben wir noch im Köcher, ohne heute schon darüber zu sprechen.

Herr Huber, vor Kurzem endete ihre Vertriebszusammenarbeit mit dem japanischen Hersteller Kuraray. Ist die Zusammenarbeit mit Cavitron zeitlich begrenzt oder langfristig angelegt?

AH: Für Kuraray haben wir bei Null angefangen und ca. 15 Jahre unseren Beitrag geleistet, diese Firma und ihre hervorragenden Produkte hier zu etablieren. Bei Cavitron ist das anders. Die Marke und die Produkte sind weltweit sehr bekannt, darauf können wir aufbauen. Außerdem verbindet uns mit DENTSPLY eine jahrzehntelange Freundschaft.

Herr Apitz, Sie sprachen von neuen Cavitron-Produkten. Was meinen Sie damit? Wie viele verschiedene Cavitron®-Geräte gibt es?

GA: Prinzipiell unterscheidet man Geräte für die Zahnsteinentfernung, Wurzelglättung und Pulverstrahlreinigung sowie eine Kombination von beiden. Die neue Generation, die „Cavitron Plus“-Serie, ist als Kombinationsgerät und als Ultraschallscaler erhältlich. Bei beiden Geräten wurden eine ganze Reihe neuer technischer Details integriert. So verfügt die Pluslinie über eine Spülfunktion, ein neues, mehr als 1.000-mal autoklavierbares Handstück, einen kabellosen Fußschalter sowie ein Selbstdiagnose-Display.

Frau Kahn, sie sind eine echte Cavitron-Spezialistin. Grundsätzlich, wodurch zeichnet sich die Cavitron-Reihe aus? Welche konkreten Vorteile bieten sie?

BK: Cavitron war 1957 weltweit das erste Ultraschalltischgerät in der Zahnarztpraxis

und ist so eine Art Synonym für die ganze Technologie geworden. Heute reden viele Praxen von „unserem Cavitron“, auch wenn sie ein Gerät einer anderen Firma benutzen. Grund für diese Ausnahmestellung dieser Geräte ist die grundsätzliche Funktionsweise. Durch die magnetostruktive Antriebsart und der daraus resultierenden Arbeitsbewegung der Spitze ergeben sich wesentliche Vorteile für Behandler und Patienten. Besonders zu erwähnen ist, dass die Instrumenteneinsätze zum flächigen Instrumentieren mit einer hauptaktiven Arbeitsspitze von mehr als 4 mm verwendet werden können. Dadurch vermeidet man irreversible Kratzer auf der Zahnoberfläche, verbessert die Taktilität und gleichzeitig den Patientenkomfort.

Neben dem Cavitron®-Gerät vertreiben Sie natürlich noch weitere innovative Produkte. Neu in Ihrem Portfolio ist z. B. GapSeal, ein Material zur Versiegelung von Implantatinnenräumen. Sind andere Produkte von Hager & Werken geplant, auf die sich die Zahnärzte freuen können?

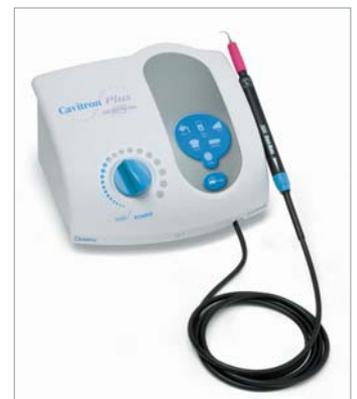
AH: Hager & Werken steht wie kaum ein anderes Unternehmen für Innovationen. Bei uns wird es auch in den nächsten Jahren immer wieder was Neues geben. Nur die hohen Kosten bei der Produktentwicklung und Registrierung, wie das CE-Zeichen, machen die Neueinführung von Produkten teuer. Nehmen Sie GapSeal, das bestimmt sehr interessante Versiegelungsmaterial für Implantate. Da sind in Produktentwicklung, Herstellung und Zertifizierung von verschiedenen Partnern inzwischen wirklich stattliche Beträge investiert worden.

Zusammengefasst, Herr Apitz, Herr Huber: Wo sehen Sie Cavitron in circa drei bis fünf Jahren?

GA: Natürlich erwarten wir, dass der Marktanteil von Cavitron in Deutschland nicht nur stabil gehalten, sondern erweitert wird.

AH: Sicher wird uns das Argument „Komplettanbieter in Sachen Prophylaxe“ helfen. Es gibt wahrscheinlich schon heute keine Praxis, die nicht mindestens ein Hager & Werken Prophylaxeprodukt benutzt. Denken Sie an Mira-2-Ton, die Einfärbelösung für Plaque. Oder die Happy Morning Einmalzahnbürste. Und die verschiedenen miradent-Produkte. Da ergeben sich eine ganze Menge Synergien, die wir nutzen wollen.

Vielen Dank für das interessante Gespräch. ||



Innovativ: Die „Cavitron Plus“-Serie ist als Kombinationsgerät und als Ultraschallscaler erhältlich.



Exploring the limits

Vollkeramik im Fokus des Interesses

Bereits in der ZWP today 8/06 berichteten wir über den Scientific Congress der Firma Ivoclar Vivadent, in dessen Mittelpunkt die hochaktuellen Themen Vollkeramik und CAD/CAM standen. Jetzt ist der Vollkeramikblock IPS Empress CAD des Liechtensteiner Erfolgsunternehmens auch im Handel erhältlich.

Claudia Hartmann

Exploring the limits ... – hieß es im September für knapp 80 Vollkeramikspezialisten und das Motto des Scientific Congresses von Ivoclar Vivadent war Programm: Der Marktführer im Bereich Vollkeramikprodukte informierte die Anwesenden nicht nur über Produktneuheiten, firmenstrategische Entwicklungen und Trends in der Dentalbranche, sondern ließ sich für die zumeist weit angereisten Gäste auch in diesem Jahr etwas ganz Besonderes einfallen. Elf mutige Teilnehmer konnten nach interessanten Vorträgen am ersten Kongresstag ihre persönlichen Grenzen ausloten und sich zusammen mit dem Team der Voralberger Rettungsflugwacht vom Himmel stürzen – mit einem Fallschirm versteht sich. Die Teilnehmer waren begeistert und die Fallschirmsprünge neben innovativen CAD/CAM-Technologien das Gesprächsthema des Tages.

Modernes Forschungs- und Entwicklungszentrum

Für Ivoclar Vivadent ist das jährliche Expertentreffen eine Verpflichtung. Das Unternehmen aus Schaan in Liechtenstein hat eine bedeutende Forschungsabteilung, die regelmäßig von führenden Wissenschaftlern aus aller Welt besucht wird, um die neuesten Untersuchungsergebnisse mit Kollegen aus aller Welt zu erörtern. So auch diesmal. Zu den renommierten Referenten des Scientific Congresses gehörten Dr. U. Brodbeck und Dr. I. Sailer (Zürich), Prof. D. Edelhoff (München), Prof. Tinschert (Aachen), Dr. J.

Sorensen (Portland, USA), Dr. S. Scherrer (Genf), Prof. R. Kelly (Farmington, USA), Dr. C. Stappert (Freiburg/New York), Prof. M. Kern (Kiel), Prof. W. Mörmann (Zürich) und Prof. C. Munoz (Buffalo, USA) – allesamt Koryphäen auf ihrem Gebiet. Sie diskutierten über Glas-Keramik, Lithium-Silikate, Zirkonimplantate, Zementierung, Fraktographie sowie über den IPS e.max und IPS Empress CAD von Ivoclar Vivadent, der von Forschungs- und Wissenschaftsleiter Volker Rheinberger vorgestellt wurde.

Referent Dr. Daniel Edelhoff ist begeistert: „Die Schwierigkeit, komplexe Patientenfälle farbübereinstimmend, hoch ästhetisch und mit unterschiedlichen vollkeramischen Materialien zu versorgen, gehört mit IPS e.max und IPS e.max Ceram der Vergangenheit an.“ Und auch die neuesten Forschungsergebnisse zum Vollkeramikblock IPS Empress CAD sprechen für sich. So können ab sofort Zahnarzt und Zahntechniker auf moderne Weise ästhetische Empress-Restaurationen mit dem CEREC-Gerät oder inLab selbst fertigen.

Vollkeramik immer beliebter

Die Vollkeramik ist unbestritten eines der am schnellsten wachsenden Bereiche in der Zahnheilkunde. Robert A. Ganley, Chief Executive Officer der Ivoclar Vivadent AG, glaubt deshalb auch für das kommende Jahr an ein enormes Wachstum in diesem Segment. Immerhin sei die Vollkeramik eine

kontakt:

Ivoclar Vivadent AG

Bendererstr. 2

FL-9494 Schaan

Fürstentum Liechtenstein

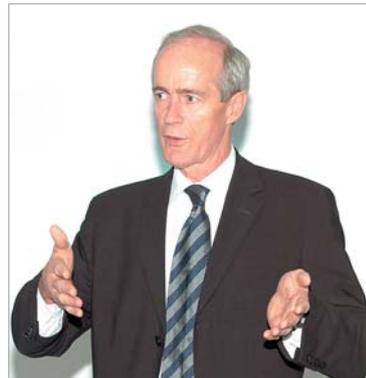
E-Mail: info@ivoclarvivadent.com

www.ivoclarvivadent.com

Kernkompetenz von Ivoclar Vivadent: „Was wir mit der Einführung von IPS Empress vor 15 Jahren begonnen haben, setzen wir kontinuierlich fort“, so der CEO. Ab sofort bietet das Unternehmen IPS Empress als schleifbare Blocks für die CAD/CAM-Verarbeitung an. Diese Blocks zeichnen sich durch eine hohe Transluzenz (in den zwei Transluzenzstufen HT, High Translucency und LT, Low Translucency), einen niedrigen Helligkeitswert, einen sehr guten Chamäleoneneffekt und eine schneideähnliche Fluoreszenz aus. Damit sind sie ideal geeignet für die

von CAD/CAM-Keramiken sogar verdreifacht. Der Bedarf ist auf jeden Fall da, denn die Ästhetik entwickelt sich immer mehr zum Antrieb für das dentale Geschäft.

„Die digitale Technologie hat das Potenzial, die Zahnheilkunde auf positive Art und Weise zu verändern. Wir beabsichtigen, unsere führende Rolle im Bereich der Dentalmaterialien für die CAD/CAM-Technologie weiter voranzutreiben“, ist Robert A. Ganley überzeugt. Deshalb hat Ivoclar Vivadent auch in die CAD/CAM-Technik von Sirona investiert und ver-



Rund 80 Vollkeramikspezialisten trafen sich beim Scientific Congress zum wissenschaftlichen Meinungsaustausch.

Robert A. Ganley betont die Bedeutung von digitaler Zahnheilkunde und der CAD/CAM-Technik für Ivoclar Vivadent.

IPS Empress CAD – die neuen schleifbaren Blocks für die CAD/CAM-Technik.

Herstellung von Inlays, Onlays und Veneers. Das Blockangebot umfasst sechs Größen, die ideal auf die jeweilige Indikation abgestimmt sind. Neben diesen monochromatischen Blocks ist auch ein mehrfarbiger IPS Empress CAD Multi Block im Programm, der durch seinen natürlichen Farbverlauf von Dentin zu Schneide ohne individuelle Charakterisierung für Voll- und Teilkronen sowie Veneers eingesetzt werden kann.

Erfolgreiches Unternehmen

Die Geschichte von Ivoclar Vivadent begann vor über 80 Jahren in Zürich mit der Produktion künstlicher Zähne aus Keramik. Heute ist das Unternehmen mit einem weltweiten Marktanteil von ca. 30 % im Bereich Vollkeramik Marktführer. Doch der Hersteller von qualitativ hochwertigen ästhetischen Dentalmaterialien ruht sich nicht auf diesen Lorbeeren aus, sondern baut seine Vorreiter-Stellung kontinuierlich aus. So wurden 5,2 Millionen in eine neue Keramikproduktionshalle und Spezialanlagen in Schaan investiert. In der Halle entstehen mittels innovativer Technik circa 3,5 bis 4 Millionen Vollkeramikblöcke pro Jahr. Damit wurde die jährliche Produktionsmenge

spricht sich von der starken Partnerschaft positive Synergieeffekte. In Deutschland wurden die hochgesteckten Ziele des Unternehmens zum Teil schon erreicht: „Nach dem marktbedingten Umsatzeinbruch im Jahr 2005 – ausgelöst durch das Gesundheits-Modernisierungsgesetz – kann die deutsche Gesellschaft von Ivoclar Vivadent für 2006 eine positive Entwicklung vermelden, die zusätzliche Impulse durch die fortschreitende Bündelung unserer bereichsübergreifenden Vertriebs- und Marketingaktivitäten erhalten wird“, sagt Josef Richter, Geschäftsführer Ivoclar Vivadent GmbH Deutschland und Mitglied der Geschäftsleitung.

Im Jahr 2005 belief sich der Gesamtumsatz der Ivoclar Vivadent AG auf über 523 Millionen CHF – eine Steigerung um 3 % gegenüber dem Vorjahr. Ein Wachstum konnte bei allen Fokusprodukten erreicht werden. Vor allem in den Bereichen Füllungs-, Befestigungs- und Vollkeramikmaterialien sowie auf dem Gerätesektor erzielte die Firma ein beachtliches Umsatzwachstum. Grund dafür sind auch die neuen, innovativen Produkte wie IPS e.max, Tetric EvoCeram und Empress Esthetic. ■

Der Laser gehört in jede moderne Praxis!

Der Börsengang von elexxion ist für den Laserhersteller aus Radolfzell bereits ein voller Erfolg. Unsere Redaktion sprach mit dem Vorstand der elexxion AG, Martin Klarenaar, über die Ziele des Unternehmens und über die Chancen der Laserbehandlung im deutschen Dentalmarkt.

Redaktion

Herr Klarenaar, Ihr Unternehmen ist Ende Oktober 2006 als erster Laserhersteller auf dem deutschen Dentalmarkt an die Börse gegangen. Warum haben Sie diesen Schritt getan und war er erfolgreich?

Richtig, wir sind seit dem 31. Oktober an der deutschen Wertpapierbörse in Frankfurt gelistet. Der Anlegerbrief Performaxx schrieb: „Der Börsengang von elexxion könnte sich in den kommenden Jahren als wahre Erfolgsstory erweisen. Auf dem aktuellen Kursniveau bietet das Papier enor-

so ist, wird über Marktdaten spekuliert und auch gelogen, dass sich die Balken biegen. Wir werden das ändern und den Laserinteressierten klare Fakten auf den Tisch legen. Einen ersten Schritt haben wir getan.

Welche Ziele verfolgt die elexxion AG auf dem nationalen und internationalen Markt? Wie viele Laser stehen in deutschen Zahnarztpraxen und wie groß ist Ihrer An-

„In den Augen der Zahnärzteschaft ist ein Laser immer noch ein Luxusinstrument, das zum einen teuer ist und zum anderen konventionelle Methoden nicht ersetzen kann. Damit ist für viele das Thema vom Tisch. Leider.“

mes Potenzial. Wir haben die Aktie daher in unser Kurzfristdepot aufgenommen und empfehlen den Wert weiterhin als klaren Kauf.“

Der Börsengang war ein Erfolg, auf den wir stolz sind. Dennoch war das vorrangige Ziel nicht, Geld in die Kasse der elexxion einzuwerben. Wir haben deshalb nur 7 % der Aktien an den Markt gegeben. Der elexxion geht es gut, und wir hätten auch ohne IPO in den kommenden Jahren ein deutliches Wachstum vorweisen können. Vielmehr ging es uns um die Publizität und Transparenz. Der Lasermarkt ist in Deutschland ein Nischenmarkt, daher gibt es keine offiziellen Marktstudien. Weil das

sicht nach das Potenzial für den Dentallaser auf dem deutschen Markt?

Für mich ist das Ziel ganz klar: In jede zahnärztliche Praxis gehört ein Laser! Ich werde versuchen, mithilfe von Wissenschaftlern und Praktikern einen Paradigmenwechsel „pro Laser“ in Deutschland herbeizuführen. Ein ehrgeiziges Ziel, das ist mir klar. Wir alle wissen, dass es seit 1989 Laser in der Zahnheilkunde gibt, da muss man sich doch die Frage stellen, warum nur etwa 400 Geräte pro Jahr in Deutschland verkauft werden und warum seit 1989 nur ca. 4.500 Laser in Betrieb sind? Das sind 8 % aller Zahnarztpraxen, ein mageres Ergebnis. Das Problem liegt



Martin Klarenaar, Vorstand der Firma elexxion.

interview

weder bei den Zahnärzten noch bei den Wissenschaftlern, sondern eindeutig bei der Laserindustrie. Es werden immer wieder noch Interessenten frustriert, denen Versprechungen gemacht werden, die letztlich nicht haltbar sind. Ich bin ja schon froh über die Einigkeit, dass man mit einem Diodenlaser nicht bohren kann. Aussagen, dass man mit einer Wellenlänge alles sinnvoll machen kann, sind schon physikalisch falsch. Ich glaube einfach, dass wir den Markt nicht richtig durchdringen, denn wir haben es in 17 Jahren bisher nicht geschafft, die restlichen 92 % zumindest zu interessieren. Mein Wunsch ist, dass die Industrie näher zusammenrückt, dass wir gemeinsam und nicht gegeneinander das große Marktpotenzial mit fundierter und ehrlicher Aufklärungsarbeit angehen. Die Konkurrenzsituation hat sich, aufgrund des stagnierenden oder gar rückläufigen deutschen Marktes, stark verschärft, sodass dies wohl ein Wunsch bleiben wird.

Deutschland ist unser Heimatmarkt, das Fundament, auf dem wir aufbauen müssen, um das internationale Geschäft sicher und verlässlich zu konstruieren. Daher werde ich alles Mögliche tun, um diesen potenziellen Markt zu stärken.

Die Zahlen sind beeindruckend. Warum sollte Ihrer Meinung nach ein Zahnarzt einen Laser einsetzen?
In den Augen der Zahnärzteschaft ist ein Laser immer noch ein Luxusinstrument, das zum einen teuer ist und zum anderen konventionelle Methoden nicht ersetzen kann. Damit ist für viele das Thema vom Tisch. Leider. Ich könnte Ihnen jetzt stundenlang einen Vortrag darüber halten, warum ein Laser Sinn macht, reduziere es aber auf ein Beispiel. Ein befreundeter Endo-Spezialist aus Augsburg hat zu mir gesagt: „Martin, es gibt nur eine einzige gute Endo, nämlich dann, wenn du zu deiner guten konventionellen Arbeit einen Laser wie zum Beispiel den elexxion claros (Diode) einsetzt. Anders ist eine Desinfektion der Seitenkanäle bis

zu 1.000 µm nicht möglich.“ Solche Beispiele gibt es auch aus anderen Fachdisziplinen. Das müssen wir kommunizieren und da ist unter anderem auch die Oemus Media AG gefragt. Wir müssen den Nutzen für Zahnärzte aus medizinischer und ökonomischer Sicht viel stärker herausstellen. Was das angeht, sind die Amerikaner uns ein Stück voraus. Da werden jährlich fünfmal so viele Laser platziert, obwohl es nur knapp dreimal so viele Praxen wie in Deutschland gibt.

Welche Rolle spielt künftig der Wunsch des Patienten für den Lasereinsatz in der Zahnarztpraxis? Werden Sie verstärkt auf Patienten-seite für die Laserzahnmedizin werben?

Ich bin ein ziemlich ängstlicher Patient und gehe natürlich nur zu einem Zahnarzt, der auch einen Laser hat. Gott sei Dank kenne ich viele davon. Aber fragen Sie mal in Ihrem Verwandten- und Bekanntenkreis nach, wie viel Prozent wissen, dass es „Zahnarztlaser“ gibt. Sie werden überrascht sein, wie wenig das sind. Wenn Patienten also wüssten, wie angenehm die Behandlung mit einem Laser sein kann, dann würden sie diese Möglichkeit sicher nutzen wollen. Fazit: Wir müssen die Patienten informieren. Aber auch eine elexxion AG kann ein Budget, das 80 Millionen Menschen erreichen soll, nicht aufbringen. Nein, wir werden weiterhin die Zahnärzteschaft ansprechen, dabei aber ihre Patienten mit einbeziehen. Das hat zwei Vorteile; zum einen wird der Anwender marketingmäßig unterstützt, zum anderen können die Einsteiger herausfinden, ob sie ihren Patienten zukünftig die Lasertherapie anbieten wollen oder sogar müssen. Im Sinne unseres Slogans „It's in your hand“, werden wir neue und vielleicht auch ungewöhnliche Strategien anfassen. Deutschland wird uns spüren.

Vielen Dank und viel Erfolg bei der Erreichung Ihrer hochgesteckten Ziele. ||



SEMPERDENT
ZAHNERSATZ

**Keramik-
vollver-
blendung**

9,99

**Spitzen-
qualität
super-
günstig**

www.semperdent.de

Semperdent GmbH
Tadckenwaide 25
45446 Emmerich
am Rhein



Tel. 0690 1817181
(Nullbrand)
Fax 0 28 22 - 8 92 09
info@semperdent.de

Profimed + dental bauer:

Erhalt und Ausbau kundennaher Individualität



„Kooperation und Individualität bilden in sich keinen Widerspruch. Seit September 2006 besteht unser unternehmerischer Schulterchluss mit dental bauer“, so Kurt Immler, geschäftsführender Gesellschafter der Profimed Vertriebs GmbH, Wolfurt, Österreich. Das Unternehmen ist in diesem Markt anerkannter Marktführer als Spezialist mit ausgesuchten Materialien für zahnärztliche Praxis und zahn-technisches Labor. „Würde im Dentalmarkt die Bezeichnung Delikatessengeschäft vergeben,

am Telefon. Ständig geschultes Personal und langjährige Erfahrung bieten hierzu die Grundlage. Dieser Kundennutzen ist unsere Erfolgsrezeptur. dental bauer ist ebenfalls ein individuell geführtes Familienunternehmen und zählt mit der dazugehörigen Firmengruppe zu den Marktführern unter den Vollsortimentern in Deutschland.

Mein langjähriger persönlicher Kontakt zu Firmeninhaber Jochen G. Linneweh war auf unserem Entscheidungsweg in Richtung Zusam-

würde die Wahl sicher auf uns fallen. Zu unserem internationalen Sortiment gehört unsere fachbezogene Beratung direkt vor Ort beim Kunden oder

menschluss ein nicht unwesentlicher Faktor“ ergänzt Kurt Immler. Für die dental bauer gruppe ist diese individuelle „europäische Dentalallianz“ der erste Schritt in Richtung österreichischem Markt, gleichzeitig sieht Profimed hierin für sich langfristig eine Existenzsicherung. Der merkliche Vorteil für den Kunden liegt, wenn gewünscht, in einem voll sortierten Warenkorb von Materialien. In der weiteren Planung möchte Profimed Groß- und Kleingeräte mit den dazu gehörenden technischen Dienstleistungen anbieten. Mit der dazu gehörenden zusätzlichen Manpower will man neue Arbeitsplätze schaffen und im österreichischen Markt in Zukunft gemeinsam gesund wachsen.

dental bauer GmbH + Co. KG
Tel.: 0 70 71/97 77-0
www.dentalbauer.de

Verlosung von Instrumentarium:

Röntgen wie ein Gewinner

ANZEIGE

CURRICULUM
 Laserzahnmedizin



29.03. – 01.04.2007 in Kitzbühel

Zertifizierte Weiterbildung in Zusammenarbeit mit der ESOLA unter der Leitung von Prof. Dr. Moritz (Universität Wien)

- 3-Tages-Intensivkurs Modul I von II
- physikalische und rechtliche Grundlagen
 - Infos und Tipps für den Praxisalltag
 - praktische Übungen mit allen wichtigen Wellenlängen

Information und Anmeldung:
 Deutsches Zentrum für orale
 Implantologie Akademie GmbH
 Hauptstraße 7a, 82275 Emmering
 Telefon: 08141.594456
 Fax: 08141.594546
 office@dzoide
 www.dzoide

Zertifikat
 Laserschutzbeauftragter
 inklusive

Eine Messeaktion der besonderen Art gab es während der diesjährigen Fachdentalsaison bei der Firma Instrumentarium Dental. Unter dem Motto „Röntgen wie ein Gewinner“ verloschte Instrumentarium das neue Modell des legendären Orthopantomographen® OP 200™ im Wert von 27.000,- Euro. Am 11. November, auf der InfoDental Mitte in Frankfurt am Main, war es so weit. Viele Interessierte versammelten sich am Stand von Instrumentarium, um die Verlosung des Panorama-Röntgengerätes miterleben.



Dr. Sanal (Mitte). Mit ihm freuen sich: Kundendienstleiter Rainer Link, Geschäftsführer Philippe Geiselhard, Glücksfee Sonja Meyer und Verkaufsleiter Uwe Maske (v.l.n.r.).

Glücksfee Sonja Meyer zog den Coupon des glücklichen Gewinners aus dem Lostopf und überreichte ihn unter den Augen der Zuschauer dem Notar Heinz Ulrich Carl. Instrumentarium-Geschäftsführer Philippe Geiselhard griff sofort zum Telefon, um dem neuen Besitzer des OP200, Dr. Cem Sanal aus Mörfelden-Walldorf, persönlich zu gratulieren. Es kam einem großen Zufall gleich, dass der Gewinner gerade die InfoDental Mitte besuchte und nach wenigen Minuten mit einem Lächeln im Gesicht am Messestand von Instrumentarium eintraf. Stolz nahm er unter Beifall den Gewinnscheck für sein neues Röntgengerät in Empfang. Ab sofort hält das offene und elegante Design des OP200 Einzug in die Gemeinschaftspraxis von Dr. Sanal und Dr. Schmidt. Gegenüber seinem Vorgänger, dem OP100, weist der neue OP200 eine erhöhte Benutzerfreundlichkeit auf. Beim digitalen Gerät OP 200 D lässt sich das Bedienpaneel Smart-Pad™ integrieren, das einen interaktiven Navigator, einen hochauflösenden Vollfarbentouchscreen-Monitor und eine kontextsensitive Hilfe beinhaltet. Zusätzlich stehen dem Anwender animierte Leitfäden für die verschiedenen Programme zur Verfügung, um die korrekte Positionierung des Patienten sicherzustellen.

Instrumentarium Dental GmbH
Tel.: 0 78 51/9 32 90, www.instrumentariumdental.de

Institut für Wirtschaftspublizistik: Ständig wachsende Produktfamilie

„Praxiswissen auf den Punkt gebracht.“ – Unter diesem Motto bietet das IWW Institut für Wirtschaftspublizistik in Nordkirchen den niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzten mittlerweile fünf monatlich erscheinende Informationsdienste, einen Online-Dienst und Seminare an. Im Vordergrund steht immer der Nutzwert: Sämtliche Informationen sind sofort in die Praxis umsetzbar, unterstützt durch Arbeitshilfen, Checklisten und Musterformulierungen. Die Informationsdienste sind werbefrei und nur im Abonnement erhältlich. Das Produktprogramm im Überblick:

- Der „Zahnärzte Wirtschaftsdienst“ enthält seit 25 Jahren Monat für Monat alles Wichtige zu den Themengebieten Steuern, Recht, Praxisführung, Finanzen und Wirtschaftlichkeitsprüfung. Zusätzlich profitieren die Leser von konkreten Gestaltungsempfehlungen sowie vielen praxiserprobten Arbeitshilfen.
- „Zahnmedizin Report“: Über 100 internationale zahnmedizinische Fachzeitschriften wertet der „Zahnmedizin Report“ aus und fasst das Entscheidende in deutscher Sprache zusammen. Im Online-Service erhalten die Leser zusätzlich den Zugang zu vielen Originaltexten in der Volltext-Version.
- „Abrechnung aktuell“ enthält aktuelle Informationen und Arbeitshilfen sowohl für die Kassenabrechnung und als auch für die Privatliquidation. Kompetente und direkt umsetzbare Informationen eines qualifizierten Autorenteams ermöglichen es dem Zahnarzt, seine Leistungen richtig und vollständig abzurechnen. Der Anteil „verschenkter“ Leistungen sinkt damit auf ein Minimum.
- „Privatliquidation aktuell“: Vor allem bei GOZ und GOÄ gibt es viele Bestimmungen und rechtliche Fallstricke, deren Kenntnis bei der vollständigen Abrechnung der Leistungen von großer Bedeutung ist. Daher ist „Privatliquidation aktuell“ ein wichtiger Wegweiser durch den Abrechnungsdschungel mit vielen Arbeitshilfen, unter anderem einer Vielzahl von Mustervereinbarungen und Musterschreiben zu Kostenerstattungsproblemen.
- „Praxisteam professionell“: Das jüngste Mitglied der IWW-Produktfamilie liefert für das gesamte Praxisteam in leicht verständlicher Form alles Wissenswerte zu den Bereichen Praxisorganisation und -marketing,

Privatliquidation aktuell	
11 November 2006 Der Informationsdienst erfolgreicher Zahnärzte	
Aktuelles	
Neuer ZE-Punktwert ab dem 1. Januar 2007	Seite 1
Recht	
OLG Brandenburg: Geschätzte Laborkosten im HKP sind für Zahnärzte nicht verbindlich	Seite 1
Privatliquidation	
Wichtiges Abrechnungswissen zur Füllungstherapie (Teil 1)	Seite 2
Musterschreiben zur Analogberechnung dentinadhäsiver Frontzahn-Restaurationen	Seite 6
Abrechnung nach GOZ/GOÄ	
Abrechenbare Nebenleistungen der GOÄ bei der Implantologie – Teil 1: GOZ-Nr. 900	Seite 7
Häufig vergessene Positionen bei der Abrechnung: GOZ-Nr. 406	Seite 12
Laborleistungen	
Abrechnung der Röntgenschablone nach BEB	Seite 14
Laserforum	
Behilft lehnt Abrechnung der Ä 6 wegen Vorrang der GOZ ab – wer hat Recht?	Seite 16
Abrechnung digitaler Röntgendiagnostik?	Seite 17
Funktionsanalyse bei Einzelkronen abrechenbar?	Seite 18
	
 	

Patientenumgang, Personalführung, Teammanagement, Fortbildung und Qualitätsmanagement. Ziel ist, die Qualifikation des Praxisteam zu erhöhen, damit es den Praxisinhaber durch eine weitestgehende Delegation von Aufgaben entlasten kann, und so den Praxiserfolg zu steigern.

- „dent-on.de“: Dieser Premium-Online-Dienst für Zahnärzte enthält zurzeit über 2.600 aktuelle Fachbeiträge und wertvolle Arbeitshilfen aus den Bereichen Abrechnung, Recht, Steuern, Praxisführung und Zahnmedizin. Interessenten erhalten einen 14-tägigen kostenlosen Probezugang.
- Kostenlose Probehefte können im Internet (www.iww.de) angefordert werden. Bei „dent-on.de“ können sich die Interessenten auf der Startseite (www.dent-on.de) für den kostenlosen Probezugang anmelden.
- Seit 1998 werden von der Düsseldorfer Niederlassung des IWW-Instituts auch Seminare für Zahnärzte angeboten. Für das erste Halbjahr 2007 sind unter anderem Seminarreihen zu den Möglichkeiten des neuen Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes, zu den aktuellen Anforderungen an die Praxishygiene und zum Qualitätsmanagement für Zahnarztpraxen geplant.

IWW Institut für Wirtschaftspublizistik
Tel.: 0 25 96/9 22-62
www.iww.de

mectron

modern + zuverlässig + preiswert

Knallhart kalkuliert!!!
Jetzt nur noch 690,- €
ursprüngl. 990,- € zzgl. MwSt.

starlight pro 2



Lichtpolymerisation
– flexibel und preiswert

Mobile Lichtpolymerisation leicht gemacht und mit 3 Jahren Garantie*!

- Ultraleicht – nur 105 g
- Härtet eine Schicht von 2 mm zuverlässig in 10 sec aus
- Kapazität von 460 Zyklen à 10 sec pro Akku-Ladung
- nur 90 min Ladezeit
- 2 Modi, „Fast-Curing“ und „Slow Rise“ wählbar
- Sicher dank integriertem Radiometer

* ausgenommen Lichtleiter



smile. we like it!

mectron Deutschland
Vertriebs GmbH
Kallenberg 17
D-42041 Oberkrüchten
Tel.: +49 29 63 95 6 9 0
Fax: +49 29 63 95 6 9 7 9
Info@mectron-dm.de

Dental-Reparaturservice Brückner: Firmenvorteil Kundennähe

Es war und ist der Wunsch vieler Zahnärzte, ihre Technik einem persönlichen Ansprechpartner anzuvertrauen. Dies konnte Rüdiger Brückner, Dipl.-Ingenieur für Elektronik, nur in der eigenen Firma gewährleisten, die er im August 1996 in einem ehemaligen Hühnerstall in Elxleben gründete. Mittlerweile ist der Dental-Reparaturservice Brückner in der Thüringer Zahnärzteschaft als zuverlässiger Partner anerkannt. Im August dieses Jahres feierte die Firma ihr 10-jähriges Firmenjubiläum. Heute hat die Firma Brückner über 1.500 Kunden, die meisten in Thüringen, aber auch darüber hinaus.

Pflege und Wartung statt Reparatur; Reparatur statt Neukauf und wenn Neukauf, dann im Sinne des Kunden und ohne Verpflichtungen gegenüber Lieferanten und Herstellern. Das ist die Firmenphilosophie des Unternehmens. Um diesen Anspruch zu gewährleisten, hat der Dental-Reparaturservice Brückner sowohl Spezialisten im Kundendienst als auch in der Werkstatt, und dafür wird die Firma von Kunden in ganz Thüringen geschätzt. Oberstes Ziel des Unternehmens ist es, für den Kunden immer die effektivste Lösung in puncto Zeit- und Kostenfaktor zu finden. Das breite Angebot an Dienstleistungen sichert den Praxen eine

Rundumbetreuung auf der Grundlage einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit. So gibt es für den Kunden kostenlos viele Leih- und Austauschgeräte in seinem Lager.

Das Dienstleistungsspektrum umfasst:

- Schulungen zur Pflege und Wartung der Praxistechnik
- Inspektionen, Wartungen und technische Prüfungen
- Reparatur von Dentaleinheiten aller Hersteller sowie von allen anderen technischen Geräten wie Kompressoren, Saugmaschinen und Laborgeräte
- Reparatur von Kleinteilen wie Hand- und Winkelstücken, Adaptern und Antriebsschläuchen
- Verkauf von Neu- und Gebrauchtgeräten sowie von Zubehör wie Pflegemittel, Desinfektionsmittel und Lampen
- Miet- und Ausleihservice
- Umzüge, Praxisplanungen, Kommissionshandel, Entsorgungen.

Auf die Frage nach möglichen Filialen in anderen Bundesländern ist die Antwort eher zurückhaltend. Das, was das Brücknersche Unternehmen auszeichnet, die persönliche Betreuung durch den Chef, ist dann nicht mehr gewährleistet. Für sich hat Rüdiger Brückner die Frage beantwortet. Da durch Expansion Kundenbeziehungen gefährdet werden könnten, wird es in absehbarer Zeit



Firmeninhaber Dipl.-Ingenieur Rüdiger Brückner.



Dental-Reparaturservice Brückner mit Sitz in Elxleben.

keine Filialen geben. Befragt nach dem Unterschied zu einem Dentaldepot, nennt Rüdiger Brückner die für ihn wichtigen Punkte: 1.) keine Vorgaben für Bindung an Marken oder Preise, 2.) keine regionale Vertriebsreglementierung, 3.) mehr Freiräume für Service und Reparatur, 4.) keine Zwänge der Ärzte bei Entscheidungen zum Service und 5.) Nähe zum Kunden.

Dental-Reparaturservice Brückner
Tel.: 03 62 01/8 59 57
www.dentalreparaturservice.de

Deutsches Zentrum für orale Implantologie: Augmentation und Kultur

Am 13./14.10.2006 fand in Freyburg an der Unstrut das Herbstsymposium des Deutschen Zentrums für orale Implantologie (DZOI) unter dem Motto „Augmentation und Kultur“ statt. Am ersten Nachmittag stand das Thema Laser im Vordergrund. Dr. Pascal Black, MSc gab, in seinem Vortrag einen hervorragenden Überblick über die verschiedenen Laserwellenlängen und ihre sinnvollen Einsatzspektren. Am nächsten Vormittag übernahm Dr. Klaus Müller aus Sinn einen Großteil des am Vortrag ausgefallenen Vortrages von Dr. Dr. Streckbein. Daran anschließend zeigte er die Trepanblockentnahme vom Kieferwinkel und von der Kinnregion anhand kongruenter Normfräsungen zur Blocklagerung. Nach dem Referat konnten die begeisterten Zuhörer das soeben Gehörte an Phan-

tomodellen praktisch umsetzen. Das Equipment wurde von der Firma Stoma zu Verfügung gestellt. Den Nachmittag des zweiten Kongress-tages leitete Dr. Sven Hangert aus Stuhl ein. In seinem Vortrag stellte er Knochenersatzmaterialien den Eigenknochen gegenüber und zeigte anhand sehr gut dokumentierter Praxisbeispiele die Entwicklung und Anwendung von Cerasorb M inkl. Langzeiterfahrungen auf. Im Anschluss konnte auch hier die Theorie am Schweinekiefer-Modell in die Praxis umgesetzt werden. Das Instrumentarium stellte die Firma curasan zur Verfügung. Auch diesmal ließ es sich das DZOI nicht nehmen, alle Teilnehmer zu einer besonderen, ganz auf die Stadt des Rotkäppchen-sektes abgestimmten Abendveranstaltung einzuladen. So stand ein Besuch der Sektkellerei



Dr. Dieter Hupperts (links im Bild) war maßgeblich an der Organisation des DZOI-Herbstsymposiums beteiligt. Referent Dr. Klaus Müller (Mitte) im Gespräch mit Dr. Heiner Jacoby, Präsident des DZOI.

„Rotkäppchen“ mit einer Führung inklusive regionalem Abendessen und anschließender Sektverkostung auf dem Programm. (Dr. Pascal Black, MSc)

Deutsches Zentrum für orale Implantologie e.V.
Tel.: 0 81 41/53 44 56, www.dzoi.de

Schönste Zahnarztpraxis Deutschlands: Individuelle Praxis- und Laboreinrichtungen



ad. & hch.
wagner

Die Gewinnerpraxis des Designpreises, Dinkelacker & Brendel, wurde von der Firma Ad. & Hch. Wagner eingerichtet.

Zum fünften Mal wählte die ZWP Zahnarzt Wirtschaft Praxis im Oktober 2006 die schönsten Zahnarztpraxen Deutschlands. Wesentlich mitverantwortlich für den Erfolg der gekürten Praxen sind dabei natürlich auch die Fachgroßhandlungen für Praxis- und Laboreinrichtungen wie die dental bauer gruppe: Das Unternehmen war gleich bei der Gestaltung von vier Gewinner-Zahnarztpraxen beteiligt! Zum Jahreswechsel 2004/2005 nahm Dr. Dinkelacker Kontakt zur Firma Wagner in Stuttgart auf. Es gäbe ein Objekt in Sindelfingen, das auf Tauglichkeit geprüft werden soll. Folgende

Fragen stellten sich dem zukünftigen Designpreis-Gewinner vor allem: Passt alles in die neuen Räume und lässt sich darin ein funktioneller Praxisablauf planen? Die Ursprungsplanung sah für die vier Behandler Dr. Dinkelacker, Dr. Brendel und zwei angestellte Zahnärzte acht Behandlungszimmer, vier Mundhygienezimmer sowie einen OP mit Patientenübernachtungszimmer vor – und das alles mit Praxisklinikstatus. Die Innenarchitektin der Firma Wagner erstellte nun verschiedene Machbarkeitsplanungen, aus denen hervorging, dass die bevorzugten Räume geeignet sind. Daraufhin

übernahm Wagner in der Planung den dental-spezifischen Part. Anhand der Planung und der Budget-Vorgaben führte die Firma Wagner die Beratungsgespräche zur zahnmedizinischen und medizinischen Praxisausstattung durch. Danach wurde eine technische Planung für die medizinischen Räume und Behandlungsräume erstellt sowie die Elektro- und Sanitärpläne angefertigt. Nach der fachgerechten Montage und Installation der Geräte konnte die Praxis im Januar 2006 schließlich eröffnet werden.

Ad. & Hch. Wagner GmbH & Co. KG
Tel.: 07 11/6 15 53 73, www.wagner-dental.de

ANZEIGE



CURRICULUM ENDODONTIE
der Deutschen Gesellschaft für Endodontie

Start im Frühjahr 2007 in Köln und München

Weitere Informationen:

oconcept 

Gesellschaft für
zahnärztliche Dienstleistungen mbH

Industriestrasse 31
D - 52104 Griebenzell
Tel. 449 (0) 31 42 44 42 88
Fax 449 (0) 31 42 55 0 02 94
info@oconcept-dental.de
http://www.oconcept-dental.de

Die Vorteile im Überblick

- 10 curriculare Module – innerhalb eines Jahres absolvierbar
- Kleine Arbeitsgruppen von maximal 20 Teilnehmern zur Intensivierung der Lernergebnisse
- Aktive Beteiligung der Teilnehmer als Grundvoraussetzung und Schlüssel zum Lernerfolg
- Hoher Anteil an praktischen Übungsabschnitten – deutlich über das bisher bekannte Maß hinaus
 - Vorführungen beim praktischen Arbeiten mit Masternikroskop und Videobetrachtung
 - Für Ihre Teilnahme erhalten Sie 168 Fortbildungspunkte
 - Fortbildungsqualität garantiert durch die Auswahl der Referenten
- Kursbetreuung beim praktischen Arbeiten von jeweils zwei erfahrenen Praktikern
- Maximal aufeinander abgestimmte Kursmodule, die Wiederholungen vermeiden
- Hospitation in der Praxis der Referenten als integraler Bestandteil des Curriculums

expertentipp:



→ Wolfgang Spang

(ECONOMIA Vermögensberatungs- und Beteiligungs-GmbH)

Mogelpackung

Zurzeit begleiten viele Presseartikel das „Comeback“ von Karl Matthäus Schmidt. Er wurde berühmt, als er mit ein paar Millionen seines Vaters den Online Discountbroker Consors gründete und damit in der Neuen-Markt-Euphorie den Bankenmarkt aufmischte. Seinerzeit verdiente sich Schmidt eine goldene Nase, indem er den Online Aktienhandel populär machte und die Gebühren für Depots und Aktien(ver)käufe dramatisch senkte. „Daytrading“ war das magische Stichwort, das in kürzester Zeit viele zum Millionär machen sollte, aber am Ende fast alle ärmer zurückließ, als sie begonnen hatten. Jetzt läuft offensichtlich eine massive PR-Aktion für Schmidts neuestes Projekt, die Quirin Bank. Die verspricht gegen eine jährliche Pauschalgebühr von 75€ dem Kunden alle „Bestands- und Vertriebsprovisionen, die die Bank erhält“, zu erstatten, denn nur so sei gewährleistet, dass der Kunde objektiv und neutral beraten werde. Das liest sich prima, aber von den 75 € Grundgebühr kann niemand leben!

Die Quirin Bank berechnet deshalb ein Honorar in Form einer Erfolgsbeteiligung von 20 % auf den Gewinn des Kunden. Grundsätzlich halte auch ich Honorarberatungen für die bessere Lösung, aber bei Modellen mit prozentualem Honorar auf den Gewinn zahlt der Kunde erstens gar nicht so wenig Geld, wenn die angestrebten 7% Gewinn erreicht werden. Zweitens befürchte ich ganz stark, dass die „neutralen“ und „objektiven“ Honorarberater der Quirin Bank ein natürliches Interesse an möglichst hohen Kundengewinnen haben und deshalb die Risikokontrolle sträflich vernachlässigen. Welche Folgen das hat, haben die Kunden von Karl Matthäus Schmidt schon bei Consors erfahren. Den anfänglich großen Gewinnen folgten die noch größeren Verluste. Das dritte Problem sehe ich darin, dass u. U. ganz schnell „hauseigene“ Produkte, am besten Zertifikate, dem Kunden untergejubelt werden, bei denen die Bank nur wenig Provisionen einrechnet, dafür aber an versteckter Stelle saftige und nicht zu erstattende Gebühren einkalkuliert. Ich glaube deshalb, dass die Kunden der Quirin Bank keinen Deut besser beraten werden als die Kunden von anderen Banken oder Finanzdienstleistern.

Time to say good bye ...

Wer kennt ihn nicht, den europäischen Starfonds, den Fidelity European Growth. Lange Jahre verdienten Anleger gelassen und stetig viel Geld. Dank des Geschicks des damaligen Fondsmanagers Anthony Bolton und dank der guten osteuropäischen Märkte überstanden der Fonds und seine Anleger selbst die katastrophale Zeit von 2000 bis 2003 mit wenigen Blessuren. Nur rund 12 Monate lag der Fonds unter dem Stand vom Jahresanfang 2000 und schonte damit die Nerven seiner Anleger. Eine wahre Glanzleistung, die nur wenige Fonds erreichten. Trotzdem sollten Sie diesen Fonds jetzt zügig tauschen. Drei Gründe sprechen für diese Empfehlung.

1. Graham Clapp, der Fondsmanager und Nachfolger des legendären Anthony Bolton, hat urplötzlich das Handtuch geworfen. Möglicherweise hat er erkannt, dass er mit einem Fondsvolumen von 20 Mrd. € überhaupt nicht mehr in der Lage ist, solche Bäume auszureißen wie früher Bolton, als der Fonds noch viel kleiner war.

2. Im Zuge einer Umstrukturierung hat Fidelity – warum auch immer – einen Top-Analysten nach dem anderen aus dem Team abgezogen.

3. Neben Blue Chips ist der Fonds auch in marktengeren Werten investiert und hat Titel aus Osteuropa mitunter prominent gewichtet. Das geht solange gut, wie Geld in den Fonds fließt und die Märkte steigen. Ziehen dagegen die Anleger ihr Geld aus dem Fonds ab, muss der Manager Aktien verkaufen, wobei er sich früher oder später auch von Werten mit geringeren Börsenumsätzen trennen muss, die dann schnell stark absacken. Nachdem der Fonds mit seiner Performance in den letzten Monaten auf die hinteren Rangplätze rutschte, verkaufen offensichtlich immer mehr Anleger und bereiten damit dem Fonds Probleme. In den letzten Wochen sollen mehr als 1 Mrd. Anlegergelder aus dem Fonds gezogen worden sein.

Tauschen Sie den Fonds schnell, z. B. in den AW Stocks Alpha Plus, den ich in der letzten Zeit schon mehrfach hier erwähnt habe. Ich gehe davon aus, dass Sie mit diesem Fonds in Zukunft besser fahren werden. Nachfolgend finden Sie im Telegrammstil weitere „hidden Champions“ deutscher Vermögensverwalter:

- Squad-Value, gemanagt von Stephan Hornung. Der „verkappte“ Deutschlandfonds genießt eine Sonderstellung unter den deutschen Mid- und Small-Cap-Produkten. Leider gerade für weitere Anlegergelder geschlossen.
- Starplus Starpoint, der vom Altmeister Peter E. Huber gemanagte Aktienfonds, verfolgt ein klassisches Vermögensverwaltungskonzept und investiert in internationale Aktien.
- Starcap Priamos, wird von Norbert Keimling gemanagt und verfolgt wie der Starplus Starpoint aus dem gleichen Hause ein Vermögensverwaltungskonzept, kann aber auch in Cash gehen und Positionen gegen Verluste absichern. Baut seit 2003 ständig seine Outperformance gegenüber dem Index aus.
- Deutsche Aktien Total Return, gemanagt vom Duo Witzleben/Krahe, lässt sich in kein enges Korsett pressen. Die beiden Stockpicker liefern ein erstklassiges Ergebnis ab und investieren in alles vom Dax-Titel bis zum Microcap und von Trendtiteln über IPO's und Titeln mit Abfindungsphantasie.
- Stabilitas Gold + Ressourcen, gemanagt von Werner Ullmann, ist einer der Top-Goldminenfonds, für Anhänger dieser Kategorie.

Frohe Weihnachten und einen guten Rutsch ins neue Jahr wünscht Ihnen ...

Wolfgang Spang
ECONOMIA GmbH
Tel.: 07 11/6 57 19 29
Fax: 07 11/6 57 19 30
E-Mail: info@economia-s.de
www.economia-stuttgart.de



Mehrwertsteuererhöhung

Countdown läuft

Ärzte trifft die Mehrwertsteuererhöhung als reale Kostenerhöhung. Wie kann ein Arzt noch möglichst lange in den Genuss des alten Mehrwertsteuersatzes kommen, ohne dabei die eigene Liquidität sowie seine unternehmerische Unabhängigkeit zu gefährden? Wie können gleichzeitig weitere Steuern gespart werden?

Dipl.-Kfm. Mark Fischer

Mit dem richtigen und durchdacht eingesetzten Finanzierungskonzept lassen sich noch in 2006 steuerliche Vorteile realisieren, ohne die eigene Liquidität zu belasten. Um derartige Lösungsansätze zu finden, ist es notwendig, zunächst die Systematik der Mehrwertsteuer zu verstehen, sowie die steuer- und liquiditätsmäßigen Auswirkungen von Finanzierungen zu betrachten.

Auswirkung der Mehrwertsteuererhöhung auf Ärzte

Ärztliche Heilleistungen sind von der Umsatzsteuer (bzw. Mehrwertsteuer) befreit. Da Ärzte die auf alle Einkäufe anfallende Mehrwertsteuer i.d.R. nicht – wie Gewerbetreibende – als Vorsteuer beim Finanzamt geltend machen können, schlägt sich daher die Mehrwertsteuer in vollem Umfang in den Kosten nieder. Da ab dem 1.1.2007 der neue Mehrwertsteuersatz von 19% gilt, dürfen Leistungen (bzw. Lieferungen) nur dann noch mit 16% Mehrwertsteuer besteuert werden, wenn sie auch tatsächlich in 2006 erbracht (sprich geliefert) wurden. Wer also in den Genuss des alten Mehrwertsteuersatzes gelangen möchte, muss seine Investition

zwingend noch in 2006 umgesetzt haben. Auch der Lieferant hat hier keinen legalen „Spielraum“.

Um bei aus diesem Grunde vorgezogenen Investitionen die eigene Liquidität zu schonen, ist es u.U. sinnvoll, die Investitionen zu finanzieren. Jedoch ist die Wahl der richtigen Finanzierungsvariante entscheidend dafür, ob wirklich noch vom alten Mehrwertsteuersatz profitiert werden kann.

Obwohl Leasing für Ärzte grundsätzlich eine interessante Finanzierungsalternative sein kann, bietet Leasing keine Möglichkeit, noch vom alten Mehrwertsteuersatz zu profitieren, da sich die Leasingraten ab dem 1.1.07 um die Mehrwertsteuerdifferenz verteuern. Deutlich attraktiver sind dagegen Darlehnsfinanzierungen: Hier kauft der Arzt das Investitionsgut noch zum alten Mehrwertsteuersatz und finanziert die Investition in Höhe des Bruttokaufpreises (inkl. 16% Mehrwertsteuer). So sichert er sich den heutigen, günstigeren Mehrwertsteuersatz, denn die Rückzahlung erfolgt in Raten auf Basis des alten Brutto-Kaufpreises und ist somit von der Mehrwertsteuererhöhung unabhängig. Da die Mehrwertsteuer bei Darlehnsfinanzierungen nicht auf die monatliche Rate anfällt,

kontakt:

Dipl.-Kfm. Mark Fischer

CoC Medical Equipment
SG Equipment Finance
GEFA Gesellschaft für
Absatzfinanzierung mbH
GEFA-Leasing GmbH
Robert-Daum-Platz 1
42117 Wuppertal
Tel.: 02 02/3 82-9 19
Fax: 02 02/3 82-7 60
E-Mail: mark.fischer@gefa.de
www.gefa.de

bleibt die monatliche Zahlung auch nach dem 31.12.06 auf dem alten Niveau.

Zusätzliche Möglichkeit der steuerlichen Optimierung

1. Disagio

Um von den Investitionsaufwendungen steuerlich möglichst frühzeitig zu profitieren, bietet es sich an, das Darlehn mit einem sog. Disagio auszustatten. Ein Disagio lässt sich als eine Art vorweggenommener Zinsaufwand verstehen, der bei objektüblichen Finanzierungslaufzeiten von fünf oder sechs Jahren bis zu 5 % des Darlehnsbetrags betragen darf. Das Disagio darf bereits im Jahr der Anschaffung voll steuerlich abgesetzt werden. Es wirkt sich bei der nächsten Einkommenssteuererklärung entsprechend steuermindernd aus, ohne dass der Investor mehr dafür bezahlen muss. Wird das Disagio – buchhalterisch betrachtet – mitfinanziert, verändert das Disagio die Gesamtkosten bzw. Höhe und Verteilung der Raten nicht. Möchte man frühzeitig von den steuerlichen Aufwendungen der Finanzierung profitieren, so ist ein Disagio i.d.R. zu empfehlen. Sollte der Steuerberater beim Erstellen der Steuererklärung rückblickend wider Erwarten feststellen, dass ein Disagio im konkreten Einzelfall doch nicht sinnvoll gewesen sein sollte, so hat er immer noch die Möglichkeit, das Disagio über die Laufzeit abzugrenzen. Unter diesem Aspekt bietet sich die Nutzung eines Disagios grundsätzlich immer an.

2. Abschreibung bis zu 30%

Seit 1.1.2006 besteht für Kleingewerbetreibende und für Freiberufler (z.B. Zahnärzte) die Möglichkeit, mit dem 3-fachen Satz der linearen AfA degressiv – jedoch maximal 30 % pro Kalenderjahr – abzuschreiben. Dies ist insbesondere bei Investitionsgütern mit langer AfA-Zeit (wie z.B. Behandlungseinheiten oder Röntgengeräten) von Vorteil: Hätte ein Arzt beispielsweise eine Behandlungseinheit zuvor linear über zehn Jahre mit jährlich 10 % abgeschrieben, so kann er diese jetzt steuerlich mit stattlichen 30 % für jedes volle Kalenderjahr abschreiben (ohne dass die Liquidität bzw. Ratenhöhe beeinflusst wird). Die Möglichkeit, Abschreibungen vorzunehmen bzw. Ansparabschreibungen zu nutzen, setzt jedoch grundsätzlich voraus, dass der investierende Arzt der wirtschaftliche Eigentümer des Investitionsgutes ist. Wirtschaftlicher Eigentümer in diesem Sinne bedeutet, dass die wirtschaftliche Verfügungsgewalt über das Investitionsgut in der Hand des Investors

liegt. Dies ist bei einer Darlehensfinanzierung i.d.R. der Fall, denn hier kauft der Investor das Investitionsobjekt selbst. Es hängt ausschließlich vom Verhalten des Investors ab, auch juristisch das vollständige Eigentum zu erlangen und somit frei über das Objekt verfügen zu können. Ein Darlehen ist somit auch unter Abschreibungsgesichtspunkten im Allgemeinen das ideale Finanzierungsprodukt.

Um jedoch konkrete steuerliche Empfehlungen in der individuellen Situation zu erhalten, ist es in jedem Fall zu empfehlen, sich an seinen Steuerberater zu wenden.

Ergänzende Maßnahmen zur Liquiditätsschonung

Neuinvestitionen werden erfahrungsgemäß von diversen Nebenkosten wie z.B. Renovierungskosten, Malerarbeiten oder Anlaufverlusten durch Umbau etc. begleitet.

Im letzten Quartal fallen zudem noch Zusatzkosten wie Weihnachtsgeld etc. an. Um die Liquidität zum Jahresende nicht noch zusätzlich zu belasten – insbesondere dann nicht, wenn eine Investition aufgrund der Mehrwertsteuererhöhung vorgezogen wurde – ist es empfehlenswert, das Darlehen so zu gestalten, dass in den ersten Monaten möglichst nur geringe Raten oder gar Null-Raten zu zahlen sind. Auch wenn dieser Wunsch von der Hausbank nicht immer gerne gesehen wird, sollte der Arzt auf keinen Fall durch zu hohe Zahlungsbelastungen in eine Liquiditätsfalle geraten! Von dem Liquiditäts- und Unabhängigkeitsgesichtspunkt aus betrachtet ist es daher generell sinnvoll, neben der Hausbank zumindest noch einen weiteren Finanzier zu haben. Für die Finanzierung von Ausstattungsinvestitionen bieten sich idealerweise Objektfinanzierungsgesellschaften an, die sich auf medizinische bzw. dentale Güter spezialisiert haben. Diese kennen die Investitionsobjekte und sind daher tendenziell auch eher bereit, außergewöhnliche Raten-gestaltungen umzusetzen.

Fazit

Wer also noch zum alten Mehrwertsteuersatz investieren und seine Ansparabschreibung nebst hoher degressiver Abschreibung für sich nutzen möchte, muss noch in 2006 die Investition abgeschlossen und das Objekt gekauft haben. Um die Anschaffungskosten steuer- und liquiditätsoptimiert zu finanzieren, bietet es sich an, ein zinsgünstiges Darlehen mit hohem Disagio (d.h. 5%) und gestaffeltem Ratenverlauf oder gar anfänglichen Null-Raten auszuwählen. **II**

ZWP ZAHNARZT WIRTSCHAFT-PRAXIS

Verlagsanschrift: OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel. 03 41/4 84 74-0
Fax 03 41/4 84 74-2 90
kontakt@oemus-media.de

Verleger: Torsten R. Oemus

Verlagsleitung: Ingolf Döbbecke
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller

Projektleitung: Stefan Thieme
Tel. 03 41/4 84 74-2 24
s.thieme@oemus-media.de

Anzeigendisposition: Lysann Pohlann
Tel. 03 41/4 84 74-2 08
pohlann@oemus-media.de

Vertrieb/Abonnement: Andreas Grasse
Tel. 03 41/4 84 74-2 00
grasse@oemus-media.de

Creative Director: Ingolf Döbbecke
Tel. 03 41/4 84 74-0
doebbecke@oemus-media.de

Art Director: S. Jeannine Prautzsch
Tel. 03 41/4 84 74-1 16
prautzsch@oemus-media.de



Mitglied der Informations-
gemeinschaft zur Feststel-
lung der Verbreitung von
Werbeträgern e. V.

Chefredaktion: Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner
(V.i.S.d.P.)
Tel. 03 41/4 84 74-3 21
isbaner@oemus-media.de

Redaktionsleitung: Dipl.-Kff. Antje Isbaner
Tel. 03 41/4 84 74-1 20
a.isbaner@oemus-media.de

Redaktion: Claudia Hartmann
Tel. 03 41/4 84 74-1 30
c.hartmann@oemus-media.de

Lektorat: H. u. I. Motschmann
Tel. 03 41/4 84 74-1 25
motschmann@oemus-media.de

Leserservice: Claudia Hartmann
Tel. 03 41/4 84 74-1 30
c.hartmann@oemus-media.de

Beirat: Univ.-Prof. Dr. Michael Baumann
Tel. 02 21/4 78-47 14
michael.baumann@medizin.uni.koeln.de

Dr. Friedhelm Heinemann
Präsident DGZI
Tel. 0 22 94/99 20 10
FriedhelmHeinemann@web.de

Dr. Horst Luckey
Präsident BDO
Tel. 0 26 31/2 8015
Berufsverband.dt.Oralchirurgen@t-online.de

Dr. Werner Hotz
Tel. 0 75 71/6 32 63
werner.hotz@t-online.de

Prof. Dr. Andrej M. Kielbassa
Chefredakteur
Dentalhygiene Journal
Tel. 0 30/84 45 63 03
andrej.kielbassa@charite.de

Dr. Georg Bach
Chefredakteur Laser Journal
Tel. 07 61/2 25 92
doc.bach@t-online.de

Dr. Torsten S. Conrad
Chefredakteur Oralchirurgie Journal
Tel. 0 67 21/99 10 70
praxis@dr-conrad.de

Priv.-Doz. Dr. Dr. Reiner Oemus
Chefredakteur KN
Tel. 09 11/96 07 20
praxis@oemus.de

Erscheinungsweise: ZWP Zahnarzt Wirtschaft Praxis erscheint 2006 mit 12 Ausgaben, es gilt die Preisliste Nr. 14 vom 1. 1. 2006. Es gelten die AGB.

Verlags- und Urheberrecht: Die Zeitschrift und die enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlages. Bei Einsendungen an die Redaktion wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist.

Mit Einsendung des Manuskriptes gehen das Recht zur Veröffentlichung als auch die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten in deutscher oder fremder Sprache, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken zur Herstellung von Sonderdrucken und Fotokopien an den Verlag über. Für unverlangt eingesandte Bücher und Manuskripte kann keine Gewähr übernommen werden. Mit anderen als den redaktionseigenen Signa oder mit Verfassernamen gekennzeichnete Bei-

träge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Der Verfasser dieses Beitrages trägt die Verantwortung. Gekennzeichnete Sonderteile und Anzeigen befinden sich außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Für Verbands-, Unternehmens- und Marktinformationen kann keine Gewähr übernommen werden. Eine Haftung für Folgen aus unrichtigen oder fehlerhaften Darstellungen wird in jedem Falle ausgeschlossen. Gerichtsstand ist Leipzig.

Bezugspreis: Einzelheft 6,50 € ab Verlag zzgl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten. Jahresabonnement im Inland 50 € ab Verlag zzgl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten. Auslandspreise auf Anfrage. Kündigung des Abonnements ist schriftlich 6 Wochen vor Ende des Bezugszeitraums möglich. Abonnementgelder werden jährlich im Voraus in Rechnung gestellt. Der Abonnent kann seine Abonnement-Bestellung innerhalb von 8 Tagen nach Absenden der Bestellung schriftlich bei der Abonnementverwaltung widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs (Datum des Poststempels). Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bestimmungen um ein Jahr, wenn es nicht 6 Wochen vor Jahresende gekündigt wurde.

Unternehmen:	Seite:
3i	49
ADVISION	65
Anthos	33
BEYCODENT	Postkarte
Bluemix	81
Coltène/Whaledent	11
dental bauer	17
Dental Laser Vertrieb	27
Dental Union	35, 36, 37
dentaltrade	84
Dentaurum	4, 5
DEX LASER	53
Dexcel Pharma	43
DG Endo	75
DGG	Postkarte
DGZI	55
Discus Dental	31
DZOI Akademie	45, 72
Gendex	15
ic med	29
IC Medical	61
Infoplus Blindow	81
interessanté	51
IWW	Beilage
Kodak	25
mectron	21, 59, 73, 77
NSK	Beilage, 7, 23
RIEMSER	63
Ritter Concept	13
Semperdent	71
SHOFU	41
TePe	47
UP Dental	2
W&H	9, 57
Zahnersatz Müller	6

PREISWERT DIREKT VOM DEUTSCHEN HERSTELLER

Bleaching

Blue Bleach soft Film, 120 x 1 mm, 1 Stück	€ 8,95
Home Bleaching gel 10% 3 ml	€ 5,95
Perfektweiß 10% 3 ml	€ 10,95
Home Bleaching gel 15% 3 ml	€ 7,95
Perfektweiß 15% 3 ml	€ 12,95
Office Bleaching gel 20% 3 ml	€ 7,95
Quick Bleaching gel 30% 3 ml	€ 14,95

Walking Bleach Set	€ 6,95
Whitening Kit 4x 62 cm	€ 2,95
Whitening Starterset	€ 9,95
Perfektweiß Startset 10 Stück	€ 2,75
Blue Bleach Aktivator 100 ml (für 1000 ml Bleaching gel)	€ 1,95
Blue Bleach Aktivator 100 ml (für 1000 ml Bleaching gel)	€ 1,95
Blue Bleach Aktivator 100 ml (für 1000 ml Bleaching gel)	€ 1,95

FREE-Phone: 0800-2 58 36 40 · FREE-Fax: 0800-2 58 33 24
www.bleachinggel.com · Bleaching für Zahnärzte · Gesundheitsmanagement · Bleaching-Markt

Jetzt NEU!
10-mal im Jahr

ZAHNARZT **ZWP today**

infoplus
Erfrischend anders!
Neue, attraktive Produktideen.

10 Jahre Jubiläumsgeschenke Zahnärzten
Dahl, Meringerw. Oberhill & Thiel **nur € 249,-**
plus ges. MwSt.

Infoplus Medizin-Pharmazeutika GmbH & Co. KG
Tel. 04170-200-11 · Fax: 200-1200 · www.infoplus.de

**Sie suchen, Sie bieten ...
... wir schreiben es hierher.**

ZWP ZAHNARZT
WIRTSCHAFT-PRAXIS

Kontakt
Stefan Thieme
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-2 24
E-Mail: s.thieme@oemus-media.de

Heftvorschau 2007

ZWP 1+2: Implantologie**zwp spezial 1+2: Bleaching/Cosmetic Dentistry****ZWP 3: Parodontologie/Prophylaxe****zwp spezial 3: Kleingeräte in der Praxis****ZWP 4: Zahnärztliche Chirurgie****zwp spezial 4: Praxiseinrichtung****ZWP 5: Kinderzahnheilkunde****zwp spezial 5: Praxishygiene****ZWP 6: Zukunft Privatpatient****zwp spezial 6: Prothetik****ZWP 7+8: Zahnerhaltung****zwp spezial 7+8: Implantologie****ZWP 9: Cosmetic Dentistry/Ästhetische Chirurgie****zwp spezial 9: Designpreis 6****ZWP 10: Zahnheilkunde 50+****zwp spezial 10: Knochenregeneration****ZWP 11: Innovative Technologien****zwp spezial 11: Mundhygiene – Prophylaxe****ZWP 12: Qualitätsmanagement/Praxishygiene****zwp spezial 12: Endodontie/KONS**

„Die größte Torheit ist,
Gesundheit aufzuopfern,
für was es auch sei.“

[Arthur Schopenhauer]

**| Martin Hausmann**

Nun beginnt sie wieder, die ruhige und besinnliche Zeit. Lehnen Sie sich also genussvoll zurück und blicken auf das vergangene Jahr. Doch wenngleich Ihre Seele baumelt, sollten Ihre Sinne hellauf sein, zumindest wenn Sie unser heutiges Rätsel lösen wollen. Denn eines gilt immer, ob besinnlich oder nicht, nur unter den richtigen Einsendungen verlosen wir die kostenlose Teilnahme an einem Oemus-Media-Fortbildungskurs Ihrer Wahl.

Zunächst aber die Auflösung des letzten Rätsels. Hier wurde viel, viel über Werbung geschrieben und dennoch hat es Sie bei des Rätsels Lösung nicht weitergebracht. Denn die im letzten „Holzweg“ beschriebenen Zwillinge waren nicht das gute-Preise-und-gute-Besserung-wünschende Geschwisterpaar des Pharmaunternehmens Ratiopharm, sondern die Brüder Thomas und Andreas Strüngmann, Zwillinge und Gründer des Pharmaunternehmens Hexal. Somit war Hexal, das seinen hohen Bekanntheitsgrad nicht zuletzt der Fernsehwerbung verdankt, auch der gesuchte Name. Der Hinweis auf die Lösung ergab sich aus den auf Unternehmensangaben basierenden Umsatzzahlen, wie auch der Firmengeschichte. Diese besagt (nachzulesen auf der Internetseite von Hexal), dass Hexal am 1. April 1986 mit nur 22 Mitarbeitern und fünf Produkten begann. Das wusste auch unser Leser Gerhard Möller aus Eiterfeld.

Nun, das war die Lösung – Zeit und Zeilen für mich, Ihnen, meine lieben Rätselfreunde, ein schönes und friedliches Weihnachtsfest und ein glückliches und gesundes neues Jahr zu wünschen. Und natürlich viel Erfolg beim Knacken der folgenden „Weihnachtsnuss“.

A. ohne B bei C.

Wieder neigt sich ein Jahr dem Ende. Und wieder werden wir von zahllosen Jahresrückblicken überhäuft. Ob in Zeitungen, in Magazinen oder im Fernsehen. Grund genug für Ihren „Holzweg“-Autor, auch einen kleinen Jahresrückblick zu wagen. Allerdings wollen wir nicht das gesamte Jahr Revue passieren lassen, sondern unseren Blick auf das wohl

augenscheinlichste Ereignis dieses Jahres richten: die Fußballweltmeisterschaft 2006 (Darf man eigentlich diesen vom Fußballweltverband hoch und heilig geschützten Begriff wieder verwenden, ohne im FIFA-Fegefeuer verweilen zu müssen?). Aber auch diese Weltmeisterschaft wollen wir nicht in ihrer Gesamtheit abhandeln, sondern uns nur einen einzigen Spieler herauspicken. Den, der schon bei der Europameisterschaft 2000 und 2004 auftrat und 2006 bereits seine zweite Weltmeisterschaft absolvierte, nämlich M. Allack („M.“ steht hierbei nicht für seine Funktion als Mittelfeldspieler, sondern als Abkürzung für seinen Vornamen. Allerdings mögen Sie mir verzeihen, dass ich, um das Rätsel ein klein wenig schwieriger zu gestalten, aus dem Nachnamen den Buchstaben „B“ entfernt habe. Aber Sie können ihn gerne wieder an passender Stelle einfügen und voilà: Fertig ist der Name, der etwa auf seinem Nationaltrikot prangt. War doch gar nicht schwer ... oder doch?). Der ehemalige Bundesliga-Spieler hat mittlerweile seinen deutschen Verein und – rein beruflich gesehen – sein Heimatland verlassen, um für den F.C.C. zu spielen. F.C.C.? Ist das überhaupt die offizielle Abkürzung für diesen Verein? Nein, das liegt an dem zweiten „C“. Wie auch immer, zumindest ist er bei diesem Verein in einem europäischen Königreich tätig, wodurch sich die Frage stellt, in welcher Währung Allack (Sie sehen, es fehlt noch immer dieses „B“) eigentlich bezahlt wird. Denn wenngleich dieses Land unter der „Regentschaft“ einer Königin („die Zweite“) zur Europäischen Union gehört, wird hier nach wie vor anstelle des Euros mit der landeseigenen Währung bezahlt.

Wie alt ist „Allack“?

Schreiben Sie die Lösung auf eine Postkarte und schicken Sie diese an

**Einsendeschluss:
1. Februar 2007**

**Oemus Media AG
Stichwort: Holzweg**

**Holbeinstr. 29
04229 Leipzig**

Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

