

ZWP

ZAHNARZT WIRTSCHAFT•PRAXIS

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

Kinderzahnheilkunde

ab Seite 38



wirtschaft |

**Projektmanagement
als Instrument**

ab Seite 12

zahnmedizin |

**Echtes minimalinvasives
Implantieren**

ab Seite 84

ZWP today
event news
10-mal im Jahr

[editorial]

Hat die Kinderzahnheilkunde in Deutschland eine Zukunft?



**Prof. Dr. med. dent.
Norbert Krämer**
Leiter der Abteilung Kinderzahnheilkunde des Uniklinikums der TU Dresden und Fortbildungsreferent der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde

Als im November 2006 die DMS IV-Studie publiziert wurde, konnte man in zahllosen Kommentaren lesen, wie erfolgreich der Kampf gegen Karies in den letzten Jahren trotz ungünstiger Rahmenbedingungen geführt werden konnte. Zwar wurde auch auf einen kleinen Anteil an Kariesrisikokindern hingewiesen, dennoch soll die Parodontalbehandlung „der wesentliche Behandlungsschwerpunkt im zahnärztlichen Alltag sein“.

Warum sehen dennoch Wirtschaftsdienste die Praxiszukunft in einem Strategiewechsel hin zur Kinderzahnheilkunde? Worin ist der dort geäußerte „riesige Bedarf“ begründet? Die Antwort findet man abseits der „repräsentativen“ DMS IV-Studie. Leider wurden bei der bundesweiten epidemiologischen Erhebung die wichtigen Altersgruppen der 3- und 6-Jährigen nicht erfasst. Schon die letzte epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe im Jahre 2004 verdeutlichte, dass wir das Problem Milchzahnkaries bei Grundschulkindern nicht „im Griff“ haben. Trotz des allgemeinen Kariesrückganges auch im Milchgebiss in den letzten zehn Jahren wurde in der bundesweiten Untersuchung eine nach wie vor erschreckend hohe Rate an unversorgten Milchzähnen festgestellt. 45,3 Prozent (in Thüringen) bis 60 Prozent (in Bremen) der Zähne blieben einfach unversorgt. In Bayern mussten bei 30 Prozent der 6- und 7-jährigen Grundschüler offene unbehandelte Läsionen festgestellt werden.

Bei genauerer Betrachtung wird deutlich, dass die Ursache für die Milchzahnkaries schon in den ersten Lebensjahren gelegt wird. Wissenschaftliche Erhebungen gehen davon aus, dass in Deutschland etwa 15 Prozent aller 3-Jährigen unter frühkindlicher Karies leiden. Behandelt werden in dieser Altersgruppe aber lediglich knapp 20 Prozent der festgestellten kariösen Läsionen. Oft kommen die Kinder erst dann zu einem Zahnarzt, wenn auch die Eltern anhand der zusammenbrechenden Frontzähne die Karies erkennen. In diesen Fällen sind meist nicht nur die Schneidezähne betroffen, sondern ein größerer Teil des Gebisses. Die Sanierung ist dann nur noch mit einem großen Aufwand meist unter Allgemeinanästhesie möglich. In unserer Abteilung stellen sich beispielsweise jedes Jahr über 600 neue Patienten vor. Knapp die Hälfte dieser Kinder leidet an frühkindlicher Karies. Davon sind bei etwa 75 Prozent dieser Kinder schon so viele Zähne kariös, dass wir sie aufgrund der geringen altersbedingten Mitarbeit nur noch unter Narkose behandeln können.

Sieht man nur diesen bedeutenden Teilaspekt der Kinderzahnheilkunde, so wird deutlich, dass der Betreuungs- und Therapiebedarf für Kinder auch in den kommenden Jahren nicht kleiner wird. Die Unterversorgung der Milchzahnkaries mag unter anderem ein Beleg dafür sein, dass nach wie vor Spezialisten für diesen Tätigkeitsschwerpunkt fehlen. Laut Berechnungen der International Association for Paediatric Dentistry werden etwa 500 bis 600 Kinderzahnärzte in Deutschland benötigt. Die Ausbildung wird momentan hierzulande noch nicht zufriedenstellend angeboten. Die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde hat bis heute 15 Kolleginnen und Kollegen als Spezialisten der Fachgesellschaft ernannt. Eine curriculäre kinderzahnheilkundliche Fortbildung der APW bzw. der kooperierenden Landeszahnärztekammern haben bis heute etwa 250 Kolleginnen und Kollegen erfolgreich abgeschlossen. Eine postgraduale Weiterbildung existiert im europäischen Ausland, nicht aber in Deutschland. Damit wird verständlich, dass zahnärztliche Wirtschaftsdienste aktuell auf die Möglichkeiten der Kinderzahnheilkunde hinweisen. Schaut man sich die „kinderzahnheilkundliche Landkarte“ auf der Homepage der DGK an, so ist Kinderzahnheilkunde eine der ganz wenigen medizinischen Disziplinen, in der man sich noch ein regionales „Alleinstellungsmerkmal“ erwerben kann. Ich sehe daher gute Chancen, die Zukunft der Kinderzahnheilkunde in Deutschland positiv zu gestalten.

[inhalt]

politik

8 Politik Fokus

wirtschaft

- 10 Wirtschaft Fokus
- 12 Projektmanagement: Ein Instrument für Zahnärzte?
- 16 Einbindung der Mitarbeiter in den Führungsprozess
- 22 Wie Zahnärzte das Potenzial für Verbesserungen erkennen
- 26 Rechnet sich die Kinderzahnheilkunde?

psychologie

28 Professioneller Umgang mit Kindern in der Zahnarztpraxis

abrechnungs- und steuertipps

- 30 Zahnersatz zu teuer?
- 32 Der Advision Steuertipp

zahnmedizin

34 Zahnmedizin Fokus

zahnmedizin kinderzahnheilkunde

- 38 Kinderzahnheilkunde in der Allgemeinpraxis – Vorteile für alle
- 42 Risikoorientierte Kariesprophylaxe bei Kindern
- 48 Frühkindliche Karies als Behandlungsschwerpunkt
- 54 Studie: Mundgesundheit von Vorschulkindern

- 60 Hypnoakupunktur bei Kindern
- 66 PA-Behandlung bei jungen Patienten
- 70 Sichere Kariesdiagnose beim jugendlichen Zahn
- 72 In der häuslichen Kinderprophylaxe ist Motivation (fast) alles!
- 74 Die Angst eines Kindes vor dem Zahnarzt
- 76 Spezielle Zahnpflege für jedes Alter

zahnmedizin

praxis

- 77 Herstellerinformationen
- 84 Echtes minimalinvasives Implantieren
- 86 Einfache und substanzschonende Präparations-technik für Keramikveneers
- 88 Keramikimplantate – Hoher Bedarf stimmt optimistisch

dentalwelt

90 Dentalwelt Fokus

finanzen

- 92 Finanzen Fokus
- 93 Wie Sie auch 2007 gute Renditeschiffe finden

lebensart

94 Eine Langnase im Reich der Mitte

rubriken

- 5 Editorial
- 96 Inserentenverzeichnis/Kleinanzeigen
- 98 Impressum & Kurioses

ANZEIGE

Inklusivleistung:	Beratung	Montage	Service
<p>Qualität zu günstigen Preisen.</p> <p>Der ROTOGRAPH ist ein leistungsstarkes Röntengerät für Panoramaaufnahmen, Kiefergelenkaufnahmen und auf Wunsch mit Fernröntgenzusatz erhältlich.</p> <p>Für sensible Patienten mit hohen Qualitätserwartungen und Sicherheitsansprüchen.</p>			
	<p>Panorama - Filmgerät € 11.990,- oder € 249,- monatlich*</p> <p>Panorama-Fernröntgen-Filmgerät € 14.900,- oder € 315,- monatlich*</p> <p>Volldigitales Panorama-Gerät € 21.500,00,- oder € 449,00,- monatlich*</p> <p>jeweils zzgl. 19% MwSt.</p> <p><small>Preisang. TA, Install. 54 Mon., Restwert 10%, auf Wunsch veränderlich.</small></p>		
	<p>dentkraft Dentalservice + Einrichtungen</p> <p>Adelheidstraße 22 – 24 65185 Wiesbaden Tel.: 0611 375550 Fax: 0611 3609430 E-Mail: dentakraft@t-online.de www.dentakraft.de</p>		

[BEILAGENHINWEIS]

In dieser Ausgabe der ZWP Zahnarzt Wirtschaft Praxis befinden sich das ZWP **spezial** Praxishygiene sowie die ZWP **today**.



Um Ärztemangel zu verhindern

Köhler fordert attraktive Gebührenordnung

„Die Protestaktionen im vergangenen Jahr haben gezeigt: Die Vertragsärzte sind nicht länger bereit, unter den derzeitigen Bedingungen zu arbeiten. Wir brauchen eine Gebührenordnung, die im internationalen Vergleich mithalten kann, sonst läuft uns der medizinische Nachwuchs davon.“ Das hat der Vorsitzende des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Berlin erklärt. Dr. Andreas Köhler äußerte sich bei einer Veranstaltung der Reihe „KBV kontrovers“.

Dr. Ulrich Orłowski, Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) entgegnete: „Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung

und das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz werden die Situation der Vertragsärzte spürbar verbessern. Allerdings werden Maßnahmen wie Zuschläge bei Unterversorgung und eine Verringerung der Probleme an den Schnittstellen von ambulanter und stationärer Medizin ohne eine Honorarreform nur Stückwerk bleiben.“

Für diese Reform forderte Köhler die Unterstützung des Ministeriums ein: „Wir haben derzeit eine Unterdeckung von rund 30 Prozent. Damit muss Schluss sein. Wir brauchen eine Zusage der BMG, dass sich die gestiegene Morbidität auch auf die Honorare der Ärzte auswirkt. Die Lage ist ernst. Ich erwarte bereits für 2008 eine Diskussion darüber, ob wir die Menge an Leistun-

gen, die wir für die Patienten erbringen, einschränken müssen, wenn wir eine Euro-Gebührenordnung mit festen Preisen im Jahr 2009 einführen.“

„Wir müssen schnell handeln. Bereits jetzt sind die Arztlizenzen in einigen Regionen in Deutschland rückläufig, insbesondere bei den Hausärzten und insbesondere in den neuen Bundesländern“, so Ulrich Weigoldt, Vorstand der KBV.

Das Thema der KBV-kontrovers-Veranstaltung lautete „Deutschland: attraktiver Standort für Ärzte?“ Unter dem Titel „KBV kontrovers“ diskutieren zweimal im Jahr Experten über aktuelle Themen des Gesundheitswesens. Die nächste Veranstaltung findet am 25. Oktober statt.



hausmann cartoon



Gesundheitsreform

Wird der Zahnarzt gewerbsteuerpflichtig?

Die Gesundheitsreform macht es möglich: Zahnärzte können seit Neuestem auch angestellte Zahnärzte beschäftigen und sogar Zweigpraxen mit angestellten Zahnärzten betreiben. Diese Möglichkeit, die das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz eröffnet, birgt allerdings neben den Chancen und Vorteilen auch Risiken. Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) analysiert in seiner aktuellen Ausgabe der Verbandszeitschrift „Der Freie Zahnarzt“ diesbezüglich zwei Urteile des Finanzgerichts Sachsen-Anhalt. Der Autor, Steuerberater Matthias Reichardt vom Buch- und Steuerservice des FVDZ, kommt zu dem Ergebnis, dass in der „herkömmlichen“ Zahnarztpraxis mit einem Vorbereitungs-/Weiterbildungsassistenten nicht von einer Gewerbsteuerpflicht auszugehen sei, „da die enge Beziehung Patient/Praxisinhaber trotz Delegation von Behandlungsarbeiten weiter gegeben ist“ und so das typische Berufsbild des freiberuflichen Zahnarztes erhalten bleibe. Anderes, so Reichardt, gelte nach dem neuen Gesetz für die nun zulässigen Zweigpraxen. Angesichts der Urteile aus Sachsen-Anhalt droht dort durchaus eine Gewerbsteuerpflicht, wenn diese von Angestellten betrieben werden. Steuerberater Reichardt gibt den Tipp: „Bei der betriebswirtschaftlichen Kalkulation, ob die Praxis um weitere Standorte erweitert wird, sollte dies berücksichtigt werden.“ Er schränkt jedoch ein, dass die steuerliche Mehrbelastung nicht allzu hoch sei, da die Gewerbsteuer als Betriebsausgabe abziehbar ist und zusätzlich zu einer Steuerermäßigung bei der Einkommensteuer führt. Der komplette Artikel ist auch nachzulesen unter www.fvdz.de.

[kurz im fokus]

McZahn floppt

Der Discount-Zahnarzt McZahn hat Schwierigkeiten. Rund ein halbes Jahr nach dem Start sind bundesweit nur zwei Praxen geöffnet. 300 Standorte wollte Vorstandssprecher Werner Brandenbusch bis 2009 haben, jetzt sagte er der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung: „Das werden wir in dieser Größenordnung voraussichtlich nicht schaffen.“ McZahn bietet Patienten Zahnersatz ohne Zuzahlung. Doch auf den mussten die Patienten lange warten, nachdem ein McZahn-Zahnarzt mit der Zentrale in Streit geraten war: Das Unternehmen hielt die Kronen und Brücken zurück, die Patienten waren auf Provisorien angewiesen. Nach dieser Episode verschlechtern sich die Chancen McZahns, neue Praxen eröffnen zu dürfen.

Kliniken werden Wohlfühltempel

Kliniken werden sich von der medizinischen Bettenburg zum Wohlfühltempel entwickeln. Dies prognostiziert der Trendforscher Eike Wenzel in der Studie „Gesundheitstrends 2010“. Patientenhotels, die in Australien, den USA und Skandinavien schon seit Jahren erfolgreich eingeführt seien, fänden jetzt auch in Deutschland ihren Platz. „Wir sparen erheblich an Aufwand für teure Betten im Akutbereich und dem entsprechenden Personal“, erläutert Barbara Schulte, Vorstand für Krankenpflege und Patientenservice am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UK SH). Auf der 2. EUROFORUM-Konferenz „Patientenhotels“ vom 11. bis 12. Juni 2007 in Berlin werden Konzepte, Praxisbeispiele sowie politische, rechtliche und medizinische Faktoren diskutiert.

Elektronische Gesundheitskarte

Die ursprünglich schon für 2006 geplante Einführung der elektronischen Gesundheitskarte könnte sich weiter verzögern. „Die Karte wird nicht vor 2010 kommen“, sagte der FDP-Gesundheitspolitiker Daniel Bahr der Tageszeitung „Die Welt“. Dies gehe aus einer Antwort der Bundesregierung auf eine von ihm gestellte parlamentarische Anfrage hervor. Darin habe das Bundesgesundheitsministerium vermeiden, einen Zeitpunkt dafür anzugeben, wann bundesweit alle Versicherten die Karte in Händen halten. Es sei lediglich die Rede davon, dass die Karte nach derzeitiger Planung dieses Jahr für die industrielle Massenproduktion freigegeben werden könne.

[Sichern Sie sich Ihre Ausgabe]

„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, zukunftsorientiertes 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 myBSCmed Software (gültig bis 31.12.2007) 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

[Emnid Umfrage zu GKV-Wahlтарifen]

Qualität ist wichtiger als Sparen

Ab dem 1. April müssen die gesetzlichen Krankenkassen ihren Mitgliedern flexiblere Versicherungstarife anbieten. Rund 90 Prozent der Bevölkerung – so viele sind in der Gesetzlichen Krankenversicherung, GKV, versichert – haben damit die Möglichkeit, sich ihre Versicherungstarife stärker entsprechend den eigenen Wünschen zusammenzustellen.

Eine aktuelle Emnid Blitzumfrage im Auftrag des forschenden Arzneimittelherstellers Janssen-Cilag hat jetzt gezeigt, dass die Mehrheit der Versicherten (88 Prozent) neue GKV-Tarife vor allem wählen würde, um die Qualität ihrer medizinischen Versorgung zu verbessern. 86 Prozent der Befragten begrüßen die Vorstellung, sich ein Leistungspaket zusammenzustellen, das ihren individuellen Bedürfnissen entspricht. 81 Prozent würden einen Tarif wählen, der die Erstattung von neuen Medikamenten und Behandlungsmethoden sicherstellt. 71 Prozent der Befragten gaben an, dass für sie bei

der Wahl individueller Kassentarife Sparmöglichkeiten im Vordergrund stehen würden. In diese Richtung zielen auch die meisten geplanten Angebote. Sie umfassen z. B. Selbstbehalttarife, bei denen Versicherte niedrigere Beiträge zahlen, sich dafür an Leistungen beteiligen sowie Tarife für Nichtinanspruchnahme von Leistungen.

„Das Votum der Versicherten fällt deutlich aus: Qualitätsverbesserung steht vor Einsparungen. Die ‚Geiz ist geil‘-Mentalität gilt offensichtlich nicht, wenn es um die eigene Gesundheit geht“, so Dr. Marcel Mangen, Geschäftsführer Janssen-Cilag. „Doch die bisher vorgesehenen Wahlтарife beschränken sich leider vor allem auf eine Leistungseinschränkung. Wir glauben, dass die Kassen im Interesse der Patienten gut daran täten, auch Tarife anzubieten, die auf eine höhere Versorgungsqualität und den Zugang zu neuen Therapien setzen.“



Statistisches Bundesamt

Gesundheitsausgaben 2005 gestiegen

Nach Mitteilung des Statistischen Bundesamtes beliefen sich die Ausgaben für Gesundheit im Jahr 2005 auf insgesamt 239,4 Milliarden Euro oder 10,7% des Bruttoinlandsproduktes. Dies war im Vergleich zum Jahr 2004 ein Plus von 5,6 Milliarden Euro oder 2,4%, nachdem die Gesundheitsausgaben 2004 nahezu stagnierten (+ 0,0%). Die Ausgaben je Einwohner lagen bei 2.900 Euro (2004: 2.830 Euro). Mit rund 57% der Ausgaben war die gesetzliche Krankenversicherung der größte Ausgabenträger im Gesundheitswesen. Ihre Ausgaben erreichten 135,9 Milliarden Euro und lagen im Jahr 2005 um 3,3% über denen des Vorjahres. Die privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck zahlten 32,4 Milliarden Euro und damit 1,2% mehr als im Jahr 2004. Ihr Anteil an den Gesamtausgaben betrug knapp 14%. Gut 9% oder 22,0 Milliarden Euro entfielen auf die private Krankenversicherung, deren Aufwendungen um 4,2% und damit deutlich überdurchschnittlich gewachsen waren.

Über die Hälfte der Gesundheitsausgaben entfiel auf Waren und ärztliche Leistungen. Für beide Leistungsarten wurden jeweils knapp 27% der Gesamtausgaben aufgewendet. Während die Ausgaben für ärztliche Leistungen nur um 0,5% im Vergleich zum Jahr 2004 gestiegen sind, wuchsen die Ausgaben für Waren um 5,4%. Hauptverantwortlich für diesen Anstieg waren die Arzneimittel, für die 10,2% mehr aufgewendet wurden als 2004. Fast jeder zweite Euro der Gesamtausgaben wurde in Einrichtungen der ambulanten Gesundheitsversorgung ausgegeben (48%). Die Ausgaben in diesen Einrichtungen stiegen im Vergleich zum Vorjahr um 2,6%. Vom Ausgabenvolumen her betrachtet waren Arztpraxen (35,2 Milliarden Euro) und Apotheken (34,8 Milliarden Euro) die bedeutendsten ambulanten Einrichtungen. Dagegen sanken die Ausgaben in Zahnarztpraxen um 6,7% auf 15,2 Milliarden Euro.

Kompetenz – Qualität – Innovation

mit Optimismus in die Zukunft...

Behandlungshilfen, Endodontie,
Prothetik, Hygiene –
Sicherheit für den Zahnarzt,
Made in Germany



1563 D

Coltène/Whaledent GmbH + Co. KG
Raiffeisenstraße 30
89129 Langenau/Germany
Tel. +49 (0)7345 805 0
Fax +49 (0)7345 805 201
productinfo@coltene-whaledent.de
www.roeko.com

Eine Marke von

coltene
whaledent

Zahnarztbesuch

Patienten überprüfen ihre Rechnung



Vom Fachchinesisch der Mediziner lassen sich die Deutschen nicht abschrecken: Zwei Drittel gucken sich ihre Arztrechnungen genau an, um zu prüfen, ob sie fehlerhaft sind bzw. ob die dort aufgeführten Leistungen auch tatsächlich erbracht worden sind. Die große Mehrheit der Ärzte nimmt sich jedoch die Zeit, um ihren Patienten die Rechnungen umfassend zu erläutern. Bei über 13 Prozent bleiben aber dennoch Zweifel an der Richtigkeit der Rechnung, knapp fünf Prozent werden sogar aktiv – bis hin zum Prozess. Dies ergab eine repräsentative Befragung des größten deutschen Arzthaftpflichtversicherers DBV-Winterthur in Zusammenarbeit mit TNS-Infratest. Bei der Umfrage wurde ermittelt, ob sich Patienten, die eine Rechnung von ihrem Zahnarzt bekommen – entweder als Privatversicherter oder wenn es sich um den selbst zu bezahlenden Eigenanteil geht – diese genauer anschauen. 70 Prozent haben dies bejaht, während 21 Prozent geantwortet haben, dass sie ihrem Arzt vertrauen würden, dass bei der Rechnung alles seine Ordnung hat. Sechs Prozent gaben an, dass sie Arztrechnungen mit den ganzen Fachbegriffen sowieso nicht verstehen würden. Positiv: Eine große Mehrheit von 71 Prozent sagt, dass ihr Zahnarzt bei Nachfrage versucht habe, ihnen die Inhalte der Rechnung umfassend zu erläutern. Nur 3,3 Prozent äußern, dass der Arzt bei ihnen auf Nachfrage oft genervt oder mürrisch reagiert habe. Trotzdem können immerhin 13,3 Prozent der Befragten nicht zufriedengestellt werden: 8,8 Prozent sagen, dass – egal ob der Zahnarzt unfreundlich oder zuvorkommend reagiert hat: Bei Rechnungen blieben auch nach den persönlichen Erläuterungen Zweifel, ob diese auch wirklich korrekt war. 4,5 Prozent der Befragten sind sogar schon ein- oder mehrmals aktiv geworden, weil sie die Zahnarztrechnung nicht für korrekt hielten – sei es durch massive Beschwerden beim Zahnarzt selbst oder bei anderen Stellen oder sogar mit anwaltlicher Hilfe.

Projektmanagement: Ein Instrument für Zahnärzte?

| Prof. Dr. Thomas Sander

In der ZWP 4/2007 wurde vom Autor dargelegt, wie sich Selbstwirksamkeit und Lösungswissen auf den Erfolg der Zahnarztpraxis auswirken. Im Hinblick auf die Zielfindung (Wie will ich mein Leben als Zahnarzt zukünftig gestalten?) unterscheidet sich demnach der sogenannte Entwicklungszahnarzt vom Unternehmerzahnarzt. Beide aber müssen sich im anstehenden Veränderungsprozess im Markt der Zahnmedizin das zugehörige und leider nicht im Studium vermittelte Lösungswissen aneignen. Dazu gehört unter anderem die Kenntnis von Projektmanagement, über das hier berichtet wird. Der Autor begleitet unter anderem Praxen und Ärztehäuser bei der Projektsteuerung ihrer Vorhaben.

Kennen Sie Dr. Seppel Selber? Dr. Selber machte schon immer am liebsten alles selbst. In der Schule schrieb er nie von anderen ab; sie waren einfach nicht gut genug. Nach dem Zahnmedizinstudium kaufte er sich eine Praxis. Die Markterhebung, die Kaufpreisermittlung, den Umbau der Praxis, die Mitarbeiterauswahl, die Finanzierung, die Businessplanung: Alles managte er selbst. In der Praxis sparte er natürlich

die Mitarbeiterinnen ihren Stärken entsprechend zu motivieren und einzusetzen. Schließlich konnte er einen sehr guten Partner gewinnen und setzte Fachleute für die Markterhebung, die Kaufpreisermittlung, den Umbau der Praxis, die Mitarbeiterauswahl, die Finanzierung und die Businessplanung ein. Heute betreiben die beiden eine Zwölf-Mitarbeiter-Praxis. Dr. Lenker fährt übrigens einen Porsche.

Bereiche hieraus sind erlernbar, sie gehört zum planbaren Lösungswissen (zum Thema Erfolg durch Selbstwirksamkeit und Lösungswissen siehe ZWP 4/2007).

Unter Projektsteuerung wird allgemein die Steuerung verschiedener an einem Vorhaben beteiligter Experten verstanden. Im Rahmen von komplexen z.B. Bauvorhaben koordiniert der Projektsteuerer die Arbeiten von Architekten, Statikern, Fachplanern, Anlagenbauern etc. Der Autor beispielsweise übernimmt mit seinem Team die Projektsteuerung bei der Planung und Umsetzung von Ärztehäusern.

Projektmanagement sollte jeder Unternehmer – und somit auch jeder Zahnarzt – beherrschen. Die Projektsteuerung sollten Fachleute in die Hand nehmen.

„Alle Menschen sind klug,
die einen vorher,
die anderen nachher.“

Chinesisches Sprichwort

auch, vornehmlich an Mitarbeiterinnen. Die waren alle einfach nicht gut genug. Schließlich machte er auch noch die Anmeldeorganisation selbst. Heute hat Dr. Selber eine Drei-Mitarbeiter-Praxis und fährt einen Golf. Ganz anders Dr. Leo Lenker. Schon im Studium wirkte er im Asta mit, und er verstand es, seine Kommilitonen zu begeistern und in die Arbeit einzubinden. Auch in der eigenen Praxis wusste Dr. Lenker, dass jede Mitarbeiterin neben ihren Schwächen auch viele Stärken hat. Er verstand es, zu delegieren und

| Projektmanagement und Projektsteuerung

Dr. Lenker beherrscht mit der Kunst des Delegierens auch die des Projektmanagements; beides gehört zusammen. Unter Projektmanagement wird allgemein die Gesamtheit der Führungsaufgaben eines Projektes einschließlich dessen Organisation unter Einbeziehung aller zugehörigen Techniken und Hilfsmitteln verstanden. Menschen mit einer hohen Selbstwirksamkeit wenden diese Kunst eher intuitiv an und sind so erfolgreich. Die meisten

| Projektmanagement auf einem Blatt

Projektmanagement wird häufig in Verbindung gebracht mit komplizierten Projektmanagementsystemen wie z.B. Netzplantechnik, MS-Projekt etc. Auch die im Zusammenhang mit den Projektmanagementsystemen stehenden Begriffe wie Gateways, Ressourcenverwaltung etc. sind für den Laien verwirrend und abschreckend.

Dabei ist Projektmanagement zunächst einmal nur eine Philosophie, die besagt, dass ich mir vor dem Beginn eines Vorhabens überlege, wie ich es erreichen will, und welche Hilfsmittel (meistens sind dies Menschen) ich da-

für wann einsetzen möchte. Erst wenn ich zu Ende überlegt habe, starte ich das Vorhaben gemäß meinen Überlegungen. Das ist Projektmanagement. Für das Projektmanagement in diesem Sinne reicht ein Blatt Papier.

eines Projektes beträgt die Beeinflussbarkeit noch 100 %: Ich muss das Projekt nämlich gar nicht erst starten. Mit der Dauer des Projektes nimmt die Beeinflussbarkeit ab. Wenn z. B. die neue Immobilie für die Gemeinschaftspraxis

ner anderen Immobilie und mit neuen Schwerpunkten mehr Geld verdienen.“ Dann muss der Zeitrahmen festgelegt werden: „Das Vorhaben soll in 12/2008 abgeschlossen sein.“ Anschließend müssen Meilensteine definiert werden: „Marktanalyse abgeschlossen“, „Standortsuche abgeschlossen“, „Behandlungsschwerpunkte definiert“, „Schulungsplan erstellt“, „Bankgespräche abgeschlossen“, „Stellungnahme Steuerberater eingeholt“, „Architekt beauftragt“, „Marketingkonzept fertig“, „Umbau gestartet“, „Einzug in die Praxis erfolgt“, „Neue Ausrichtung gestartet“. Jetzt muss überlegt werden, welche Mitwirkenden es in diesem Vorhaben gibt: Steuerberater, Bank, Depot, Unternehmensberater, Architekt, Partner etc. und welche Aufgaben jeder in dem Projekt hat. Es sollte für jeden Meilenstein unterschieden werden, wer für den Projektfortschritt verantwortlich ist, wer aktiv durchführt (arbeitet) und wer nur beteiligt ist. Wenn der Zahnarzt dieses Vorhaben selbst managen will, ist er der Projektleiter und bei jedem Meilenstein für den Projektfortschritt verantwortlich. Die Durchführung wird er aber weitgehend delegieren, denn er verdient sein Geld mit der Behandlung von Patienten und nicht mit z. B. der Erarbeitung eines Marketingkonzeptes. Dieser Punkt ist für Dr. Selber übrigens sehr schwer einzusehen.

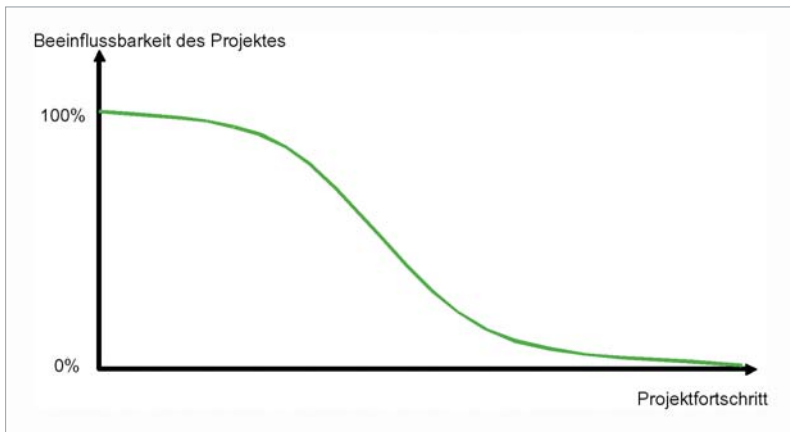


Abb. 1: Beeinflussbarkeit des Projektes als Funktion des Projektfortschritts.

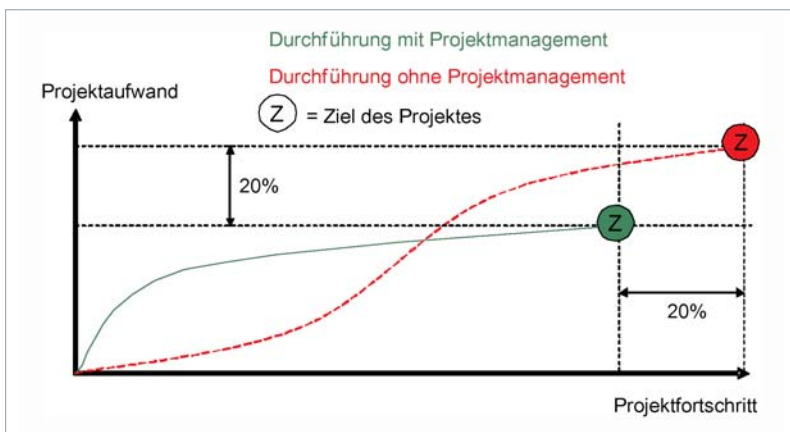


Abb. 2: Projektaufwand als Funktion des Projektfortschritts.

Projektmanagement kostet nichts und spart Geld

Die wesentliche Aussage im Zusammenhang mit Projektmanagement ist, dass die Beeinflussbarkeit eines Projektes mit der Zeit abnimmt. Abbildung 1 macht dies deutlich. Zu Beginn

bereits gemietet ist, sind Veränderungen in diesem Punkt schwierig und verursachen Kosten.

Die Durchführung eines Vorhabens mit Projektmanagement führt zwar am Anfang zu einem etwas verhaltenen Start (nichts für Dr. Selber), ist aber am Ende schneller und vor allem kostengünstiger (vgl. Abb. 2). In der Projektmanagementlehre wird übrigens von Kosten- und Zeitersparnissen von im Mittel 20 % über alle Branchen ausgegangen.

tipp

Projektmanagement zum Download: Das o.g. Beispiel, das auf einer Seite darstellbar ist, können Sie kostenlos unter www.prof-sander.de herunterladen. Die Schulung des Projektmanagements und weiterer wichtiger Managementmethoden für den lenkenden Zahnarzt findet im Rahmen des in der beiliegenden ZWP today auf Seite 13 beschriebenen ManagerSeminars für Unternehmerzahnärzte statt.

Wie geht das nun mit Projektmanagement?

Zunächst muss der Zahnarzt sein Ziel kennen und formulieren. Beispiel: „Ich möchte mit meinem Partner in ei-

Schließlich ist noch eine meilensteinabhängige Zeitplanung zu machen. Dabei sollte stets ca. 20 %–50 % mehr Zeit geplant werden als aus dem Bauch heraus geschätzt wird. Die Zeitplanung ist individuell sehr verschieden, benötigt viel Erfahrung und stellt den schwierigsten Teil des Projektmanagements dar.

Jetzt erst beginnt das Vorhaben. Sie werden sehen, wie viel einfacher das geht, wenn diese auf eine Seite passende Philosophie angewendet wird. Dr. Lenker lenkt alle seine Vorhaben so und ist damit sehr erfolgreich. Er weiß aber auch, dass sich seine Planung im Verlaufe des Projektes verändern kann und hält sie daher flexibel. Sein Projektmanagement ist nicht in Stein gemeißelt. |

Teil 4

Einbindung der Mitarbeiter in den Führungsprozess

| Prof. Dr. Helmut Börkircher

Der Führungsprozess setzt sich aus den Funktionen Planen, Ziele festlegen, Entscheiden, Durchsetzen und Kontrollieren zusammen. Lesen Sie nun im vierten Teil unserer Serie, wie Sie Ihre Mitarbeiter – arbeitsentlastend für Sie – in diese Prozesse der Praxis einsetzen können.

Beim Führungsprozess ergibt sich ein Kreislauf der Führungsfunktionen, der auch als Management-Regelkreis bzw. kybernetischer Regelkreis bezeichnet wird. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass

- man als Führungskraft stets mehrere oft sehr unterschiedlich lange und komplexe Führungsprozesse zu bewältigen hat;
- das Denkmuster des Management-Regelkreises die systematische Führungsarbeit erleichtert, wenn man sich einmal mit ihm vertraut gemacht hat;
- der kybernetische Regelkreis sich nicht nur auf den Führungsprozess von Mitarbeitern, die Führung der Praxis als Unternehmen, sondern auch auf die Führung der eigenen Person anwenden lässt.

Aus den im Rahmen des Regelkreises zu bewältigenden Führungsfunktionen lassen sich einige wichtige Regeln für die Zahnarztpraxis herleiten. Zunächst soll dies für die Funktion „Planen“ anhand zweier fiktiver Praxen erfolgen.

| Planen mit den Mitarbeitern

In einer Praxis A machen sich Zahnarzt und Mitarbeiterinnen Sorgen bezüglich der Einhaltung der Termine durch die Patienten. Gemeinsam sucht man nach Lösungsmöglichkeiten, um dieses Problem in den Griff zu bekommen und will diese dann in der nächsten Teambesprechung erörtern.

Auch Praxis B hat dieses Terminproblem mit einigen der Patienten. Um es rasch zu lösen, hat sich der Praxisinhaber vorgenommen, am Wochenende darüber nachzudenken und am Montag dann die neue Vorgehensweise seinen Mitarbeitern bekannt zu geben.

In beiden Beispielen soll ein „Problem“ durch Planung einer Lösung zugeführt werden. Vorgehensweisen und vermutlich auch die Folgewirkungen bei den Mitarbeitern der beiden Praxen werden jedoch unterschiedlich sein. Was lässt sich daraus für die Planungsfunktion eines Zahnarztes ableiten?

Planung bedeutet, zukunftsbezogen Ziele zu setzen und die Entscheidungen vorzubereiten, welche der Zielerreichung dienen. Die Planung bildet somit die Grundlage aller nachfolgenden Führungsfunktionen.

Viele Vorgesetzte leiden unter Zeitmangel. Es gelingt ihnen nur unvollkommen, ihre Aufgaben in der zur Verfügung stehenden Zeit zu erledigen. „Ich habe jetzt keine Zeit, kommen Sie später wieder“ oder „Legen Sie die Sache auf meinen Schreibtisch, ich schau mir das an, wenn ich etwas Zeit habe“, sind Ausdruck einer ungenügenden Planungstätigkeit oder unzureichenden Kommunikation von Aufgaben mit

den Mitarbeitern. Methodisch und effizient arbeiten und genügend Zeit haben für die Mitarbeiter setzt Planung voraus. Zahnärzte, welche die Planung vernachlässigen, erfüllen eine zentrale Grundanforderung ihrer Funktion als Vorgesetzte nicht: Sie handeln nicht vorausschauend. Voraussicht ist aber notwendig, um organisierend und koordinierend die Mitarbeiter optimal einzusetzen und auch die eigenen Möglichkeiten ausschöpfen zu können. Sachlich geht es bei der Planung um mehr als um das optimale Zeitmanagement des Praxisinhabers. Die meisten Planungsaktivitäten des Zahnarztes haben nämlich Auswirkungen auf die Mitarbeiter: Die Planung kann zu einer Neuverteilung der Aufgaben unter den Mitarbeitern oder zur Aufnahme neuer Behandlungskonzepte für die Praxis führen. Deshalb besteht eine der wichtigsten Planungsregeln darin, die Mitarbeiter am Planungsprozess angemessen zu beteiligen.

Planung darf jedoch nie Selbstzweck sein. Es muss immer eines der obersten Ziele der Planung sein, durch das Planen unnötige Risiken zu vermeiden. Aus der Sicht der Mitarbeiterführung ist Planung immer dann sinnvoll, wenn sie den Mitarbeitern im Rahmen des Möglichen ein Gefühl der Sicherheit vermittelt und die Entwicklungsperspektiven der Praxis transparenter macht. Die angemessene Beteiligung der Mitarbeiter sowie Sorgfalt und Flexibilität in der Planung fördern die Initiative und die Identifikation der Mitarbeiter mit der Praxis. Dabei sind einige wesentliche Planungsprinzipien zu berücksichtigen:

[kontakt]

Managementinstitut
Prof. Dr. Helmut Börkircher & Partner
 Ötisherstr. 23
 75443 Ötisheim-Schönenberg

Schwerpunkte:
 Strategische Praxisberatung mit individuellem Life-Balance-Ansatz. Effiziente Ratingkonzepte nach Basel II für Praxis und Privat. Coaching und Controlling. Kennzahlengesteuertes Qualitätsmanagement nach der BSC-Methode.

- Es sollte schriftlich geplant werden.
- Es sollte nach dem Prinzip der rollierenden Planung vorgegangen werden. Das bedeutet, die Planung sollte konkret und detailliert nur bis zum nächsten Zeithorizont durchgeführt werden. Als Zeithorizonte kommen infrage: langfristig (Jahre), mittelfristig (Monate), kurzfristig (Tage, Wochen). Je weiter dabei in die Zukunft geplant wird, desto grober hat die Planung auszufallen.
- Es sollte ergebnisorientiert an zu erreichenden Zielen geplant werden. Das heißt, dass nicht nur die Aufgaben zu planen sind, sondern auch das gewünschte Ergebnis.
- Es sollte regelmäßig und systematisch mit Zeitplänen gearbeitet werden.
- Es sollte auch mit zeitlichen Puffern und Alternativen geplant werden.

I Gemeinsam oder allein?

In der Praxis B verkündet der Zahnarzt am Montagmorgen seine Entscheidungen, wie künftig die Terminplanung zu erfolgen hat und wer dafür zuständig ist. Der dafür ausgesuchten Mitarbeiterin gibt der Praxisinhaber dann gleich noch eine Reihe von Punkten mit, die sie beim Terminmanagement zu berücksichtigen hat und fügt noch hinzu, dass er jeden Tag kontrollieren wird, ob sich nunmehr die Terminverwaltung verbessert hat oder nicht.

In der nächsten Teamsitzung der Praxis A werden die Verbesserungsvorschläge vorgestellt und hinsichtlich Vor- und Nachteilen abgewogen. Die zum Schluss übrig gebliebenen Vorschläge werden dann diskutiert. Schließlich hat sich die Gruppe auf einen Vorschlag geeinigt.

Eine Entscheidung zu treffen heißt also aus der Gesamtheit möglicher Handlungsalternativen diejenige auszuwählen, die im Hinblick auf die gesetzten Ziele das beste Ergebnis zu liefern verspricht. Entscheiden ist ein zentraler Bestandteil der Mitarbeiterführung. Im Rahmen der Mitarbeiterführung geht es dabei vor allem um die Frage, wie der Zahnarzt und seine Mitarbeiter bei Entscheidungsprozessen zusammenwirken. In der Art und Weise dieses Zusammenwirkens drückt sich, wie bereits ausgeführt, der Führungsstil des Praxis-

inhabers aus. Ob eher kooperativ oder autoritär geführt wird, lässt sich am deutlichsten daran erkennen, wie die Entscheidungsbefugnisse zwischen Zahnarzt und Mitarbeitern verteilt sind. Folgende Aspekte und Regeln sollte der Zahnarzt bei der Entscheidungsfindung berücksichtigen: Der Zahnarzt sollte nicht alle zu fällenden Entscheidungen selbst treffen. Wo es aus sachlichen und persönlichen Gründen vertretbar ist, gilt das Subsidiaritätsprinzip, nach dem Entscheidungen von dem Mitarbeiter getroffen werden, der bereit und in der Lage ist, ein bestimmtes Problem aufgrund seines Verantwortungsbereiches kompetent zu lösen. Damit soll auch verhindert werden, dass der Praxisinhaber über die Köpfe seiner Mitarbeiter Entschlüsse fasst und damit seine persönliche und zeitliche Kapazität mit Aufgaben bindet, die ebenso gut oder besser durch die zuständigen Mitarbeiter selbst gelöst werden können.

Allerdings sind nicht alle Entscheidungen delegierbar. Grundsätzlich ausgeschlossen sein sollten Entscheidungen, die den Mitarbeiterbereich betreffen. Dies sind im wesentlichen Einstellung oder Entlassung, aber auch die Art und Weise der Ausbildung von Mitarbeitern oder die Äußerung von Lob und Kritik.

Entscheidungen, die gefällt werden müssen, sollten nicht auf die lange Bank geschoben werden. Der Zahnarzt als Vorgesetzter seiner Mitarbeiter muss in der Lage sein, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden und nach der Dringlichkeit zu beurteilen. Vorgesetzte, die Probleme mit Entscheidungen haben, sollten sich bewusst sein, dass sie damit unter Umständen die Initiative ihrer Mitarbeiter selbst hemmen und unklare Situationen schaffen, die dann manchmal auch von den Mitarbeitern selbst getroffen werden.

Falsche Entscheidungen zu korrigieren, fällt manchem Entscheidungsträger schwer. Vernunftmäßig wird zwar erkannt, dass eine falsche Entscheidung gefällt wurde, man ist jedoch nicht bereit eine Korrektur vorzunehmen, um damit nicht das Gesicht als Chef zu verlieren. Für die Mitarbeiterführung ist dieses Verhalten fatal, weil der Chef vor seinen Mitarbeitern als uneinsichtig und starrsinnig erlebt wird und unter Umständen seine Autorität einbüßt.

Bei Entscheidungsprozessen ist weiterhin zu berücksichtigen, dass diejenigen Mitarbeiter, die aus sachlichen oder persönlichen Gründen nicht an einem Entscheidungsprozess teilnehmen können, dessen Ergebnis sie aber betrifft, vom Ergebnis der Entscheidung angemessen informiert werden.

I Verantwortung teilen

Im Vordergrund steht hier die Führungsaufgabe, Delegation von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung. Für jeden Mitarbeiter ist dabei anzustreben, dass Aufgaben, Entscheidungsbefugnisse und Verantwortung vollkommen deckungsgleich sind, sodass es nicht zu Überschneidungen mit den Bereichen anderer Mitarbeitern kommt. Wie die Führungsaufgabe „Durchsetzen“ erfolgt und wie sie von den Mitarbeitern wahrgenommen wird, ist wiederum eine Frage des Führungsstils.

In der einen Zahnarztpraxis überträgt der Praxisinhaber nach seinem Gutdünken Aufgaben an einzelne Mitarbeiter, ob sie dafür nun qualifiziert und/oder motiviert sind. In einer anderen werden die Aufgaben mit den Mitarbeitern besprochen, es wird festgelegt, wer welche Aufgabe übernimmt. Ist jemand dafür besonders qualifiziert, dann wird dieser Mitarbeiter gebeten, diese Aufgabe zu übernehmen, vielleicht durch Ermunterung, falls sich der Mitarbeiter selbst diese Arbeit nicht zutraut. „Sie waren doch auf dem Seminar zur Terminorganisation. Ich glaube, Sie können einen Teil Ihres Gelernten hier anwenden.“ Wenn sich ein Mitarbeiter zu viel zumutet, ist es Aufgabe, ihn auf mangelnde Erfahrung aufmerksam zu machen und ihm eine Teilaufgabe zu geben, die ihm besser liegt.

Aus der Sicht der Mitarbeiterführung stehen bei der erfolgreichen Durchsetzung von Entscheidungen das eigene Führungsverhalten des Zahnarztes, die Auftragserteilung an die Mitarbeiter und die motivierende Unterstützung bei der Durchführung von Aufgaben im Mittelpunkt. Auch hierzu sollen in der täglichen Praxis einige Grundregeln berücksichtigt werden:

- Nur eindeutige Aufträge führen zu den gewünschten Ergebnissen.
- Aufträge an die Mitarbeiter sollen vollständig, klar verständlich und be-

gründbar sein. (Trifft letzteres nicht zu, dann handelt es sich um Befehle oder Anordnungen.) Um unklare Aufträge an Mitarbeiter zu vermeiden, kann man seinen Auftrag am besten mit sogenannten W-Fragen (Wer macht was bis wann und wie? etc.) testen.

| Erfolgreiches Durchsetzen

Vollständigkeit, Verständlichkeit und Begründbarkeit eines Auftrages ist nur die eine Hälfte, die bei der Auftragserteilung erfüllt sein muss. Daneben gilt es, den Mitarbeiter durch geeignete Anreize zu motivieren und von seinem Auftrag zu überzeugen. Folglich ist die Fähigkeit, Aufträge sach- und personengerecht zu erteilen und durchzusetzen, für den Erfolg der Mitarbeiterführung entscheidend, weil damit Arbeitsleistung und Arbeitszufriedenheit am besten gesteigert werden können. Beim Mitarbeiter sollte die Aufgabenübertragung daher positiv motivierend sein, d. h. Ermutigung und Engagement auslösen, statt negativ, d. h. mit Angst und Überforderung aufgenommen zu werden.

Das Reifegradmodell kann eine Grundlage sein, um festzulegen, welcher (am besten geeignete) Mitarbeiter für eine bestimmte Aufgabe ausgewählt werden soll. Zwei Fehler gilt es dabei jedoch zu vermeiden: Erstens, den Mangel an Erfahrung mit Unfähigkeit zu verwechseln und zweitens: Die Aussage „Das ist eine Herausforderung für Sie!“

Bei Aufgaben, die eher langweilig sind, sollte man kein echtes Engagement des Mitarbeiters erwarten, wenn man realistisch gesehen, lediglich mit Akzeptanz rechnen darf. Begeisterung für eine Tätigkeit entsteht oftmals erst dann, wenn ein Teil der (langweiligen) Arbeit bereits erfolgreich erledigt wurde. Dennoch können auch Routinearbeiten für einen Mitarbeiter interessant sein.

| Feedback ermöglichen

In der Praxis A und in der Praxis B wollen die Zahnärzte im Grunde genommen in sachlicher Hinsicht dasselbe erreichen. In Bezug auf ihre jeweiligen Mitarbeiter gehen sie jedoch ganz verschieden vor. Praxisinhaber B möchte sicher sein, dass die von ihm verteilten Aufträge so durchgeführt werden, wie er sich dies ganz detailliert vorgenommen hat. Um

Fehler möglichst gleich zu korrigieren, setzt er auf ständige Kontrolle seiner Mitarbeiter.

In der Praxis A funktioniert dies anders: Auch hier wird seit der letzten Teamsitzung nach dem gemeinsam diskutierten neuen System verfahren. Auch hat es nicht gleich von Anfang angeklappt. Dafür sind jedoch die beiden betroffenen Mitarbeiter zu ihrem Chef gegangen, haben das Problem geschildert und gemeinsam hat man nach einer Lösung gesucht und gefunden. Die beiden Mitarbeiter haben dies umgesetzt und dafür auch das eine oder andere Lob von ihrem Vorgesetzten gehört.

Für den Zahnarzt sollte die letzte Phase des Führungsprozesses unter folgenden Leitmaximen stehen: Die Kontrolle beendet den Führungskreislauf, der mit der Planung begonnen hat. Kontrolle heißt im Rahmen der Mitarbeiterführung die Erfüllung erteilter Aufträge und die dadurch erzielten Ergebnisse zu überwachen und gegebenenfalls korrigierend einzugreifen. Ob dabei erfolgreich kontrolliert werden kann, hängt insbesondere davon ab, ob die Ziele konkret und überprüfbar formuliert worden sind. Die Kontrolle ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass zukünftige Entscheidungen in künftigen Führungsprozessen in ihrer Qualität verbessert werden können.

Für die konkrete Kontrolltätigkeit gelten einige Grundsätze, die auch in der Zahnarztpraxis berücksichtigt werden müssen: Kontrolliert wird, was aktuell und für den Erfolg einer Tätigkeit tatsächlich auch relevant ist. Sinnlose Kontrollen werden als Schikanen empfunden. Im Übrigen „kosten“ sie nur die Zeit des Zahnarztes, die an anderer Stelle produktiver eingebracht werden kann. Wirtschaftlichkeit gilt auch für die Kontrollfunktion. Kontrollen müssen sich darüber hinaus an eindeutig messbaren Kriterien orientieren und genau durchgeführt werden.

Die Kontrollfunktion hat sich auf Ergebnisse zu konzentrieren; kontrolliert wird nicht das Verhalten in Bezug auf das Ergebnis. Das Arbeitsverhalten des Mitarbeiters ist nur dann kontrollrelevant, wenn es den Erfolg der Aufgabenerfüllung nachhaltig beeinflusst. Das Verhalten der Mitarbeiter kann dann sehr wohl zum Gegenstand von stichprobenarti-

gen Kontrollen gemacht werden. Dies gilt beispielsweise, wenn das Verhalten (Freundlichkeit, Höflichkeit, Gesprächsführung etc.) der Mitarbeiter gegenüber den Patienten überprüft werden soll. Kontrollen müssen regelmäßig auch als Korrekturmaßnahmen verstanden werden, aus denen entsprechende Verbesserungsmaßnahmen für den Mitarbeiter abzuleiten sind. Dies sollte gemeinsam mit dem Mitarbeiter durchgeführt werden.

Bei der Kontrolle ist grundsätzlich zwischen der Fremdkontrolle durch den Zahnarzt und die Selbstkontrolle durch den einzelnen Mitarbeiter zu differenzieren. Dabei ist zu beachten, dass nur so viel Fremdkontrolle wie nötig, aber so viel Selbstkontrolle wie möglich eingesetzt wird. Der Umfang der Fremdkontrolle ist natürlich sehr stark abhängig vom Reifegrad des Mitarbeiters und wird im obigen Reifegradmodell bei M1 wesentlich höher sein als bei M4, bei dem die Eigenkontrolle eindeutigen Vorrang hat.

Auch bei der Kontrolle zeigt sich der Einfluss des jeweiligen Führungsstils. Während der Zahnarzt in der Praxis B davon ausgeht, dass ohne strikte Kontrolle seiner neuen Terminorganisation doch nur Fehler unterlaufen, sieht sich der Praxisinhaber von A eher in der Rolle eines Koordinators. Seine beiden damit betrauten Mitarbeiter sind fähig genug und auch bereit sich zu engagieren, Verantwortung zu tragen und selbstständig zu arbeiten. Durch Kommunikation will er eventuell noch fehlendes Wissen seinen beiden Mitarbeiter vermitteln, ansonsten wissen die beiden allein, wie sie den Erfolg ihrer Terminorganisation selbst kontrollieren können.

Anders dagegen in der Praxis B: Hier hängt der Praxisinhaber dem Menschenbild vom Typ X nach und geht mehr oder weniger bewusst davon aus, dass seine Mitarbeiter nicht von sich aus gute Arbeit leisten wollen oder können. Er versteht seine Kontrollpflicht deshalb so, dass er die Qualität der Arbeit und die Umsetzung seiner Ideen kontinuierlich überprüfen muss und persönlich darauf zu achten hat, dass die Mitarbeiter sich für die Praxisbelange auch einsetzen. Mit Autorität muss man erzwingen, was die Mitarbeiter von sich aus nicht tun, ist einer seiner Maxime. |

Wie Zahnärzte das Potenzial für Verbesserungen erkennen

| Cay von Fournier

Beobachtet man erfolgreiche Zahnärzte, treibt diese gemeinschaftlich eine Einstellung an: Sie leben in dem Bewusstsein, dass es in einer Praxis nichts gibt, was nicht besser werden könnte. Sie haben erkannt: Die kontinuierliche Verbesserung ist allemal besser als die aufgeschobene Vollkommenheit. Und sie tun sehr viel dafür, ständig besser zu werden.

Viele Zahnärzte sonnen sich in ihren Stärken und merken dabei nicht, wie schnell diese Stärken heute kopiert werden können. Es reicht nicht aus, sich bestätigen zu lassen, in welchen Bereichen man sehr gut ist. Viel wichtiger ist, herauszufinden, wo das Potenzial für Verbesserung liegt. Viele Zahnärzte erkennen Veränderungen innerhalb und außerhalb des Unternehmens häufig zu spät, obwohl sie im Vergleich zu größeren Unternehmen doch eigentlich flexibler sein müssten. Ursachen sind nicht selten die mangelnde Anpassungsfähigkeit im Informationszeitalter und die immer kürzer werdenden Zyklen von gesundheitspolitischen Entscheidungen.

| Qualität steht vor Quantität

Zahnärzte tun oft etwas, weil sie es schon immer getan haben. In Zeiten der

Globalisierung und der wirtschafts- und gesundheitspolitischen Versäumnisse der letzten 20 Jahre stehen Zahnärzte in Deutschland zunehmend in einem harten – nein, in einem sehr harten – Wettbewerb. Hierauf kann der einzelne Zahnarzt nur auf eine Art und Weise reagieren: Er muss aufhören zu jammern, sich seine eigene Konjunktur schaffen und seine Praxis – unter Akzeptanz der (noch) existierenden Rahmenbedingungen – perfekt aufstellen. Perfekt aufstellen heißt, die Praxis möglichst effektiv und effizient zu organisieren. Mit anderen Worten: Der Zahnarzt muss „die richtigen Dinge tun“ (Effektivität) und gleichzeitig müssen er und seine Mitarbeiter „die Dinge richtig tun“ (Effizienz). Nur beides zusammen ist sinnvoll, andernfalls wird die Praxis „fleißig erfolglos“ sein.

| Organisation – schwäche die Schwächen

Bei einer Organisation, so wie bei einem Organismus, führen Schwächen zu Krankheit und Tod. Immer wieder kommt es in Praxen zu Schwachstellen und Engpässen. Diese ändern sich von Jahr zu Jahr, sogar oft von Monat zu Monat. In einem Moment gibt es Probleme bei der Terminvergabe, im nächsten klappt die Zimmerbelegung nicht. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass der Zahnarzt weiß, wo derzeit das größte Problem und die größte Schwachstelle liegen. Es ist wie mit einem Eimer, der Löcher hat. Zuerst muss das große Loch verschlossen werden und dann die kleinen. In einer Praxis gilt daher: Schwäche die Schwächen und verändere ständig!

| Die ständige Verbesserung als Weg (Kaizen)

Kaizen ist eine zentrale Säule in jedem Qualitätsmanagement. Das japanische Wort „Kaizen“ (kai = ändern; zen = das Gute) beschreibt ein Managementkonzept, das auf die ständige Veränderung eines Unternehmens hin zum Guten abzielt. Dabei geht es im Gegensatz zu den sprunghaften Veränderungen durch Neuerungen (Innovationen) um eine schrittweise Perfektionierung und Optimierung des Vorhandenen. In dieser Definition finden wir eines der Hauptprobleme des Kaizen, das der ständigen Verbesserung. Diese Verbesserung muss im Ganzen auch von der Unternehmensführung und den Führungskräften gewünscht und gelebt werden sowie ein Grundsatz des Unternehmens sein, der für alle gleiche Gültigkeit hat. Denn wenn es um wirkliche Verbesserung des ganzen Unternehmens geht, kann kein Bereich ausgespart bleiben.

| Der Kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP)

Jeder Mitarbeiter ist aufgerufen, sich Gedanken über Verbesserungen im eigenen Arbeitsumfeld und in der Praxis allgemein zu machen. Diese Ideen werden formuliert und in einem Team bewertet, entschieden und umgesetzt. Dieser Vorgang wird dann „kontinuierlicher Verbesserungsprozess“ genannt und besteht aus vier Vorgängen:

- Einführung des KVP,
- Sammlung der Ideen und Verbesserungsvorschläge,
- Bewertung der Ideen und Entscheidung über die Umsetzung,
- Umsetzung der Idee und Verbesserung.

[der autor]

Dr. Dr. Cay von Fournier ist aus Überzeugung Arzt und Unternehmer. Zu seiner Vision gehören möglichst viele gesunde Menschen in gesunden Unternehmen. Der Inhaber des vor 20 Jahren gegründeten SchmidtCollegs ist bekannt durch seine lebhaften und praxisrelevanten Vorträge und Seminare. SchmidtColleg ist unter seiner Leitung zu einer Unternehmensgruppe geworden, die sich der Vermittlung und Umsetzung einer menschlichen und dennoch (oder gerade trotzdem) erfolgreichen Unternehmensführung widmet.

| info

Weitere Infos erhalten Sie unter www.schmidtcolleg.de oder per E-Mail: info@schmidtcolleg.de

1. Einführung: Der wichtigste Schritt ist die Einführung dieses neuen Werkzeuges. Zunächst müssen alle Mitarbeiter auf den gleichen Kenntnisstand gebracht werden, wozu eine ständige Verbesserung und ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess überhaupt gut sind. Auch brauchen alle das Vertrauen, dass es dem Chef damit ernst ist und dass wirklich alle an der Gestaltung der Praxis mitwirken können. Wenn dieses Vertrauen aufgebaut wurde, ist die Motivation groß.

2. Sammlung: Wie soll der Vorgang der Sammlung geschehen? Wohin gehen die Ideen? Werden sie per Papier oder elektronisch eingereicht? Kann jeder Mitarbeiter diesen Weg gehen oder braucht es an manchen Stellen auch Unterstützung, weil Mitarbeiter nicht so gut in der Sprache oder dem Schreiben sind und aus Unsicherheit gute Ideen unterbleiben?

3. Bewertung der Ideen und Entscheidung über die Umsetzung: Es muss mindestens monatlich ein Team über die eingereichten Ideen und Verbesserungen entscheiden und sofort kommunizieren, ob diese zur weiteren Prüfung aufgehoben, ob sie angenommen oder abgelehnt werden.

4. Umsetzung der Idee und Verbesserung: Auch der Vorgang der Umsetzung

muss geregelt werden. Inwieweit ist der Mitarbeiter, der die Idee oder Verbesserung hatte, eingebunden (er sollte es sein) und gibt es einen Umsetzungsplan (Projektplan)?

Die Anzahl der eingebrachten Ideen für eine Verbesserung und deren Umsetzungsquote sollte in einer Praxis dokumentiert und kommuniziert werden. Beides kann auch Gegenstand von Jahreszielen sein, wobei immer wieder darauf hingewiesen werden muss, dass nicht die Quantität, sondern die Qualität von Prozessen entscheidend ist.

Jeder ist ein Kunde

Ein wichtiger Grundsatz der ständigen Verbesserung ist, dass es in einer Praxis viele Kunden gibt – externe und auch interne. Ist ein Praxisbereich für einen anderen tätig, ist in diesem Fall die eine Praxiseinheit Kunde, die andere Lieferant. Wenn Mängel festgestellt werden, geht häufig ein beliebtes Spiel los. Jeder meldet das, was die anderen besser machen könnten, und niemand hat den wirklichen Kunden im Sinn. Viel besser wäre es, wenn in einer Vertrauenskultur der eine Bereich den anderen auf die festgestellten Fehler hinweist und dieser diese dann in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess einbringt. So entsteht innerhalb einer Pra-

xis die wertschätzende Kultur, dass alle zugleich Lieferanten von Leistungen und ebenso Kunden von Leistungen sind. Das nennen wir dann eine lebende Dienstleistungskultur.

Das Ziel der ständigen Verbesserung

Das Ziel der ständigen Verbesserung ist eine hohe Patienten- oder besser Kundenzufriedenheit, die sich in einer hohen Kundenloyalität ausdrückt. Um diese Form der Kundenzufriedenheit dauerhaft zu sichern, sind ständig kleine Schritte notwendig. Ziel ist es, möglichst große Qualität zu einem guten Preis-Leistungs-Verhältnis (dies gilt vor allem auch für private Zusatzleistungen wie Zahnreinigung, Bleaching u.a.) in hoher Geschwindigkeit und mit bequemen Zugangswegen zur Leistung anzubieten.

Weitere Ziele sind die Zufriedenheit der Mitarbeiter, das gesellschaftliche Image und natürlich auch das Geschäftsergebnis als Messgröße des Praxiserfolges. Wichtig ist an dieser Stelle wahrzunehmen, dass eine Praxis, die sich ständig verbessert, sich auch ständig verändert – in allen seinen Bereichen, denn keiner darf ausgespart werden. Auf diesen Weg der ständigen Veränderung müssen die Mitarbeiter sorgsam mitgenommen werden. Permanente Weiterbildung ist deshalb Teil des Prozesses der ständigen Verbesserung. Es scheint leicht und ist verführerisch, in schweren Zeiten an der Weiterentwicklung und Ausbildung zu sparen. Kurzfristig mag diese Strategie zur Erleichterung durch Kostenreduktion führen, mittelfristig ist sie eine Katastrophe. Nicht nur weil notwendige Investitionen in die Zukunft verschoben werden, sondern weil so der Wettbewerber einen Vorsprung bekommt, ein Vorsprung, der vielleicht nicht mehr aufzuholen ist.

Eigentlich ist Qualitätsmanagement einfach, aber es ist auch harte Arbeit und braucht die Einbindung aller an und in der Praxis beteiligten Menschen. Es braucht Konsequenz und vor allem den Willen, ständig besser werden zu wollen. Eine wichtige Entscheidung, die heute über die Zukunftsfähigkeit jeder Zahnarztpraxis entscheidet. |

ANZEIGE

Perfekt unterfüttern.

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

Indikationen:

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



P.U.M.A. soft®



Biß zur Perfektion

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

Rechnet sich die Kinderzahnheilkunde?

| Prof. Dr. Johannes Georg Bischoff

Eltern sind dankbar, wenn sie einen Zahnarzt finden, der auf Kinderbehandlung eingestellt und mit Kindern umgehen kann. Trotz der großen Nachfrage entscheiden sich nicht viele für diese Spezialisierung. Denn Kinderzahnheilkunde steht im Ruf, zeitaufwendig und schlecht bezahlt zu sein. Dabei bietet sie auch wirtschaftliche Chancen.

Kinder zu behandeln ist zeitaufwendig und schlecht bezahlt. Die Erlöse pro Behandlungsstunde sind gerade bei technisch und personell gut bestückten Praxen oft nicht kostendeckend. Da klingt ein Satz wie „Kinder sind die Zukunft“ hohl. In vielen Praxen wird deshalb so gedacht: „Natürlich behandeln wir auch Kinder, aber forcieren muss ich die Behandlung von Kindern ja nicht gerade, wenn ich dabei draufzahle.“ Es geht aber auch anders. Eine Reihe von wirtschaftlich erfolgreichen Praxen, darunter auch Großpraxen

mit mehreren Behandlern, hat sich unter anderem auch auf die Kinderzahnheilkunde spezialisiert. Hier fällt auf, dass die meisten ihren Schwerpunkt konzeptionell gut vorbereitet haben, ein zielgruppenspezifisches Leistungsspektrum anbieten und dieses werbewirksam kommunizieren. Zu den besonderen Serviceleistungen gehören etwa Ernährungsberatungen für Eltern oder „Müternachmittage“, an denen ausschließlich Mütter mit ihren Kindern kommen und parallel behandelt werden. Selbstverständlich verfügen diese Praxen über kindgerechte Räumlichkeiten und Ausstattung, die signalisieren sollen, dass Kinder willkommen sind. Die kommunikativ geschulte ZMF tut ein Zusätzliches und spricht Patienten direkt an: „Bringen Sie Ihre Kinder das nächste Mal doch einfach mit.“

| Abrechnungsmöglichkeiten

Die so ausgelöste Nachfrage nach Kinderbehandlungen reicht aber für den wirtschaftlichen Erfolg nicht. Denn sie beseitigt nicht die geringen Honorare pro Behandlungszeit. Hauptursache dieser Unwirtschaftlichkeit ist, dass Vertrauen der Kinder häufig nur mit großem Zeiteinsatz gewonnen werden kann. Um hierfür nicht die teure Behandlungszeit des Zahnarztes einzusetzen, beschäftigen wirtschaftlich erfolgreiche Zahnarztpraxen speziell ausgebildete Helferinnen oder sogar zusätzlich noch Kindergärtnerinnen, die Erfahrung im Umgang mit Kindern haben. Sie übernehmen sozusagen die Akquisition und die psychologische Behandlungsvorbereitung der jungen Patienten, sodass der Behandler zügig behandeln kann. Damit verbessern sich zwar nicht die Abrechnungsmöglichkeiten, aber die Praxiseinnahmen pro Behandlungszeit (Abb. 1).

| Großer Akquisitionseffekt

Das wirkliche wirtschaftliche Potenzial der Kinderzahnheilkunde erschließt sich allgemeinzahnärztlichen Praxen in der Patientengewinnung und -bindung, denn Kinder bringen Mütter, Väter und ganze Familien, die in aller Regel besser honorierte zahnärztliche Leistungen nachfragen. Damit trägt die Kinderzahnheilkunde indirekt zur Verbesserung der Ertragslage der Praxis bei. Dies gilt insbesondere für Praxen, die sich im Aufbau befinden und noch suboptimal ausgelastet sind, aber auch für Großpraxen, die jetzt unter den neuen Rahmenbedingungen des VÄndG Vertragsänderungsgesetzes ambitionierte Wachstumsziele haben. Den wirtschaftlichen Beitrag der Kinderzahnheilkunde zum Praxisergebnis darf man also nicht allein an den tatsächlich erwirtschafteten Honoraren aus der Kinderbehandlung messen (s. Abb. 1). Vielmehr sollte man im Rahmen einer modernen Praxissteuerung regelmäßig den „Akquisitionseffekt“ der Kinderzahnheilkunde in eine vollständige Betrachtung einbeziehen (Abb. 2).

[der autor]

Prof. Dr. Johannes Georg Bischoff ist Steuerberater und vereid. 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. Das von Prof. Bischoff entwickelte Steuerungsinstrument PraxisNavigation[®] wird seit 2001 bundesweit von Zahnärzten eingesetzt und seit 2007 durch Planrad[®], das digitale Planungsinstrument zur Berechnung künftiger Praxisentwicklungen, optimiert.

Prof. Dr. Bischoff & Partner[®]
Steuerberater, Rechtsanwälte, vereid. Buchprüfer
Theodor-Heuss-Ring 26, 50668 Köln
E-Mail: info@bischoffundpartner.de
Tel.: 0800/9 12 84 00

| info

Nähere Informationen können beim Autor oder unter der E-Mail: zwp-redaktion@oemus-media.de angefordert werden.

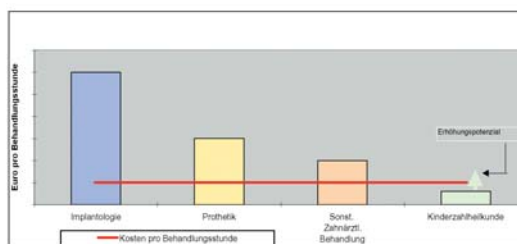


Abb. 1: Wirtschaftlichkeit der Kinderzahnheilkunde im Vergleich zu anderen Behandlungsmethoden, © PraxisNavigation[®].

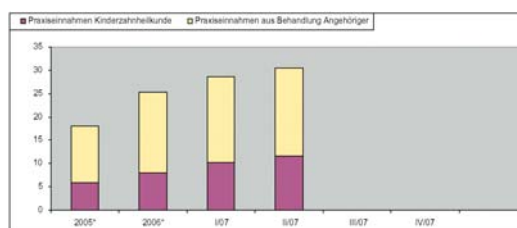


Abb. 2: Einnahmen aus der Kinderzahnheilkunde inkl. aus der Behandlung der Familienangehörigen im Verhältnis zu den Gesamteinnahmen, © PraxisNavigation[®].

Professioneller Umgang mit Kindern in der Zahnarztpraxis

| Lea Höfel

Jeder Zahnarzt kennt die Situation, dass Kinder in die Praxis kommen und dann vor Schreien und Weinen keine Behandlung zustande kommen kann. Nicht selten sind die Eltern das größere Hindernis auf dem Weg zu einem befriedigenden Ergebnis als die Kinder selbst. Wie jedoch sollte man bestmöglich mit dem ganzen Familiensystem umgehen, um sowohl die Kinder samt Eltern als auch das eigene Nervenkostüm zu schonen?

Natürlich wäre es am besten, wenn jedes Kind schon mit dem Erscheinen des ersten Zahns regelmäßig zum Zahnarzt gehen würde. Dadurch erreicht man, dass die Situation als normal und angenehm empfunden und abgespeichert wird. Es muss wahrscheinlich weder gebohrt noch gespritzt werden, sodass der Spaßfaktor eines beweglichen Stuhls und eines „Mundstaubsaugers“ überwiegt. Halbjährliche Besuche werden zur Normalität und verkörpern keineswegs ein ungewöhnliches, großes Ereignis.

Diese Herangehensweise ist jedoch leider in den seltensten Fällen möglich, da das Kind erst dann zum Zahnarzt gebracht wird, wenn Probleme auftreten. Doch selbst dann ist das Kind meist von sich aus nicht ängstlich, es wird durch das Verhalten der Eltern furchtsam gemacht. Bisher weiß es nicht, was auf es zukommt, sodass eine kindliche Neugier im Vordergrund stehen sollte.

| Elternfehler

Das Mitleid der Eltern mit ihren Kindern führt dazu, dass sie auf dem Weg zum Zahnarzt ihr Kind vorprogrammieren. Kaum ein Mensch geht wirklich gerne zum Zahnarzt, sodass die negativen Vorstellungen überwiegen

Wenn ihnen gesagt wird, sie bräuchten sich keine Sorgen zu machen, ist es sinnvollerweise angebracht, genau dies zu tun. Sie merken an dem angespannten Verhalten der Eltern, dass sie einem eher unfreudigen Ereignis entgegenzutreten. Ein weiterer Fehler, der

Vorgespräch mit den Eltern

- Prophylaxebesuche vorschlagen
- Wirkung von negativen Aussagen erläutern
„Du brauchst keine Angst zu haben“
„Sei tapfer“
- Klären, ob Eltern bei der Behandlung dabei bleiben
- Klären, dass der Zahnarzt redet und leitet
- Keine Diskussionen vor dem Kind

Umgang mit dem Kind

- Ruhig und sachlich
- Erkundung des Behandlungsraums zulassen
- Ehrliche Vorbereitung auf eventuelle Schmerzen
- Klären, was stört
- Kontrollgefühl vermitteln (z.B. Handzeichen)

| Sinnvolle Vorgehensweise in der Situation „Kinder in zahnärztlicher Behandlung“

[die Autorin]

Dipl.-Psychologin Lea Höfel
Studium der Psychologie an der Universität Leipzig, zzt. Promovendin zum Thema „Experimentelle Ästhetik“.

Internationale Veröffentlichungen und Tagungsbeiträge zu kognitiven Grundlagen der Ästhetik und Psychologie in der Zahnheilkunde.

Zusätzliche Ausbildungen:
Entspannungstrainerin und Journalistin, Heilpädagogisches/Therapeutisches Reiten.

und auf das unwissende Kind übertragen werden. Sätze wie „Du brauchst keine Angst zu haben“ oder „Du musst nicht lange tapfer sein“, lassen natürlich auch das unbefangenste Kind aufhorchen. Wieso sollte es denn überhaupt Angst haben? Auf dem Weg zum Spielplatz käme solch eine Instruktion niemals. Denn dort gibt es keinen Grund für Angst. Kinder sind schlau.

das Misstrauen vieler Kinder anstatt, ist die Aussicht auf eine Belohnung. Je höher die Belohnung, desto schlimmer müssen die Anforderungen sein, die vorher zu bewältigen sind. Somit sieht sich der Zahnarzt im schlimmsten Fall mit einem übermüdeten Kind konfrontiert, das die ganze Nacht vor Schmerzen nicht schlafen konnte. Weiterhin hat es inzwischen

auch Angst vor dem Zahnarzt, da ihm das Verhalten der Eltern hochgradig merkwürdig vorkommt. Und zu guter Letzt muss sich der Zahnarzt mit überängstlichen Eltern auseinandersetzen, die ihr Kind eigentlich gar nicht hergeben möchten. Was ist zu tun?

| Vorgehensweise

Zuerst sollte der Zahnarzt die Möglichkeit in Erwägung ziehen, das Kind beim ersten Besuch nicht zu behandeln. Vielleicht ist es sinnvoller, den primären Kontakt mit dem Behandlungsstuhl in freundlicher und entspannter Atmosphäre zu erleben, anstatt Angst auszustehen, die man jahrzehntelang nicht mehr los wird. Ein weiterer Tag mit Schmerzen oder Schmerzmitteln ist besser als eine beginnende Phobie. Soll es aber doch zur Behandlung kommen, ist ein kurzes Vorgespräch mit den Eltern angebracht. Klären Sie mit ihnen das weitere Vorgehen ab. Machen Sie klar, dass Sie selbst das Reden übernehmen und erläutern Sie, warum die gefürchteten Sätze wie „hab jetzt keine Angst“ unterlassen werden sollten.

Besprechen Sie, ob die Eltern drin oder draußen bleiben. Oft geht es besser, wenn die ängstliche Mutter nicht mit im Raum ist. Jedoch sollten hierauf alle Fälle die Wünsche des Kindes akzeptiert werden. Möchte es, dass die Eltern im Raum bleiben, sollte darauf Rücksicht genommen werden. Setzen Sie

„benimm dich wie ein richtiger Junge“ vermindert nicht die Angst, sondern das Selbstwertgefühl. Wenn Sie denken, solche Sätze würden nicht fallen, so ist das für Sie ein gutes Zeichen. Leider kommt es in der Realität häufiger vor, als man denkt.

Ein guter Weg bei etwas älteren Kindern ist auch, zu klären, was die Angst auslöst. Fragen Sie danach, was nicht gefällt. Reden Sie gar nicht von sich aus von Angst. Manchen Kindern ist einfach das Geräusch des Bohrers sehr unangenehm. Hält die Mutter die Ohren zu, führt dies zwar nicht wirklich zu einer Geräuschminderung, aber das Kind hat das subjektive Gefühl, die Situation zu kontrollieren. Ist es die Angst vor Schmerzen, seien Sie ehrlich. Demonstrieren Sie mit einem Fingernagel, den Sie in den Arm drücken, dass eine Spritze kurz in dieser Art und Weise wehtut, aber danach alles gut wird.

Besprechen Sie mit dem Kind, dass es kurz den Arm heben soll, wenn es zu unangenehm ist und stoppen Sie dann auch wirklich. Es hat sich gezeigt, dass die Häufigkeit des Handzeichens nachlässt, wenn konsequent darauf eingegangen wird.

| Fazit

Die Behandlung von Kindern erfordert meist doppeltes Geschick, da man es mit dem Kind und den Eltern zu tun hat. Nehmen Sie sich vor der Behandlung zwei Minuten Zeit, das Vorgehen zu

„Halbjährliche Besuche werden zur Normalität und verkörpern keineswegs ein ungewöhnliches, großes Ereignis.“

das Elternteil notfalls still in eine Ecke, auch von dort kann es eine Unterstützung für das Kind sein. Verlangen Sie auf keinen Fall etwas, was Sie vorher nicht abgesprochen haben. Eine Diskussion mit den Eltern vor dem Kind ist das Letzte, was Sie und der Patient brauchen können.

Auch an der eigenen Kommunikation kann geübt werden. Vermeiden Sie Drohungen wie „wenn du jetzt nicht still bist, geht deine Mutter raus“, damit ist niemandem geholfen. Der Satz

besprechen, und Sie werden Eltern haben, die sich ernst genommen fühlen und ihr Kind gut aufgehoben wissen. Verzichten Sie auf unwirksames Verhalten, da besonders Kinder sehr deutlich auf nonverbale Signale reagieren. Auch wenn Sie genervt sind, sollten Sie sich bewusst machen, dass ein ruhiger Umgang am ehesten zum Ziel führen wird. In diesem Fall ist der Zahnarzt wahrscheinlich der Einzige, der einen kühlen Kopf behalten wird, und dies sollte er auch tun. |



Zeit für neues Denken.

Praxiscoaching
089 552 639 0

**Kommunikation
Management
Fachtraining
Marketing
Verkauf**



**Unternehmensberatung
für Dentalpraxen**

info@dent-x-press.de
www.dent-x-press.de



[die autorin]
Gabi Schäfer

Zahnersatz zu teuer?

Seit der Einführung der Festzuschüsse sind die Zahnersatzumsätze zurückgegangen und haben trotz aller Schönrederei das alte Niveau nicht erreicht. Während Standespolitiker beteuern, dass die Umstellung kostenneutral erfolgt ist, schrecken Patienten vor den Ausgaben zurück.

Was könnte die Ursache dieser Diskrepanz sein? Einen Hinweis auf einen möglichen Faktor habe ich in einem Internetforum gefunden, in dem sich Verwaltungshelferinnen austauschen. Dort konnte man wörtlich lesen: „Auch ich habe am Anfang damit (gemeint ist die Digitale Planungshilfe der KZBV) nicht gearbeitet und mich auf unser Praxisverwaltungsprogramm verlassen, aber zwischenzeitlich gebe ich auch bei schwierigen Befunden und Planungen in beide Versionen ein und bin oftmals erstaunt über die vorgeschlagene Regelversorgung, wobei bei der KZV-Version der Patient oftmals besser abschneidet.“

Das bedeutet doch, dass anscheinend die von den Praxisverwaltungsprogrammen automatisch vorgeschlagenen Regelversorgungen nicht immer den vollen Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen ausschöpfen und der Patienteneigenanteil sich um diesen Fehlbetrag erhöht. Dass die Kassen bei der Genehmigung solcher Pläne zu gering angesetzte Festzuschüsse nach oben korrigieren, ist wohl kaum anzunehmen. Der Fokus der Kassen ist vielmehr auf die einseitige Auslegung von Regelungslücken gerichtet, wie beispielsweise die Streichung des Festzuschusses 3.2, wenn der Patient in der Therapie mit Implantaten versorgt wird.

Ein einfaches Beispiel für die beschrie-

bene Festzuschussverkürzung durch Praxisverwaltungsprogramme ist der Befund 14)(16 ww. Hier wurde die Lücke 14 durch mesiale Zahnwanderung geschlossen und Zahn 16 steht topografisch an der Position des Zahnes 15. Die Festzuschussregeln sehen hier die Ziffer 1.3 für die Verblendung vor, den jedoch viele Praxisverwaltungsprogramme unterschlagen und somit den Eigenanteil des Patienten erhöhen. Rechnerisch ergibt sich bei einer in NEM ausgeführten vestibulär verblendeten Krone ein Eigenanteil von ca. 200 Euro, der dank falsch berechneter Festzuschüsse um mehr als 20 Prozent auf ca. 243 Euro steigt. Ein weiteres einfaches Beispiel ist der Befund 16 sw 15 f 14 kw. Die Regelversorgung ist hier eine Brücke, und da diese Brücke teilweise zahnetragen ist, wird nach der Festzuschussrichtlinie A Ziffer 1 die Suprakonstruktion auf Zahn 16 einem natürlichen Zahn gleichgestellt. Dem Patienten stehen also die Festzuschüsse 2.1 und 2 x 2.7 mit einem Gesamtbetrag von 361,18 Euro zu. Gängige Praxisverwaltungsprogramme errechnen hier im ungünstigsten Fall nur 276,87 Euro und verkürzen den Festzuschuss um 23 Prozent.

Leider ist das nicht die einzige Quelle der Preiserhöhung. Wie oft schallt es aus dem Behandlungszimmer „mach mal einen Plan für 'ne Brücke ...“ und die Verwaltungshelferin darf dann den Befund und die weiteren Details erraten. Es wundert bei dieser Art der praxisinternen Kommunikation nicht, dass bei 40 Prozent der Heil- und Kostenpläne, die einer Begutachtung unterzogen werden, der Befund falsch ist. 80 Prozent der Zahnärzte haben entweder noch nie etwas vom Befund „ur“ gehört oder wissen damit nichts anzufangen. Der Befund „ur“ steht für „unzureichende Retention“ und wird dort angesetzt, wo nicht erkrankte Zähne überkront werden müssen, um einem geplanten Zahnersatz ausreichende Retention zu verschaffen. Ein

einfaches Beispiel ist eine Brücke zum Ersatz von Zahn 31, 32: Bezieht man den Zahn 42 aus Stabilitätsgründen in die Brücke ein, so löst der Befund „ur“ für Zahn 42 die zusätzlichen Festzuschüsse 1.1 und 1.3 für den Patienten aus. Die „unkundige“ Praxis belastet in diesem Falle ihren Patienten mit einem 43 Prozent höheren Eigenanteil. Es wundert dann nicht, wenn Patienten die Planung per öffentlichem Beratungsportal (ze-berater.de) kontrollieren und dann ihre Heil- und Kostenpläne in Internetportale wie 2te-zahnarztmeinung.de, arzt-preisvergleich.de oder zahn-gebot.de einstellen und sich alternative Angebote von anderen Zahnärzten machen lassen. Was kann nun die Praxis tun, die ihre Zahnersatzpatienten optimal versorgen und nicht verlieren möchte?

		B			
12	11		21	22	23
42	41		31	32	33
ur		B	f	f	
KV	KV	R	BV	BV	KV
		TP			

Die erste Maßnahme ist eine ordentliche Dokumentation des Zahnersatzbefundes im Sprechzimmer und eine klare Kommunikation mit der geplagten Verwaltungshelferin. Dabei sollte der Behandler die neuen Befundkürzel studiert und verstanden haben. Die Festzuschussregeln sind ohnehin so kompliziert, dass nur wenige Programme sie halbwegs korrekt ermitteln. Die Digitale Planungshilfe der KZBV kann hier hilfreich sein, allerdings muss man die aktualisierte Version 1.6 unter www.kzbv.de aus dem Internet laden. Falls man in der Praxis sowieso einen Internetanschluss benutzt, kann man die Planung online unter synadoc.de eingeben. Dort kann man auch kostenlos eine Probe-CD bestellen, falls man Internet nur zu Hause hat.

[Gabi Schäfer]

Als Seminarleiterin schulte sie während der letzten 13 Jahre in mehr als 1.800 Seminaren 56.000 Teilnehmer in allen Bereichen der zahnärztlichen und zahntechnischen Abrechnung. Ihre praxisnahe Kompetenz erhält sie sich durch bislang mehr als 650 Vor-Ort-Termine in Zahnarztpraxen, wo sie Dokumentations- und Abrechnungsdefizite aufdeckt und beseitigt und Zahnärzten in Wirtschaftlichkeitsprüfungen beisteht.

Tel./Fax: 07 00/07 96 23 62
E-Mail: gs@synadoc.ch



Aktuelles zur Pendlerpauschale und zu Handwerkerleistungen

Erst seit dem Jahresanfang existiert sie – die gekürzte Pendlerpauschale – aber bereits jetzt mussten sich einige Gerichte mit ihr beschäftigen und sind dabei zu höchst unterschiedlichen Ergebnissen gekommen.

Gekürzte Pendlerpauschale beschäftigt die Gerichte

Seit dem 1. Januar 2007 können die Kosten für Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte nur noch sehr eingeschränkt als Betriebsausgaben oder als Werbungskosten abgezogen werden. Bis zu einer Entfernung von 20 km ist ein Abzug nicht mehr möglich. Nur für die vielen Fernpendler gibt es noch eine Gnadenregelung. Diese dürfen jeweils für die über 20 km hinausgehende Entfernung immerhin 0,30 EUR pro Kilometer weiterhin absetzen.

Bereits seit einiger Zeit waren in der steuerlichen Literatur und von den Verbänden Zweifel hinsichtlich der Verfassungsmäßigkeit der erfolgten Kürzung laut geworden. Experten sahen darin einen Verstoß gegen den Verfassungsgrundsatz der Besteuerung nach der finanziellen Leistungsfähigkeit.

Diese Zweifel wurden bereits vor die Finanzgerichte getragen und diese äußerten sich sehr unterschiedlich. Während die Richter in Baden-Württemberg dem Gesetzgeber einen weiten Spielraum einräumen wollen und die Kürzung abgenickt haben, sahen die Richter in Niedersachsen und im Saarland diesen Spielraum als überschritten an. Sie haben daher dem Bundesverfassungsgericht die Frage vorgelegt, ob die Kürzung der Pauschale noch mit dem Grundgesetz vereinbar ist. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Richter in Karlsruhe dazu stellen werden. Böse Zungen behaupten, die Entscheidung würde davon abhängen, wie weit die Karlsruher Richter täglich pendeln müssten.

Tipp: Jeder Pendler sollte spätestens in seiner Steuererklärung für 2007 die ungekürzte Pendlerpauschale geltend machen. Sofern das Finanzamt dies ablehnen sollte, muss ggf. Einspruch gegen den Einkommensteuerbescheid eingelegt und der Ausgang des Verfahrens vor dem Bundesverfassungsgericht abgewartet werden.

Haushaltsnahe Dienstleistungen und Handwerksleistungen

Seit dem Jahr 2006 kann jeder für die von ihm in Anspruch genommenen haushaltsnahen Dienstleistungen sowie Handwerkerleistungen eine Steueranrechnung vornehmen. So sind Aufwendungen für Handwerkerleistungen im eigenen Haushalt mit einer Steuerermäßigung begünstigt, gleichgültig ob es sich um die eigene Wohnung oder um eine Mietwohnung handelt. Die Steuerermäßigung gibt es jetzt für alle Renovierungs-, Erhaltungs- und Modernisierungsmaßnahmen. Sie beträgt bei Handwerkerleistungen 20% der Arbeitskosten, maximal 600 EUR.

Die Neuregelung gilt für alle ab dem 1. Januar 2006 ausgeführten und bezahlten Arbeiten. Steuerbegünstigt sind nur Arbeitsentgelte einschließlich der Mehrwertsteuer, nicht hingegen etwaige Materialkosten. Ebenso ist die Steuerermäßigung ausgeschlossen, wenn die Kosten für den Handwerker zu den Betriebsausgaben, Werbungskosten oder außergewöhnlichen Belastungen zählen.

Allerdings hat der Gesetzgeber eine formalistische Hürde aufgebaut. Er erkennt die Aufwendungen nur an, wenn die Zahlungen an den Handwerker oder Dienstleister unbar, d. h. per Überweisung, Lastschrift oder Scheck erfolgt sind. Barzahlungen werden nicht berücksichtigt.

Den Höchstbetrag gibt es nur einmal pro Haushalt. Daher dürfen sowohl Eheleute als auch zwei Alleinstehende, die in einem Haushalt zusammenleben, den Höchstbetrag nur einmal in Anspruch nehmen. Zum Nachweis

der Steuerermäßigung ist dem Finanzamt die Rechnung des Handwerkers und zusätzlich ein Beleg des Kreditinstituts vorzulegen, dass die Zahlung auf das Konto des Erbringers der Handwerkerleistung bescheinigt. Der Handwerker darf niemals bar bezahlt werden. Denn den Abzugsbetrag erhält nicht, wer den Handwerker bar bezahlt, selbst wenn auf der Rechnung quittiert wird.

Aktueller Hinweis: Gute Nachrichten für Mieter: Sie können seit 2006 einen Teil ihrer Mietnebenkosten steuerlich geltend machen. Jetzt werden auch Kosten, die für Hausmeister, Treppenreinigung oder Schneeräumen anfallen, als haushaltsnahe Dienstleistungen bzw. als Handwerksleistungen vom Finanzamt anerkannt, auch wenn sie über eine Eigentümergemeinschaft bezahlt werden. So können Sie sich 20% der entsprechenden Arbeitskosten – maximal 600 EUR – vom Staat zurückholen. Das Gleiche gilt für Häuser und Eigentumswohnungen, die vom Eigentümer selbst bewohnt werden.

Geltend gemacht werden können die anteiligen Nebenkosten in den Vorauszahlungen und in der Abschlusszahlung. Der Nachweis kann über den Wirtschaftsplan oder die Nebenkostenabrechnung erbracht werden. Bitte zögern Sie nicht, uns bei Fragen anzusprechen. Über unsere Rufnummer 0 30/ 22 64 12 00 können Sie auch kostenlos unser ausführliches Merkblatt zum Thema „Steuerermäßigung für Hilfen im Haushalt“ erhalten sowie per E-Mail über ADVISION@etl.de.

Steuertermine im Juni

Fälligkeit: Montag, 11.06.

Ende der Schonfrist bei Zahlung durch	Überweisung	Scheck/bar
• Vorauszahlung zur ESt (mit SolZ, KiSt) und zur KSt (mit SolZ)	14.06.	11.06.
• Lohnsteuer, Kirchensteuer, Solidaritätszuschlag	14.06.	11.06.
• Umsatzsteuer für Monatszahler ¹⁾	14.06.	11.06.

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

¹⁾ Dauerfristverlängerung ist auf Antrag möglich.

DVD/Video

Kinderhypnose in der Zahnmedizin

Hypnose: Hokuspokus oder evidenzbasiert? Immer noch gibt es einerseits abstruse Vorstellungen über diese Methode, andererseits platzen Seminare, in denen wir Zahnärzte uns darüber informieren wollen, aus allen Nähten. Ich selber behandle bereits seit langer Zeit schwierige und umfangreiche Sanierungsfälle unkooperativer Kinder in ambulanten Allgemein-ästhesien. Manchmal jedoch gibt es Grenzfälle. Dann, wenn ein Kind nicht total unkooperativ ist oder wenn nur kleinere Eingriffe durchgeführt sind. Dafür wünschte ich mir

schon, das Instrument „Hypnose“ zu beherrschen. Dr. Albrecht Schmierer beherrscht dieses Instrument perfekt und er gibt seine Kenntnisse gerne an interessierte Kollegen weiter. Gerade jetzt hat er eine neue DVD veröffentlicht, auf der Fallbeispiele aus der Praxis in Bild und Ton zu sehen sind. Ich habe sie mir angesehen und anhand der Beispiele festgestellt, dass die Hypnose weit von dem entfernt ist, was so spektakulär in den Medien verbreitet wird. Wenn man sich die verschiedenen „Clips“ – der längste davon dauert immerhin über 22 Minu-



ten, ansieht, dann staunt man, wie leicht eine Hypnose durchzuführen ist, wie weit die Kinder noch „da“ sind. Die Kommentare zu der insgesamt 1 Stunde und 49 Minuten dauernden Schulung – oder sollte ich sa-

gen Demonstration – sowie die Untertitel und das der DVD beige-fügte Booklet mit der Einführung in die Kinderhypnose runden eine, ich möchte beinahe sagen, „Erstinformation“ zum Thema Kinderhypnose ab und machen neugierig auf mehr. Und das „Mehr“ wäre sicher auch sinnvoll, damit sich mehr Zahnärzte in Zukunft dieser sinnvollen Methode zuwenden.

- Dr. Albrecht Schmierer: „Kinderhypnose in der Zahnmedizin“ – DVD/Video
- Hypno Verlag Stuttgart, 2006
- ISBN-10: 3-933569-33-8
- ISBN-13: 978-3-933569-33-2
- 58,00 Euro

CMD bei Kindern und Jugendlichen

Zahnärzte sollten nach Kieferschmerzen fragen

Mit zwei einfachen Fragen können Jugendliche mit Craniomandibulärer Dysfunktion CMD identifiziert werden. Dies kann verhindern, dass die Schmerzen im Gesicht und im Kiefer chronisch werden. Die schwedische Zahnärztin Ing-Marie Nilsson der Faculty of Dentistry des Malmö University College schreibt in ihrer Dissertation „Reliability, validity, incidence and impact of temporomandibular pain disorders in adolescents“, dass mehr als vier Prozent aller 1.200 Kinder zwischen 12 und 19, untersucht durch den nationalen zahnmedizinischen Service in der Östergötland Grafschaft, unter den CMD-Schmerzen leiden.

Das Zahlenmaterial basiert auf die Antworten auf zwei Fragen, die den Heranwachsenden gestellt wurden: Hast du Schmerzen an der Schläfe, im Gesicht, im Kiefer, im Kiefergelenk mindestens einmal wöchentlich? Nimmst du Schmerzen einmal wöchentlich wahr, wenn du deinen Mund öffnest oder kausst? Wenn die Jugendlichen eine der Fragen oder zwei positiv beantworteten, wurden sie als CMD-Patienten registriert. Ing-Marie Nilsson war nicht durch das Resultat der Studie überrascht, da frühere Studien ähnliche Ergebnisse präsentierten. Aber es seien sonst nie so viele Patienten untersucht worden. Eine der vier Studien, die die Abhandlung bilden, zeigt, dass Mädchen häufiger betroffen sind als Jungen, und dass das Problem mit zunehmendem Alter ansteigt. CMD zeigt ein Krankheitsbild wie andere schmerzhafte Erscheinungen, z. B. Kopfschmerzen. Es sei unüblich bei Kindern und trete normalerweise in der Pubertät auf.

Zahngesundheitsaufklärung mit Clou

„Herr Wolke“ aus dem Kinderbuch lebt



Die Mischung ist ungewöhnlich – und bietet gerade dadurch ganz neue Ansätze für Zahngesundheitsaktionen für Kinder: „Herr Wolke“ ist die einzige (teil)echte Figur in dem Bilderbuch „Herr Wolke und der 1. FC Toby“, alle anderen Figuren und ihr Umfeld sind gezeichnet. Weil „Herr Wolke“ aber letztlich „echt“ ist, kann er auch bei Veranstaltungen für Kinder auftreten, ihre Sorgen und ihre Fragen entgegennehmen und seine inzwischen langjährige Erfahrung in Zahngesundheit und Prophylaxe übermitteln. Nicht zuletzt in der Zusammenarbeit mit der LAG/Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen und auch durch gemeinsame Veranstaltungen mit der Aktion zahnfreundlich hat Zauberc clown Daniel (Sven-Daniel Pawlitschko),

der hier „Herr Wolke“ ist, einen engen Zugang zu Kindern und zur Zahngesundheit. „Herr Wolke“ lebt in einem Baumhaus und erfährt durch vorbeiziehende Wolken, ob ein Kind seine Hilfe braucht. In diesem Buch ist es Toby, ein kleiner Junge, der Zahnschmerzen hat und ängstlich im Wartezimmer sitzt. Der Geschäftsführer des Berliner LAG-Teams, Rainer Grahlén, schrieb das Vorwort: „Eigentlich hat zahnmedizinische Prophylaxe nichts mit Fußball zu tun, denkt man. Doch der Autor Rolf Barth und der Illustrator Thorsten Droessler zeigen auf humorvolle und kindgerechte Weise, dass der Vergleich zwischen einer Fußballmannschaft und dem ‚Team‘ der Zähne in der Mundhöhle gar nicht so weit hergeholt sind. Das bemerkenswerte an der Figur des Herrn Wolke ist, dass er nicht vorgibt, heilen zu können – vielmehr hilft er Toby, Bewusstsein und Verantwortung für seine Zähne zu entwickeln.“ Das Buch eignet sich nicht nur für den Kinderbereich im Wartezimmer, sondern auch für geplante Prophylaxe-Veranstaltungen, Messen und Infomärkte, die als „Clou“ einen Auftritt des echten „Herrn Wolke“ arrangieren können.

- R. Barth, Th. Droessler: „Herr Wolke und der 1. FC Toby“
- Verlag Traumsalon edition, 2006
- ISBN: 3-938625-25-2
- 9,95 Euro

Aufklärungskampagne

Warnung vor Nuckelflaschen-Karies

Mit einem Kinospot und Informationsmaterialien warnen das Sächsische Staatsministerium für Soziales (SMS) und die Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege des Freistaates Sachsen e.V. (LAGZ) Eltern davor, ihren Kindern gesüßte Getränke in Nuckelflaschen zu geben. Den 30-Sekunden-Spot stellten Sachsens Gesundheitsstaatssekretär Dr. Albert Hauser und Dr. Thomas Breyer als Vertreter der LAGZ auf einer gemeinsamen Pressekonferenz im Universitätsklinikum Carl Gustav Carus vor. Auf der Veranstaltung bezeichnete Prof. Dr. Norbert Krämer, Leiter der Abteilung Kinderzahnheilkunde des Uniklinikums, das Dauernuckeln an Trinkflaschen oder Lerntassen als Hauptursache frühkindlicher Karies.

Schon mit einfachen Verhaltensänderungen kann der frühkindlichen Karies begegnet werden, umfangreiche Aufklärung ist dafür aber eine notwendige Voraussetzung. Im Rahmen des sächsischen Gesundheitszieles „Gesund aufwachsen“

ist die Mundgesundheit der Kinder deshalb ein wichtiges Handlungsfeld, das viele Akteure mit einbezieht. „Aus diesem Grund hat sich das Sächsische Gesundheitsministerium zusammen mit der LAGZ Sachsen und dem Uniklinikum Dresden entschlossen, eine umfassende Aufklärungskampagne zu starten. In einer begleitenden Plakataktion wollen wir Schwangere und junge Mütter in Hebammenpraxen, bei Kinderärzten, Gynäkologen und Zahnärzten auf die Thematik aufmerksam machen und Beratungen zur Vermeidung der frühkindlichen Karies anbieten. Dabei bauen wir auf die Ärzte, die die Eltern über die Gefahren des übermäßigen Gebrauchs der Nuckelflasche informieren“, betonte Gesundheitsstaatssekretär Dr. Albert Hauser.

Wissenschaftliche Studien gehen davon aus, dass in Deutschland über 25 Prozent aller Dreijährigen unter frühkindlicher Karies leiden. Entdeckt und behandelt werden lediglich etwa 17 Prozent. Oft kommen die Kinder erst dann zu



einem Kinderzahnarzt, wenn auch ein Laie die Karies erkennt.

„Was viele hierzulande nicht wissen, ist, dass frühkindliche Karies zu schwerwiegenden Entwicklungsstörungen in verschiedenen Bereichen führen kann. Unbehandelte frühkindliche Karies führt zu einer regelwidrigen Kieferentwicklung, die wiederum Auswirkungen auf das Ernährungsverhalten und die Sprachentwicklung des Kindes hat“, so Staatssekretär Dr. Hauser.

KN Kieferorthopädie Nachrichten

Fachliche Fortbildung auf hohem Niveau

Die KN Kieferorthopädie Nachrichten ist das monatlich erscheinende Nachrichtenformat für Kieferorthopäden in Deutschland.

Im Vordergrund der aktuellen Berichterstattung steht neben aktueller Berufspolitik und Fragen des Praxismanagements in erster Linie die permanente fachliche kieferorthopädische Fortbildung auf hohem internationalen Niveau. Kieferorthopäden aus aller Welt schreiben deshalb für ihre deutschen Kollegen. Mit dem Prinzip

„von Kieferorthopäden für Kieferorthopäden“ bereichern die KN Kieferorthopädie Nachrichten die wissenschaftliche Fachberichterstattung und tragen zur Erfolgssicherung der gesamten Branche maßgeblich bei.

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



ANZEIGE

2007 Praxis-Strategie

Die enormen Patienten-Nachfragen bestätigen unser Engagement:

Günstiger Zahnersatz!

Auch für Ihre Patienten ist ein bezahlbarer Preis Voraussetzung, um sich für die zahnärztlichen Leistungen Ihrer Praxis zu entscheiden.

TIPP!

Befreien auch Sie sich aus dem BEMA-Knebel durch Vollkeramik von:

[Zahnersatz:Müller]

Vollkeramik jetzt auch für Kassenpatienten erschwinglich:

circon smartceramics®

Zirkonoxid je Einheit

139,-€

Vollkeramik-Produktion ausschließlich im deutschen Meisterbetrieb.

inkl. Verblendung, Material, zzgl. Modelle, Versand und MwSt.

02102 - 100 49 80

www.zahnersatz-mueller.de

Kinderzahnheilkunde in der Allgemeinpraxis – Vorteile für alle

| Dr. Cheryl Lee Butz

Die Kinderzahnheilkunde in Deutschland und ganz Europa ist nicht ausschließlich für Spezialisten oder spezialisierte Praxen reserviert, sondern für und in jeder Zahnarztpraxis von Interesse und von Vorteil für alle Involvierten. Hier möchte die Autorin die Auswirkungen der Kinderzahnheilkunde und die Besonderheiten in der Kinderbehandlung innerhalb der Allgemeinpraxis aufzeigen.

Zurzeit findet man immer mehr Veröffentlichungen zum Thema Kinderzahnheilkunde in der deutschen Fachpresse. Die Anzahl an qualitativ hochwertigen Studien im Bereich Milchzahntherapie nimmt zu.

Dies mag zu einem Teil daran liegen, dass die Kinderzahnheilkunde 1994 endlich Prüfungsfach in der Approbationsordnung Deutschlands wurde, und zum anderen Teil daran, dass Fachgesellschaften wie die Europäische Akademie für Kinderzahnheilkunde mit über 600 Mitgliedern und die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde mit über 1.400 Mitgliedern Plattformen anbieten, in welchen Kollegen ihren Bedarf an hochwertiger Fortbildung in diesem Bereich kundtun und erfüllen können. Zahlreiche Preise für Jung-Forscher werden von diesen Fachgesellschaften für gelungene Arbeiten in Kinderzahnheilkunde und verwandte Bereiche vergeben. Die neu gegründete Österreichische Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und die sehr aktive Schweizerische Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde bieten ebenso Fortbildungsmöglichkeiten für deutschsprachige Zahnärzte in allen Bereichen der Kinderzahnheilkunde.

| Der Bedarf

In Deutschland sind wir noch weit davon entfernt, alle Kinder von Spezialisten

zahnärztlich betreuen zu können; schon allein zahlenmäßig geht das nicht. Nach einigen Rechenbeispielen müssten es mindestens 700 bis 1.000 Kinderzahnarztpraxen geben, um die Bevölkerung flächendeckend mit Kinderzahnärzten zu versorgen. Es gibt heute schätzungsweise 50 derartige Fachpraxen, die sich überwiegend in Ballungsgebieten befinden.

Das Karies-Vorkommen in Europa und speziell in Deutschland hat sich im Allgemeinen sehr zum Positiven entwickelt. Trotzdem bleibt ein nicht unerheblicher Anteil der kindlichen Bevölkerung mit hohem Krankheitsanteil bestehen. Nach neuesten Untersuchungen haben die 15-Jährigen einen DMFT-Wert von 2,44, obwohl die 12-Jährigen nur 0,98 DMFT aufweisen. Was bedeutet dies für uns in der Praxis? Sind die „Teenies“ eine vernachlässigte Gruppe? Würden Röntgenbilder bei den Untersuchungen an den 12-Jährigen andere Ergebnisse hervorbringen? Vielleicht beides? Bei den 6- bis 7-Jährigen sieht es noch schlechter aus; der Prozentsatz der kariesfreien Kinder variierte je nach Bundesland zwischen 34,9 und 59,6%. Damit haben 40 bis 65% aller 6- bis 7-Jährigen Karies oder wurden wegen Karies schon behandelt. Bei den Schulanfängern waren durchschnittlich 1,58 bis 2,91 Milchzähne kariös bzw. wegen Karies gefüllt oder sogar extrahiert. Auffällig ist jedenfalls, dass einer Gruppe von Kindern mit naturgesundem Gebiss oder mit nur geringem Kariesbefall eine fast gleichgroße Gruppe mit stark zerstörtem Gebiss gegenübersteht. Gleichzeitig muss man feststellen, dass sehr viele dieser Milchzähne unbehandelt bleiben. Mo-

memi et al. fanden heraus, dass 14,4% der 6- bis 7-Jährigen in Hessen kariöse Zähne aufwiesen, die nicht behandelt waren (Abb.1). Dabei finden immer mehr Kollegen, dass die Vorteile der Kinderbehandlung für die gesamte Entwicklung einer Praxis die Nachteile überwiegen.

| Auswirkung der Kinderzahnheilkunde

Es gibt mit Sicherheit keine bessere Strategie, um eine übernommene Praxis mit vorwiegend älteren Patientenstämmen zu verjüngen, als die Kinderzahnheilkunde in einer hohen Qualität anzubieten. Die jüngsten Mitglieder der Familie werden häufig zu „Prüfungszwecken“ vorgeschickt, um die Freundlichkeit und Vertrauenswürdigkeit der Praxis zu eruiieren. In der Regel folgen als Patienten dann die Mütter, die Großeltern und die Väter. So ist es nicht nur für die spezialisierte Praxis von Vorteil, eine kindgerechte Behandlung anzubieten, sondern auch Allgemeinpraxen profitieren von Bereichen in der Praxis, die eindeutig positive Botschaften an Kinder schicken. Der „moderne Patient“ ist auch nicht mehr der von vor 30 Jahren. Wir haben in Deutschland jahrzehntelang die hochtechnisch-, leistungsorientierte Zahnheilkunde mit höchsten Qualitätsansprüchen genossen. Das will der Patient weiterhin zweifelsohne. Nur jetzt möchte er sich auch dabei „wohlfühlen“. Die „Spa-Zahnheilkunde“ ist angesagt. Ein Teil dieses Wohlbefindens ist mit Sicherheit der Bedarf an emotional intelligenter Betreuung in der Zahnarztpraxis. Warme Farben und warme Menschen sind gefragt. Wie kann diese Menschenfreundlichkeit in der Praxis besser nach

[kontakt]

Dr. Cheryl Lee Butz
Marschallstraße 11
80802 München
Tel.: 0 89/38 32 90 65
Fax: 0 89/38 32 90 63
E-Mail: butz@kinderdent.com

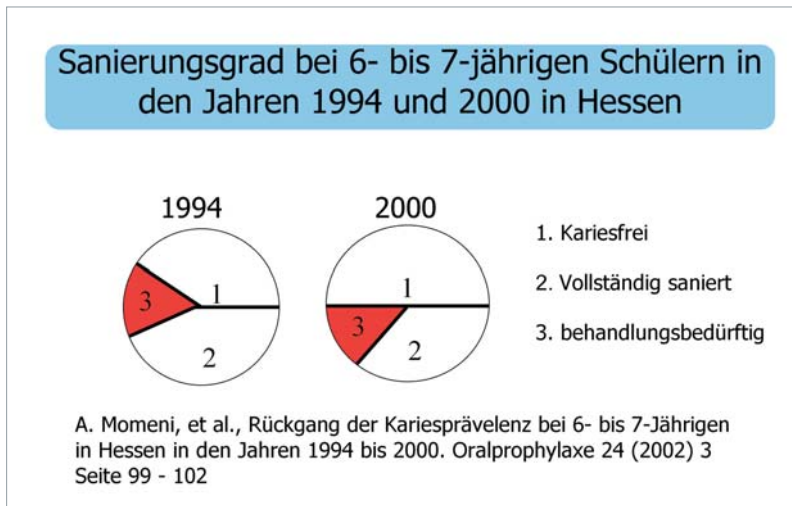


Abb. 1: Momeni et al., Anteil behandlungsbedürftiger Kinder.



Abb. 2: Befundblätter der Firma KinderDent, Gutenbergstr.7, 28844 Weyhe.

außen vertreten werden, als mit einem gelungenen kinderzahnmedizinischen Konzept innerhalb einer Praxis? Ärzte und Zahnärzte werden immer daran gemessen, wie sie mit den Schwächsten und Hilfebedürftigsten umgehen.

Was ist zu beachten?

Bekannte Eigenschaften, die notwendig sind, um mit Kindern erfolgreich umzugehen, sind Geduld, Freundlichkeit und Konsequenz. Weiterhin nicht so bekannte Besonderheiten sind der erhöhte Dokumentationsbedarf eines wachsenden Patienten, die Notwendigkeit, nicht nur mit den Kindern, sondern auch mit den Eltern gute Kommunikationstechniken zu pflegen, und eine Grundschnelligkeit, welche es erlaubt, die klinischen Behandlungsmaßnahmen innerhalb einer für das Kind angenehmen Zeit zu bewältigen. In der

Dokumentation ist es von Vorteil, Checklisten in der Erstberatung, bei Kontrollterminen und bei Mundhygiene-Terminen so einzubauen, dass eine Karies-Risiko-Bestimmung relativ schnell und leicht ermöglicht wird. Die folgenden Fragen geben Hinweise darauf, mit welcher Wahrscheinlichkeit das Kind Karies bekommen wird:

- Haben die Eltern Probleme mit Karies, Zahnfleisch, Zahnarztangst oder viele Restaurationen im Mund? Gibt es eine/n alleinerziehende/n Mutter/Vater?
- Haben Geschwister viel Karies?
- Hat das Kind sichtbare Beläge im Mund? Wie oft putzen die Eltern, wie oft das Kind alleine?
- Gibt es Initial-Läsionen, „white spots“, girlandenförmige Schmelzverätzungen am Zahnfleischrand?

- Wie ist die Speichelbeschaffenheit (viel/wenig, dünn/dick, klebrig)?
- Wie häufig wird zuckerhaltige Nahrungsmittel eingenommen?
- Ist das Hauptgetränk zucker- und/oder säurehaltig?
- Gibt es systemische Risikofaktoren wie z.B. Muskelschwäche; manche genetische Leiden, die mit einer verminderten Abwehr oder veränderten Speichelbildung einhergehen?
- Hat das Kind eine nachteilige Zahnanatomie (tiefe Fissuren; enge, breite Kontaktstellen; Schmelzmissbildungen)?
- Indizes: DMFS, dmfs des Kindes, API, SBI, PSI

Entsprechend können (und müssen) die Hinweise zur Prävention individuell gestaltet werden. Ein Kind sollte vielleicht Zahnlack verwenden, während das andere weniger Apfelsaft trinken sollte. Ebenso dokumentationspflichtig ist eine kleine kieferorthopädische Beurteilung, um etwaige Fehlentwicklungen rechtzeitig zu erkennen. Dabei ist auf das Gesichtsprfil (konvex, konkav, gerade), den Lippenschluss (kompetent/inkompetent), eine Zungenfehlfunktion, die Mund- oder Nasenatmung, die Mundöffnung, die Bändchenansätze, die sagittalen und vertikalen Dimensionen der Frontzahnverzahnung, die Eckzahn- und die Molarenverzahnung und die allgemeine Verengung der Zähne zu achten. Das ist eine ganze Menge, die man sich merken muss. Da wir Zahnärzte sind, neigen wir dazu, uns sofort auf die Hartsubstanzbeurteilung (Kariessuche) zu stürzen. Um diesem entgegenzuwirken, sind Checklisten, die abgehakt werden, wie z. B. die Kinder- und Elternanamnesebögen, das Befundblatt und die Erstberatungsbögen der Firma KinderDent sehr nützlich (Abb. 2). Wenn alles ausgefüllt wird, hat man einen sehr guten Überblick über das Kariesrisiko und aktuellen Gesamtbefund dieses Patienten.

Schmerzen vermeiden

Eine weitere Besonderheit in der Behandlung des kindlichen Patienten ist es, die Schmerzerfahrung zu vermeiden oder wenigstens zu vermindern. Kinder unter sechs Jahren sind nicht in der Lage, jetzt Schmerzen zu ertragen, damit später „alles gut wird“. Da das Phänomen „Schmerz“ zwei Komponenten hat, nämlich die

ULTRADENT

Kompaktplatz für die
Kinderzahnheilkunde

Fridolin

Der
kleine
Patient ist
glücklich!
Die Eltern
sind zufrieden!
Der Zahnarzt überzeugt
durch Kompetenz!



Fridolin ist der ideale Behandlungsplatz für Kinder. Er kann mit elektrischen Mikromotoren und optional mit einem höhenverstellbaren Zahnarztgerät ausgestattet werden. Fridolin wird nach MPG gefertigt und mit CE-Kennzeichnung geliefert. ULTRADENT besitzt für Fridolin einen Gebrauchsmusterschutz.

ULTRADENT

Dental-medizinische Geräte GmbH & Co. KG
81829 München, Stahlgruberring 26
www.ultradent.de

Fordern Sie die IDS-Neuheiten-Informationen an!

- Fridolin
- Gesamtprospekt ULTRADENT

Tel.: 089/420 992-70 Fax: 089/420 992-50

Dazu erhalten Sie außerdem noch ein Überraschungspräsent!



Abb. 3: Die Audioanalgesie.



Abb. 4: Der Zaubersack.

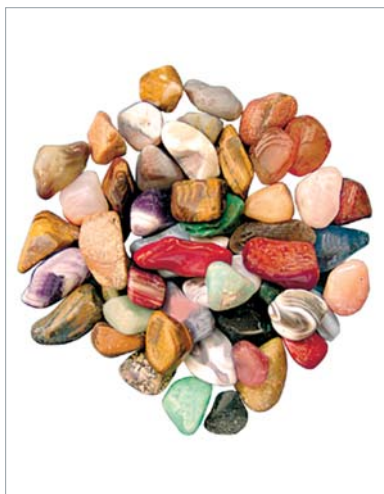


Abb. 5: Kinder sind fasziniert, Trommelsteine als Zaubersteine zu verschenken.

3), Ablenkung durch Bilder an der Decke oder das Zaubern, und die wirksamste Ablenkung, die ich kenne, das Fernsehen. Ein nützliches Werkzeug bei der Ablenkung der Kinder während einer Zahnbehandlung ist „der Zaubersack“ (Abb. 4). In den Sack können Sie kleine Gegenstände, Trommelsteine, Bohnen oder Ähnliches geben. Und wenn es zeitlich mal wieder zu viel für ein Kind wird, etwas mehr Zeit herausholen, in dem Sie das Kind herausfordern, die Hand in den Zaubersack reinzulegen und „ohne Schauen“ sagen, was drin ist; oder einen

physiologische und dann die psychologische, ist es wichtig als Zahnarzt, sich damit auseinanderzusetzen, dass die Vergabe der Lokalanästhesie zur „hohen Kunst“ gehört, und wer sie beherrscht, erzielt in der Kinderbehandlung die halbe Miete. Lokalanästhesie ist entscheidend für eine schmerzfreie Behandlung – auch bei Kindern. Die meisten Behandlungsabbrüche kommen zustande, wenn einem Kind wehgetan wird.

Für die Kontrolle von Schmerzen ist ein entspannter und nicht auf erwartete Schmerzen fixierter Zustand ebenso wichtig wie die lokale Ausschaltung der Schmerzweiterleitung durch Lokalanästhesie. Durch Entspannung und daran gekoppelte Ablenkung vom angstauslösenden Stimulus kann die Schmerzreaktion entscheidend beeinflusst werden. Intrasedation nennt man die Techniken, die eine Beruhigung und Schmerzlinderung herbeiführen können, ohne die Anwendung von Pharmaka. Beispiele sind die „Audioanalgesie“, Beruhigung durch Geschichten hören (Abb.

„Zauberstein“ herausfinden, welcher warm wird durch seine Berührung und mit nach Hause genommen werden kann (Abb. 5). Es gibt eine Vielzahl an „Tipps und Tricks“, die Kollegen/innen entwickelt haben, um die Behandlung ihren kleinen Patienten weniger belastend zu gestalten. Weiterhin ist die Terminierung der Behandlungen zu berücksichtigen. Je jünger das Kind, je früher am Tag soll der Behandlungstermin gelegt werden; je schwieriger die Behandlung, je früher am Tag damit beginnen. Auch empfiehlt sich, die Kindersprechstunde blockweise zu gestalten, da dann der Zahnarzt, die Mitarbeiter und das Wartezimmergeschehen einheitlich sich auf die Bedürfnisse der Kinder orientieren können. Mit jedem glücklichen Kind in der Zahnarztpraxis gibt es auch zufriedene Eltern, die Vertrauen zur Praxis haben und sie weiterempfehlen. Die Kollegen, die sich im Thema Kinderzahnheilkunde fortbilden, machen diese Erfahrung tagtäglich. |

Risikoorientierte Kariesprophylaxe bei Kindern

| Prof. Dr. Christian H. Splieth, Dr. Christine Heyduck

Kariesprophylaxe nach Schema F ist heute nach Kariesrückgang und Polarisierung des Kariesbefalls nicht mehr sinnvoll. Vielmehr sollten präventive Maßnahmen auf Risikokinder und Risikoflächen konzentriert werden. Karies wird dabei zunehmend zur „sozialen“ Erkrankung, da die Unterschiede im individuellen Kariesbefall eher durch Prophylaxebemühungen als durch primäre, ätiologische Faktoren bedingt sind. Mit der gesundheitsökonomischen Evaluation von präventiven Maßnahmen können risikospezifische Programme entwickelt werden.

Seit Mitte der 70er-Jahre ist in den industrialisierten Ländern eine generelle Rückentwicklung der Kariesprävalenz nachweisbar.^{4, 6, 13} Parallel zu diesem Kariesrückgang ist jedoch auch eine Polarisierung des Kariesbefalls in der Bevölkerung belegt:^{4, 13} Ein erheblicher Anteil von Kindern weist inzwischen überhaupt keine (Defekt-) Karies auf und ca. 25-30% der Kinder vereinen 60-80% der Defekte und Füllungen auf sich.⁴ Damit scheint für die meisten Kinder eine adäquate individualprophylaktische Betreuung im deutschen Gesundheitssystem gesichert, während eine Minderheit nicht erreicht wird oder die präventiven Maßnahmen nicht genügen. Die veränderten Erkrankungsmuster verlangen heute eine Konzentration der präventiven Maßnahmen auf Kariesrisikopatienten und sogar Risikozahnflächen. So stieg der relative Anteil der Fissurenkaries im Zuge des Kariesrückganges deutlich an⁸ und ca. 80% der kariösen Defekte bei 12-Jährigen sind in Fissuren zu finden. Leider können die in den 70er- und 80er-Jahren durchgeführten Studien aufgrund der veränderten Kariesprävalenz und Kariesverteilung nicht mehr auf die heutige Situation über-

tragen werden. Kariesreduktionen von über 30%, wie sie früher z. B. durch halbjährliche Lokalfluoridierung erzielt wurden,^{22, 23} sind heute nicht generell zu erwarten. So konnte bei hochkariesaktiven Kindern mit einer vierteljährlichen Zahnreinigung und Fluoridtouchierung (Fluoroprotector®) keine signifikante Kariesvermeidung festgestellt werden,²⁴ während bei zwei bis vier Fluoridlacktouchierungen (Dura-Phat®) pro Jahr deutlich weniger Karies

ven Ansatzes kann die intensivierete Betreuung von Risikoeinrichtungen, -kinder und -zahnflächen sein.

| Zielgruppen

Aktuelle epidemiologische Untersuchungen weisen drei deutliche Risikogruppen aus:

- Die immer noch steigende Prävalenz frühkindlicher Karies/Nuckelflaschenkaries bei Kleinkindern (1 bis 3 J.) ist alarmierend.²¹ Eine repräsentative Übersicht in Großbritannien fand bei 14% der 2- bis 3-Jährigen Karies, wobei 8% der Kinder einen für Nuckelflaschenkaries typischen Befall der Schneidezähne aufwiesen.⁹ Im Landkreis Nordheim⁷ waren 31% der geschädigten Milchgebisse mit dem Nuckelflaschengebrauch assoziiert. Weltweit schwanken die aktuellen Prävalenzangaben zwischen 3 und 45%.¹⁴
- Kindergartenkinder, da das Milchgebiss im Durchschnitt deutlich mehr kariöse Defekte und einen schlechteren Sanierungsgrad aufweist als die permanente Dentition bis zum 12. Lebensjahr.⁴
- Kinder in Fördereinrichtungen aufgrund von allgemeinmedizinischen Einschränkungen oder sozialer Deprivation.

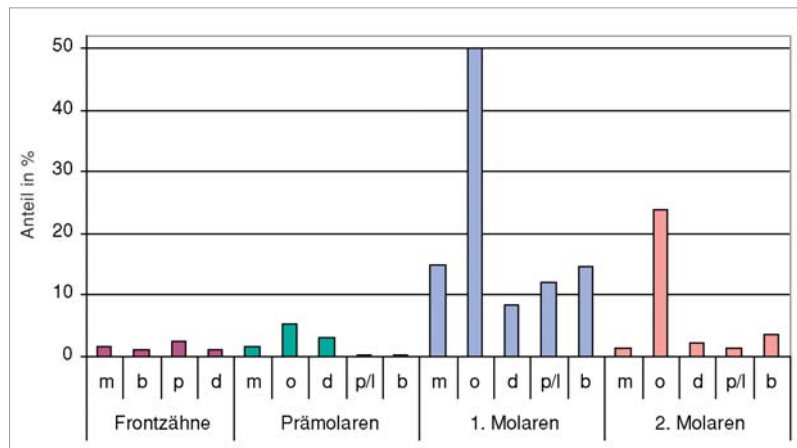


Abb. 1: Anteil der jeweils an Karies erkrankten, gefüllten bzw. extrahierten Zahnflächen bei 15-Jährigen (in % aller Zahnflächen, mesial, bukkal, palatinal, distal, okklusal, labial).

[kontakt]

Prof. Dr. Christian Splieth
 Abt. für Präventive Zahnmedizin &
 Kinderzahnheilkunde
 Rotgerberstr. 8
 17487 Greifswald

als in der Vergleichsgruppe diagnostiziert wurde.²⁵ Risikomarker für eine hohe Kariesaktivität sind heute vor allem geringes Gesundheitsbewusstsein bzw. ein niedriger Bildungsstatus, mangelhafte Inanspruchnahme von präventiven Angeboten und Fluoriden.^{8, 4} Teil eines wirksamen, präventi-

| Kariesrisikoflächen

Essenziell für eine individuell angemessene Motivation und Instruktion ist die Diagnose von Initialläsionen. Die Therapie von Initialläsionen ist im Gegensatz zur klassischen Füllungstherapie, die die eigentliche Kariesaktivität nicht senkt, eine ursächliche

Kariestherapie und stellt das erste klinisch sichtbare Stadium des kontinuierlichen Kariesverlaufes dar. Die Überführung von aktiven in inaktive Läsionen kann innerhalb eines halben Jahres den Erfolg von kariespräventiven Maßnahmen belegen. Voraussetzung hierfür ist die Diagnostik und Dokumentation der Initialläsionen. Das Anfärben der Beläge als Hilfsmittel für das Kariesmonitoring ist zu empfehlen. Nach Belagsentfernung kann dann die aktive Initialläsion, die durch eine matte Ober-

ren. Auch hier kann durch Anfärbung und Reinigung der Fissur eine Bestimmung der Kariesaktivität vorgenommen werden. Die kariespräventive Wirksamkeit von Fissurenversiegelungen ist durch eine Vielzahl von Studien belegt.^{13, 8} Jedoch ist der präventive Effekt ohne eine Senkung der eigentlichen Kariesaktivität des Patienten, durch adäquate Mundhygiene, optimierte Fluoridnutzung und Ernährungsumstellung begrenzt.⁸ Bei der Indikationsfindung für die Versiegelung

Wirksame Präventionsmaßnahmen

Eine umfassende Analyse der wissenschaftlichen Literatur von Kay et al.¹¹ konnte keine validen Belege für den kariespräventiven Erfolg von aufklärenden und auf Ernährungsberatung basierenden Programmen finden. Mundhygieneprogramme führten zu befristeten Reduktionen von Plaque und gingivaler Entzündung, aber nicht automatisch zu Kariesreduktionen. Nur Programme mit Fluoridnutzung konnten eindeutige Kariesreduktionen erzielen.

Insbesondere Programme, die eine qualitative Verbesserung der Plaqueentfernung an Risikoflächen mit Fluoridzahnpaste oder -gelee kombinieren, erscheinen sinnvoll. Insbesondere bei Kindern mit hoher Kariesaktivität erscheint eine intensivere Betreuung notwendig. Dies kann bei guter Inanspruchnahme in der Individualprophylaxe oder bei geringerer Compliance durch intensivierete Gruppenprophylaxe geschehen, insbesondere da leider bei einer steigenden Anzahl von Kindern die mangelhafte Sozialisation und Gesundheitsvorsorge durch die Eltern kompensiert werden müssen. Hierzu gehören das Einüben und die Kontrolle einer adäquaten Mundhygiene, die durch eine professionelle Nachreinigung mit Zahnbürste und



Abb. 2 a und b: Patient mit zahlreichen, initialkariösen Läsionen nach Anfärbung (a) und nach Belagsentfernung und Trockenlegung (b): Deutlich werden die kreidig weißen, gingivanahen Entkalkungen und die begleitende Gingivitis, die bei der non-invasiven Inaktivierung der Läsionen reversibel ist.

fläche nach Trocknung und kreidig weißer Farbe gekennzeichnet ist, im Befund festgehalten werden (Abb. 2 a und b). Aktive Initialläsionen sind häufig am Gingivalsaum zu diagnostizieren, wobei die begleitende Gingivitis ein gutes diagnostisches Hilfsmittel darstellt.

Bei Kindern in der Wechselgebissphase sollte den Okklusalflächen durchbrechender Molaren vermehrte Beachtung geschenkt werden, da diese Flächen den größten Karieszuwachs aufweisen (Abb. 1). Ursächlich ist dies auf die ungenügende Reinigung während der Durchbruchphase zurückzuführen.

sollte das individuelle Kariesrisiko der Fissur abgeschätzt werden. Bei hoher Kariesaktivität – eine Indikation, die von vielen Zahnärzten favorisiert wird – reichen Fissurenversiegelungen allein nicht aus, um eine hohe Kariesinzidenz zu verhindern. In Übereinstimmung mit der aktuellen Leitlinie Fissurenversiegelungen²⁶ sollte also bei erhöhtem Kariesrisiko eine Fissurenversiegelung vorgenommen werden, jedoch diese mit intensiv-prophylaktischen Maßnahmen eng gekoppelt werden, um neben dem Blockieren der Hauptrisikoflächen auch die generelle Kariesaktivität zu senken.⁸



Abb. 3: Das Milchgebiss weist häufig kariöse Defekte auf. Regelmäßige Untersuchungen beim Zahnarzt und Prophylaxeprogramme mit Fluoridnutzung können helfen, das Vorkommen von Karies zu reduzieren.

Zahnseide ergänzt werden sollten. Sehr einfach kann dieser verhältnispräventive Ansatz durch das wöchentliche Einbürsten von Fluoridgel unter Aufsicht von geschultem Lehrpersonal in Risikoeinrichtungen erreicht werden. Diese hochfrequente Anwendung von hochdosierten Fluoridpräparaten in Kombination mit kontrollierter Nachreinigung konnte sogar in den Förderschulen eine Senkung der Kariesinzidenz bewirken.²⁰

Frühkindliche Karies

Obwohl Kleinkinder bis zum dritten Lebensjahr nicht unter den gesetzlich strukturierten Prophylaxeauftrag fallen, bietet eine verstärkte Vernetzung zahlreiche Ansatzpunkte zur Aufklärung von Schwangeren und Müttern. Die Integration von Einheiten zur Oralprävention in die Schwangerenvorsorgeprogramme bzw. Kurse für junge Mütter scheint äußerst sinnvoll, insbesondere da knapp 36%



Abb. 4: Der zahnärztliche Kinderpass ist das Eingangstor zur regelmäßigen Prophylaxe.

angeben, sie seien weder vom Zahnarzt, Kinderarzt, Informationsmedien noch Freunden über die Verhütung von Zahnerkrankungen bei kleinen Kindern informiert worden.¹⁶ Die Ausgabe des zahnärztlichen Kinderpasses (Abb. 3) könnte zur Schließung dieser Informationslücke beitragen. Der Pass stellt gleichzeitig Aufklärungsmaterial für die Eltern mit der Aufforderung zum Zahnarztbesuch und eine gute Übersicht für den Zahnarzt dar, inwieweit diese Aufklärungs- und Kontrolluntersuchungen von den Eltern eingehalten wurden.

Locator[®] System für templant[®] – ab sofort erhältlich!



Höhere Sicherheit,
definierte Retentionskraft,
mehr Rendite!

4x templant[®]-Implantat
+ 4x Locator[®] komplett
= 799,- Euro

Vergleichen Sie selbst, was kostet Ihr System?

4x templant [®] -Implantat	236,- Euro	
4x templant [®] Locator [®] Abutment	476,- Euro	
4x Locator [®] Titankappe (Male)	87,- Euro	
Gesamt	799,- Euro	

templant[®]-Preise

Ihr System

Alle Preise in Euro zzgl. MwSt., bis auf Widerruf (Stand Mai 2007)

Rufen Sie uns an, wir nennen Ihnen
einen Chirurgen in Ihrer Nähe.

Tel.: 02643 902000-0

| Kindergartenalter

Die relativ höhere Kariesinzidenz im Milchgebiss ist in Deutschland im Wesentlichen in unzureichender Mundhygiene, suboptimaler Fluoridnutzung und wenig etablierter professioneller Prävention begründet. Die Eltern übernehmen in Deutschland die meisten Hygienemaßnahmen bei Kindergartenkindern, während die Verantwortung für das Zähneputzen schnell an die Kinder delegiert wird. Die geringere Fluoridkonzentration von Kinderzahnpaste erfordert außerdem ein optimales Zähneputzen. Die Erziehung der Eltern zum Nachputzen bis zum sechsten Lebensjahr kann die Qualität der täglichen Zahnreinigung verbessern und zu deutlichen Kariesreduktionen führen.³ Die sparsame Touchierung von Initialläsionen mit Fluoridlack,-gelee oder -fluid ist möglich und sollte unbedingt genutzt werden. Die Verstärkung der Prävention zur Senkung der Kariesaktivität und Vermeidung von kariösen Läsionen erscheint im Kindergartenalter für Deutschland praktikabler als eine Intensivierung der Sanierung.

| Kinder mit hoher Kariesaktivität

Bei Problemkindern erleichtert die familiennahe Atmosphäre im Kindergarten mit gemeinsamen Mahlzeiten und Hygienemaßnahmen eine Kompensation von elterlichen Versäumnissen. Auch in Förderschulen wird neben der reinen Wissensvermittlung die soziale Integration und Gesundheitsförderung angestrebt. Zur Oralprävention bieten sich regelmäßige Plaqueanfärbung, Mundhygieneübungen, ein professionelles Nachreinigen mit Zahnbürste und Zahnseide mit abschließender Fluorid- oder Chlorhexidinapplikation an. Die Aufforderung zum Zahnarztbesuch und eine Sanierung der kariösen Defekte ist wichtig, sie wird aber oft erst nach mehrmaliger Erinnerung wahrgenommen. Im Zuge einer Chancengleichheit für sozial benachteiligte Kinder sollte die öffentliche Gesundheitsförderung auf die wirklich bedürftigen Zielgruppen konzentriert werden. |

Nutrition Survey: Children aged 1½ to 4½ years. Volume 2: Report of the dental survey. London: HMSO (1995).

[10] Hirsch, C., John, M.: Oral-health-related quality of life in children and their families. *J Dent Res* 79, 207 (2000).

[11] Kay, E., Locker, D.: A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. *Community Dent-Health* 15, 132 (1998).

[12] Marthaler, T.: Explanations for changing patterns of disease in the Western world. In: Guggenheim, B. (Hrsg.): *Cariology today*, Karger, Basel 1984, 13.

[13] Menghini GD, Steiner M, Marthaler T, Helfenstein U, Brodowski D, Imfeld C, Weber R, Imfeld T: Kariesprävalenz von Schülern in 16 Züricher Landgemeinden in den Jahren 1992 bis 2000. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 113, 267-277 (2003).

[14] de Moura Sieber, V.: Zahngesundheit bei Kleinkindern in Ouro Preto, Minas Gerais, Brasilien – Eine klinisch-mikrobiologisch kontrollierte Studie. *Med. Diss., Jena* 2006.

[15] Pieper, K.: Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 1997. S & W Druckerei und Verlag, Marburg 1998, 91-107.

[16] Pommer, D.: Die Betreuung von Kindern unter drei Jahren im Rahmen der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe. Teil 1: Zahnärztliche Beratung von Eltern in Mutter-Kind-Gruppen. *Zahnärztlicher Gesundheitsdienst* 1/03, 19-21, (2003).

[17] Rijkom, van H., Truin, G., van't Hof, M.: A meta-analysis of clinical studies on the caries-inhibiting effect of chlorhexidine treatment. *J Dent Res* 75, 790 (1996).

[18] Schwibbe, G., Krüger, W.: *Gesunde Zähne vom 1. Milchzahn an: Ein Modellprojekt zur Karies- und Gingivitisprophylaxe von Kleinkindern in zahnärztlichen Praxen*. Goltze-Druck, Göttingen 1988.

[19] Splieth, Ch., Steffen, H., Rosin, M., Welk, A.: Intensive group prevention with chlorhexidine-thymol varnish in schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol* 28, 419 (2000).

[20] Splieth, Ch.: *Gesunde Zähne ein Leben lang. Bericht über die intensivierte Gruppenprophylaxe in Greifswald*. Abschlussbericht. Greifswald 2007.

[21] Weiß, A.: Interventionsprogramm zur Prävention von frühkindlicher Karies (ECC). *Med. Diss., Greifswald* 2007.

[22] World Health Organization: *Fluoride and Oral Health. Report of a WHO Expert Committee on Oral Health Status and Fluoride Use*. WHO Technical Report Series 846. Geneva, 1994.

[23] World Health Organization: *Fluoride varnish for community-based caries prevention in children*. WHO, Geneva, 1997.

[24] Zimmer, S., Bizhang, M., Jochimski, P., Seemann, R., Roulet, F.: *Möglichkeiten der Risikodiagnostik und Intensivprophylaxe bei Schulkindern*. Abschlussbericht. Berlin 1997.

[25] Zimmer, S., Robke, F.-J., Roulet, J.-F.: *Caries prevention with fluoride varnish in a socially deprived community*. *Community Dent-Oral-Epidemiol.* 27, 103 (1999).

[26] *Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung im Institut der Deutschen Zahnärzte: Leitlinie Fissurenversiegelung*. Bundeszahnärztekammer (Hrsg.) Köln 2006, 1-7.

Literatur

[1] Bratthall, D., Serinirach, R., Rapisuwon, S., Kuratana, M., Luangjarmekorn, V., Luksila, K., Chaipanich, P.: A study into the prevention of fissure caries using an antimicrobial varnish. *Int Dent J* 45, 245 (1995).

[2] Bratthall, D.: Dental caries: Intervened-Interrupted-Interpreted. *Eur J Oral Sci* 104, 415 (1996).

[3] Carvalho, J., Thylstrup, A., Ekstrand, K.: Results after 3 years of non-operative occlusal caries treatment of erupting permanent first molars. *Community Dent Oral Epidemiol* 20, 187 (1992).

[4] Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnspflege (Hrsg.): *Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2000 Gutachten*. Marburg, Druckhaus Marburg, 2005.

[5] Deutsche Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnspflege (Hrsg.): *Jahresauswertung der Fluoridverwendung 1998/99*. Bonn 2000.

[6] Glass, R.: The first international conference on the declining prevalence of dental caries. *Int Dent Res* 61, 1301-1383 (1982).

[7] Glubrecht, E.K.: *Plakate zum nursing-bottle-syndrom*. Zahnärztlicher Gesundheitsdienst 2/01 (2001).

[8] Heyduck, C., Meller, C., Schwahn, C., Splieth, Ch.: Effectiveness of Sealants in Adolescents with high and low caries experience. *Caries Res* 40, 375-381 (2006).

[9] Hinds, K., Gregory, J.R.: *National Diet and*

Christian Splieth

Professionelle Prävention

Zahnärztliche Prophylaxe für alle Altersgruppen

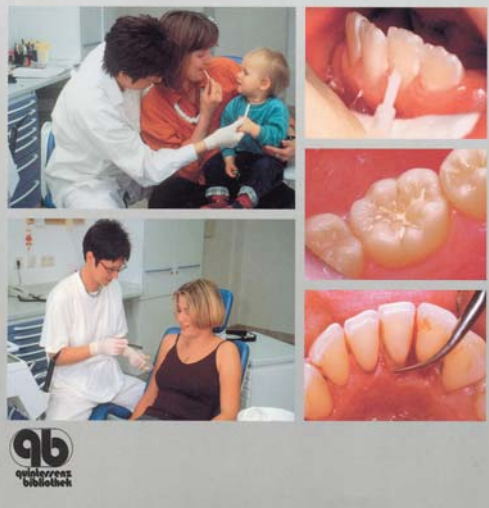


Abb. 5: Analog zu „Professionelle Prävention – zahnärztliche Prophylaxe für alle Altersgruppen“, Ch. Splieth et al., Quintessenz 2000.

Frühkindliche Karies als Behandlungsschwerpunkt

| Guido Nitzsche

Trotz aller Präventionsmaßnahmen kann man heute immer noch sagen, dass sich die frühkindliche Karies und ihre Therapie zu einem zentralen Thema der Kinderzahnärztlichen Praxis entwickelt hat. Die Therapie erweist sich als sehr kostenaufwendig, verlangt dem Behandler ein hohes Maß an zahnärztlichem Können ab und ist häufig von diagnostischen Unsicherheiten begleitet. Um adäquate Behandlungsergebnisse zu erreichen, kann häufig auf eine Intubationsnarkose nicht verzichtet werden.

Die Bedeutung der frühkindlichen Karies kann man er-messen, wenn man sich ver-deutlicht, dass bis zu 3,7 % der anderthalb- bis zweijährigen Kinder und bis 8,5 % der unter sechsjährigen Kinder in Deutschland von diesem Problem betroffen sind. Dabei gibt es eine starke Polarisation innerhalb der Gesellschaft. So sind vor allem Kinder aus Familien mit einem geringen sozioökonomischen Status betroffen. Eine Häufung ist bei Kindern alleinerziehender Eltern ebenso festzustellen wie bei Kindern mit Migrationshintergrund und kinderreichen Familien. So ist bekannt, dass Kinder aus Familien mit geringem Einkommen einen 3,5-fach höheren DMF-T-Index haben als Kinder aus Familien der bes-serverdienenden Schicht.

| Ursachen

Die Ursachen der Early Childhood Caries – ECC – sind heute vielschichtiger geworden. Sie reichen vom suchtartigen Genuss zuckerhaltiger Getränke aus der Saugerflasche (sog. Nursing Bottle Syndrom) über verlängertes Stillen besonders in der Nacht bis zu Honig- und Zuckerschnullern. Immer häufiger werden auch sogenannte Trinklerngefäße und Sportlerflaschen mit süßen Getränken gefüllt und den

Kindern zum unregelmäßigen Verzehr an-geboten. Dabei ist die Entstehung der ECC sowohl von der Art des Getränkes als auch in entscheidendem Maß von der Häufigkeit der Aufnahme abhän-gig. Immer wieder verfallen Eltern dem Trugschluss, durch Verdünnung der Getränke, ansonsten aber gleichblei-bender Ernährungsgewohnheiten, das Fortschreiten der Karies aufhalten zu können.

Dabei zeigt sich eine sehr häufig gleiche Reihenfolge des Auftretens der ECC beginnend mit den Oralflächen der Inzisivi des Oberkiefers über die Okklu-

zerstörtem Milchgebiss keine große Aus-nahme in unserer Praxis (Abb. 2).

Im Gegensatz dazu steht die Reihen-folge der Milchzahnkaries ohne Ein-wirkung von Trink- und Saugerfla-schen, welche zumeist okklusale der zweiten Molaren sowie an den Appro-ximalflächen der Milchmolaren ent-steht.

| Folgen der ECC

Unterschätzt werden im Allgemeinen die Folgen und Komplikationen der frühkindlichen Karies, welche von akuten und chronischen Schmerzzu-

Reihenfolge Karies im Milchgebiss

- (1) Okklusalfächen der zweiten Milchmolaren
- (2) Approximalflächen IV d; V m

Reihenfolge bei ECC

(noch im 1. LJ beginnende kariöse und/oder erosive Zerstörung)

- (1) Inzisivi OK
- (2) 1. Milchmolaren OK, UK
- (3) Milcheckzähne
- (4) 2. Milchmolaren
- [untere Frontzähne]

Tabelle 1

salflächen der ersten Molaren des Oberkiefers, gefolgt von den 1. Molaren des Unterkiefers und den 2. Molaren OK /UK und den Eckzähnen. Nur in besonders ausgeprägten Fällen kommt es zum zirkulären Befall der unteren Milchschnidezähne (Abb. 1).

Ebenso auffällig ist das nach unserem Eindruck immer frühere Manifestations-alter der frühkindlichen Karies. So sind anderthalbjährige Kinder mit komplett

ständen, Reduzierung des kindlichen Allgemeinzustandes bei Exazerbation chronischer Prozesse bis zu Gedeih-störungen reichen. Eine Vielzahl von lokalen Folgeschäden wie Minerali-sationsstörungen der zweiten Denti-tion (Abb. 3), Dentitionsbehinderungen durch persistierende Milchzahnreste (Abb. 4), sekundärer Engstand oder verzögerter/vorzeitiger Zahnwechsel kommen hinzu.

[kontakt]

Guido Nitzsche
Radebeuler Str. 9
01640 Coswig
Tel.: 0 35 23/7 30 72
www.Kinderzahnheilkunde-Dresden.de



Abb. 1: Milchgebiss mit zerstörten Oberkiefer- und geschädigten Unterkieferzähnen.



Abb. 2: Kompletzt zerstörtes Milchgebiss.



Abb. 3: Turnerzahn 22 als Folge avitaler Milchzähne.



Abb. 4: Durchbruchsstörung Zahn 11 durch persistierende Milchzahnreste.



Abb. 5: Behandlung unter Analgosedierung.



Abb. 6: Zahnsanierung in ITN.



Abb. 7



Abb. 7 und 8: Frontzahnversorgung mit Kompoerfüllungen.



Abb. 9: Endodontisch behandelter Milchzahn.

Behandlungsmöglichkeiten

Oftmals ermöglichen die ausgedehnten pathologischen Befunde der frühkindlichen Karies, die unzureichende Compliance- und Kooperationsfähigkeit des Kindes, aber auch eine nicht selten mangelnde Kooperation der Eltern keine konservative zahnärztliche Behandlung. Zumindest sind bei diesen Patienten Therapiemaßnahmen nur selten lege artis durchführbar. Behandlungsmethoden wie die des sogenannten forced holdings, also der Anwendung dosierter physischer Gewalt (Stahlfinger etc.), sehen wir nicht als obsolet an. Das forced holding sollte ausschließlich in Absprache mit den Eltern und nur in ausgewählten Behandlungssituationen wie der akuten Schmerzbesitzigung angewendet werden. Eine routinemäßige Behandlung von Kindern unter physischer Fixierung lehnen wir ab. So muss auch in unserer Praxis ein großer

Teil der Kinder unter Analgosedierung oder Allgemeinanästhesie behandelt werden.

In unserer Kinderzahnärztlichen Praxis werden kleinere Eingriffe wie Extraktionen oder Füllungstherapien einer begrenzten Anzahl von Zähnen in der Regel unter Analgosedierung durchgeführt (Abb. 5). Das Mittel der Wahl ist in der Regel Midazolam in einer Dosierung von 0,5 mg/kg KG, was bei sehr schmerzhaften Eingriffen noch eine Beimischung von Ketanest erfährt. Während Midazolam eine gute sedierende Wirkung hat, bewirkt Ketanest eine sog. disoziative Anästhesie (kataleptischer Zustand) mit einer guten Analgesie und Amnesie. Da diese Medikamente neben ihrer sedierenden und analgesierenden auch eine atemdepressive Wirkung haben können, ist eine Kontrolle der Sauerstoffoxygenierung während der Behandlung durch ein Pulsoxymeter erforderlich. Des Wei-

teren sollte ein spezifisches Antidot Anexate (Flumazenil) in der Praxis vorgehalten werden. Aufgrund seines Nebenwirkungsspektrums sollte Ketanest nicht einzeln verabreicht werden. Bei umfangreicheren Sanierungsmaßnahmen im Milch- und Wechselgebiss, welche die Belastungsfähigkeit und Compliance des Kindes deutlich übersteigen, stellt die Gebissanierung unter Intubationsnarkose die sinnvollste Therapiemöglichkeit dar. Insbesondere bei Kleinkindern eröffnet erst die Intubationsnarkose eine Reihe von Behandlungsoptionen wie Kinderkronen, Stripkronen, Pulpotomien sowie anderen endodontischen Maßnahmen, welche am Kleinkind in einer normalen Behandlungssituation kaum durchführbar wären. Einen weiteren Vorteil stellt die Qualität der Behandlungsmaßnahmen dar, welche an einem Kind unter Allgemeinanästhesie erreicht werden kann.

Da hierbei ein Arbeiten fast unter idealen Bedingungen möglich ist (speichelarm, keine motorische Unruhe, ideale Sicht- und Lichtverhältnisse), geben wir in unserer Praxis der Gebissanierung in ITN (Abb. 6) fast immer den Vorzug gegenüber einer quadrantenweisen Sanierung in Analosedierung, einem Vorgehen einiger anderer kinderzahnärztlicher Praxen. Zumal das allgemeine Narkoserisiko einer einmaligen Intubation geringer einzuschätzen ist als bei einer zwei- oder dreifach wiederholten Sedierungsbehandlung.

| Ambulante Narkosen

Natürlich sollte man die Indikation zur ambulanten Narkose nicht leichtfertig stellen und eine Abschätzung des allgemeinen Narkoserisikos vornehmen. Grundvoraussetzung für eine sichere ambulante Narkose ist die Infektfreiheit und Nüchternheit des Kindes. Darüber hinaus sollten nur gesunde Kinder über dem ersten Lebensjahr, der ASA Klassen 1 und 2, ambulant behandelt werden. Weitere Kontraindikationen sind z. B. Apnoesyndrome oder eine Adipositas per magna sowie frühgeborene Kinder.

| Therapiemaßnahmen

Ziel der Behandlung ist eine kariesfreie, keimarme und hygienefähige Mundhöhle, welche dem Kind beste Voraussetzung für die weitere Gebissentwicklung gibt. Dabei stellt sich immer die Frage, ob bei stark geschädigten Milchzähnen eine Restauration oder Extraktion vorgenommen werden sollte (Beispiel Abb. 7 und 8 sowie 10–12). Hier ist zum einen die Wertigkeit des Zahnes für die Gebissentwicklung zu beachten, zum anderen ist die Prognose des Zahnes entscheidend. Ziel ist es, nach einer Gebissanierung in ITN einen möglichst langen therapiefreien Zeitraum zu haben, in dem nur Prophylaxebehandlungen sowie Gewöhnungsbehandlungen durchgeführt werden. Ein Erhalt von Zähnen, deren Verbleib in der Mundhöhle bis zum physiologischen Zahnwechsel unwahrscheinlich ist, sollte deshalb in der Regel nicht erfolgen. Bei Zähnen, die für die Gebissentwicklung sehr wichtig sind, ist es aber gerechtfertigt, einen größeren therapeutischen Aufwand zu betreiben. So ist es sinnvoll, einen Milchcheckzahn auch mit endodontischen Maßnahmen zu erhalten, um den regelrechten Durchbruch der permanenten Frontzähne zu gewährleisten (Abb. 9). Weitere typische Therapiemaßnahmen des Milchgebisses sind die Anwendung von Stripkronen und der Einsatz konfektionierter Stahlkronen (Abb. 10–12). Es ist zu beobachten, dass

Kein Stress!

Digitale Lösungen von Kodak:
Entspannung pur.



Kodak bietet Ihnen jetzt längere Garantiezeiten für die gesamte Palette digitaler Radiografiesysteme an – damit Sie sich ganz entspannt zurücklehnen können.

Ab sofort können Sie sich also bei der Diagnose Ihrer Röntgenaufnahmen nicht nur auf hervorragende Bildqualität verlassen, sondern auch auf langfristige Sicherheit und zuverlässigen Service von Kodak.

Weitere Informationen erhalten Sie unter 0800 086 77 32

www.kodak.de/dental



Think digital, think Kodak



© Eastman Kodak Company 2007.
KODAK ist ein Warenzeichen der Eastman Kodak Company.



Abb. 10



Abb. 11



Abb. 10-12: Stripkronen zum Aufbau von Frontzähnen.



Abb. 13



Abb. 14



Abb. 13-15: Kinderprothese nach Verlust der Oberkieferfront.



Abb. 16



Abb. 16-17: Intensive Zahnputzübungen sind notwendig.

Milchmolaren, die mit konfektionierten Kinderkronen versorgt wurden, die besten Langzeitergebnisse aufweisen, da die Bildung von Sekundärkaries fast ausgeschlossen ist.

Da es bei Milchzähnen aufgrund der ausgedehnten Pulpa und der dünnen Dentinschicht rasch zu einer Beteiligung der Zahnpulpa am Kariesgeschehen kommt, ist eine Vitalamputation (Pulpotomie) ebenfalls ein sehr häufiges Verfahren der Kinderzahnheilkunde. Die Durchführung dieses Verfahrens ist lege artis nur selten in der

normalen Behandlungssituation möglich, sodass eine exakte Pulpotomie meist nur bei der Gebissanierung in Narkose vorgenommen werden kann.

Die absolute Grenze der Zahnerhaltung sehen wir bei avitalen Milchzähnen überschritten. Eine Exaktion dieser Zähne und ggf. der Ersatz durch einen Lückhalter oder eine Kinderprothese ist hier immer die beste und biologischste Lösung (Abb. 13-15). Therapieversuche an solchen Zähnen sollten zum Schutz der nachfolgenden Zähne nicht durchgeführt werden.

„Ziel der Behandlung ist eine kariesfreie, keimarme und hygienefähige Mundhöhle, welche dem Kind beste Voraussetzung für die weitere Gebissentwicklung gibt.“

| Fazit

Natürlich kann man die Sanierung des Milchgebisses nur als einen Teil der Lösung des Problems frühkindlicher Karies betrachten. Wichtig ist uns zunächst eine konsequente Ernährungsumstellung. Dazu erhalten die Eltern der betroffenen Kinder bereits bei ihrer ersten Vorstellung eine entsprechende Beratung und werden angehalten, die Ernährungsgewohnheiten ihres Kindes in einem Ernährungstagebuch festzuhalten.

Ein weiteres Problem ist die mangelnde oder schlicht nicht vorhandene Mundhygiene dieser Kinder. Ein intensives Putztraining vor und in regelmäßigen Abständen nach einer erfolgten ITN-Sanierung ist hier notwendig (Abb. 16-17). Leider ist die Compliance für diese begleitenden Maßnahmen bei einigen Eltern sehr gering. So gibt es auch in unserer Praxis Kinder, die bereits zum wiederholten Mal einer Narkosebehandlung bedürfen.

Dennoch sehen wir zur Sanierung der frühkindlichen Karies keine Alternative. Die selten noch anzutreffende Meinung, kariöse Zähne könnten belassen werden, da die Probleme sich beim Zahnwechsel von selbst lösen, ist nicht mehr zeitgemäß und passt nicht in eine präventionsorientierte Kinderzahnheilkunde. |

Studie

Mundgesundheit von Vorschulkindern

| Prof. Dr. Annerose Borutta, Prof. Dr. Susanne Kneist

Seit mehr als 15 Jahren hat sich in Deutschland die Mundgesundheit von Kindern, Jugendlichen und nunmehr auch schon von jungen Erwachsenen kontinuierlich verbessert. Diese als „Caries decline“ bezeichnete Entwicklung ist in allen Industrienationen nachweisbar und wird vor allem durch die kariespräventive Wirkung von Fluoriden, in Sonderheit der fluoridhaltigen Zahnpasten, erklärt. Epidemiologischer Nachweis dafür ist im Allgemeinen die Kariesprävalenz 12-Jähriger. In dieser Altersgruppe bezieht sich der „Caries decline“ auf das bleibende Gebiss.

Im Milchgebiss ist der „Caries decline“ im Vergleich zum bleibenden Gebiss weniger deutlich. Dabei beziehen sich die Mitteilungen über einen „Caries decline“ zunächst immer nur auf den Durchschnitt der jeweiligen Alterskohorte. Daneben gibt es die sogenannten Risikogruppen, deren Mundgesundheitsstatus vom Durchschnitt deutlich abweicht. Als „Risikokinder“ betrachteten Ferro et al. jenes Drittel der von ihnen untersuchten 36 bis 71 Monate alten Kinder mit dem höchsten Kariesbefall. Diese Kinder hatten altersabhängig einen ca. dreifach höheren Kariesbefall (1,62 bis 4,02 DMFT) als die gesamte Probandengruppe mit DMFT-Werten zwischen 0,53

(36 bis 47 Monate) und 1,34 (60 bis 71 Monate). Im Rahmen einer epidemiologischen Studie zur Mundgesundheit von 5- und 12-jährigen Kindern aus Europa wurden in Berlin bei 23% der 5-Jährigen 6 bis 15 DMF-Zähne registriert, was nach den Kriterien der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ) ein erhöhtes Kariesrisiko darstellt. Berücksichtigt man zudem noch die Kinder mit initial kariösen Läsionen, so ist der Anteil von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko noch wesentlich höher, wie das in einer Untersuchung an schwedischen 6-jährigen Kindern nachgewiesen wurde. 5- bis 6-Jährige bzw. 6- bis 7-Jährige (Schulanfänger) gelten als Standardal-

tersgruppe zur Beschreibung der Mundgesundheit im Milchgebiss. In jüngster Vergangenheit häufen sich Mitteilungen über eine Stagnation der Kariesverbreitung bzw. über einen Wiederanstieg des Kariesbefalls im Milchgebiss. Besorgniserregend ist zudem der hohe kariesbedingte Behandlungsbedarf bei Vorschulkindern. So lag beispielsweise bei 5-Jährigen aus Großbritannien der Sanierungsgrad lediglich bei 14 %, d. h., nur 14 % aller DMF-Zähne waren erfolgreich behandelt, während bei 86 % der DMF-Zähne ein Behandlungsbedarf festgestellt wurde. 5-jährige Kinder aus Deutschland hatten einen Sanierungsgrad von 32 %, demzufolge waren 68 % der kariösen Flächen unversorgt. In der oben genannten Studie an 6-jährigen schwedischen Kindern hatten insgesamt 42 % der Untersuchten kariöse, unversorgte Zähne. Bei 11 % der Kinder wurden 5 bis 23 unversorgte Zähne festgestellt. In den Industrienationen korrelieren die Kariesprävalenz und der Behandlungsbedarf mit dem sozio-ökonomischen Status. Je niedriger dieser Status ist, desto höher sind Kariesprävalenz und Behandlungsbedarf. Pine et al. ermittelten bei 5-jährigen Kindern auch einen Zusammenhang zwischen der Kariesverbreitung und Folgeerkrankungen am apikalen Parodont. Infolge ungenügender Sanierungsleistung steigt auch der Anteil von Kindern mit Kariesfolgeerkrankungen (apikale Parodontitiden, Abszesse), wodurch sich wiederum der Behandlungsaufwand und die Behandlungskosten erhöhen.

[kontakt]

Prof. Dr. med. habil. Annerose Borutta
 Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Friedrich-Schiller-Universität Jena
 Bachstraße 18
 07740 Jena
 Tel.: 0 36 41/93 45 22
 Fax: 0 36 41/93 37 42
 E-Mail:
 Annerose.Borutta@med.uni-jena.de

Prof. Dr. rer. nat. habil. Susanne Kneist
 Biologisches Labor des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Friedrich-Schiller-Universität Jena
 Bachstraße 18
 07740 Jena

Bundesland	1994	%	1997	%	2000	%	2004	%
Schlesw.-Holstein	2,5	42,6	1,9	53	1,6	59,1	1,7	59,4
Bremen	3,1	37,4	2,7	41,7	3,3	38,9	2,8	40,9
Hamburg	2,7	40,3	2,2	53,7	2,2	47,1	1,8	52,2
Hessen	2,8	42	2,2	48,3	2,0	51,6	2,1	50,8
Rheinl.-Pfalz	2,8	39,2	2,3	49,4	2,1	52,4	2,0	54,4
Baden-W.	2,4	45,9	1,9	53,9	1,7	56,9	1,6	59,6
Nordrh. Westf.	2,9	38,5	2,6	43,7	2,3	50,2	2,1	52,9
Westf.-Lippe	3,0	37,7	2,9	42,1	2,3	46,5	2,3	47,3
Berlin	3,1	36,4	2,6	41,3	2,3	46,6	2,7	40,0
Meckl.-Vorp.	4,0	20,0	3,0	32,8	3,0	36,2	2,6	42,7
Thüringen	3,8	20,5	2,9	31,3	2,4	42,0	2,8	39,1
Sachsen-Anhalt	3,8	20,4	3,2	30,7	3,1	33,0	2,9	34,9
Brandenburg	Keine Daten		2,5	39,8	2,4	43,7	2,8	41,5

Quelle: DAJ 2005

Tabella 1: Veränderungen in der Kariesprävalenz (DMFT) und im Anteil (%) kariesfreier 6- bis 7-jähriger Kinder in Deutschland (Quelle: DAJ 2005).



Abb. 1: An den Zähnen 51 und 61 ist deutlich die Neonatallinie, in der die ersten kariösen Veränderungen entstehen, zu erkennen; approximal hat sich bereits eine Defektkaries entwickelt.



Abb. 2: Zirkuläre Ausbreitung der Initialkaries entlang der Neonatallinie, am Zahn 62 hat sich die Karies bereits über die gesamte Vestibularfläche ausgedehnt.



Abb. 3: Kariöse Zerstörung an den Palatinalflächen der oberen Inzisivi als Ausdruck eines exzessiven Konsums kariogener Getränke a. d. Babyfl. Die Karies begann, wo der Nuckel an den Zähnen anliegt.

Frühkindliche Karies

Eine Ursache für die mögliche Trendwende in der Mundgesundheit von Vorschulkindern ist das gehäufte Auftreten der frühkindlichen Karies. Diese besonders schwere Erkrankung lässt sich bereits bei Kleinkindern im 2. Lebensjahr beobachten. Die weltweite Prävalenz liegt zwischen 3 und 45 % und steigt in sozio-ökonomisch deprivierten Kommunen sogar auf 70 bis 90 % an. Das charakteristische Befallsmuster bei der frühkindlichen Karies (Abb. 1 bis 7) liegt in der zeitlichen Folge des Durchbruchs der Zähne in die Mundhöhle und in der Häufigkeit der Gabe kariogener Getränke mit der Flasche begründet. Die oberen Milchschneidezähne sind wegen ihrer frühen Durchbruchzeit am längsten der kariogenen Attacke ausgesetzt. Werden die zahnschädigenden Trinkgewohnheiten zwischen dem 1. und 2. Lebensjahr nicht geändert, sind die übrigen Zähne in der Folge ihrer Durchbruchzeit involviert. Milcheckzähne sowie erste und zweite Milchmolaren sind wenig oder überhaupt nicht betroffen, wenn zahnschädigende Trinkgewohnheiten frühzeitig eingestellt werden. Dupéron bestätigte das Auftreten der frühkindlichen Karies vor allem bei Kindern aus sozial niedrigen Schichten. Das Vorhandensein von Plaque an den labialen Flächen der oberen Schneidezähne bei 2-jährigen Kindern wird als erstes klinisches Zeichen einer frühkindlichen Kariesgefährdung angesehen. Grindefjord et al. ermittelten auf der Grundlage einer prospektiven Langzeitstudie für die Kariesentwicklung vor dem 30. Lebensmonat ein erhöhtes Risiko bei hoher Besiedlungsrate der kindlichen Mundhöhle mit Mutans-Streptokokken bei Immigrantensstatus, bei niedrigem Bildungsstand der Mutter sowie bei hohem Konsum von zuckerhaltigen Getränken und Süßigkeiten. Die Wahrscheinlichkeit der frühkindlichen Kariesentwicklung be-

trug 87 %, wenn die genannten Faktoren sich alle bereits im 1. Lebensjahr des Kindes manifestiert hatten. Nach eigenen Untersuchungen entwickeln Kinder eine frühe Milchzahnkaries, wenn sie bereits Mutans-Streptokokken in ihrer Mundhöhle beherbergen und mit der Flasche Tag und Nacht gesüßte Getränke zu sich nehmen können. Angaben zur Häufigkeit der frühkindlichen Karies in Deutschland liegen zwischen 4 und 32 %. Nach den Ergebnissen einer Longitudinalstudie an 30 Monate alten Kindern aus Erfurt waren zur Basisuntersuchung noch 81,9 % primär gesund. Allerdings hatte von ihnen bereits mehr als ein Drittel (37 %) eine Initialkaries entwickelt. Eine Dentinkaries wurde bei 18,1 % der Probanden festgestellt. Die Kariesverbreitung betrug 0,63 DMFT (DT: 0,48; MT: 0,04; FT: 0,11) bei einer Variation zwischen 1 und 13 DMF-Zähnen. In der nach zwei Jahren, im Jahre 2002, durchgeführten Wiederholungsstudie wurden ein signifikanter Abfall primär gesunder Kinder um 24 % und ein um das Dreifache angestiegener Kariesbefall registriert. Der DMFT-Index der Kinder stieg während der zwei Jahre signifikant von 0,4 auf 1,2 an. Die klinischen Ergebnisse dieser Studie korrelierten mit einer Vielzahl von Faktoren aus dem sozialen Umfeld und mit dem Gesundheitsverhalten.

Epidemiologisches Profil

Das gehäufte Auftreten der frühkindlichen Karies beeinflusst die epidemiologische Situation der Vorschul Kinder in ungünstiger Weise. Das geht beispielsweise aus einer Untersuchung von 2- bis 6-Jährigen aus Thüringen hervor, die im Rahmen einer Evaluation zur Gruppenprophylaxe durchgeführt wurde. Zwischen den Schuljahren 2000/01 und 2004/05 stieg die Karies kontinuierlich an (Abb. 8). Während der DMFT-Wert im Jahr 2000/01 bei 2- bis 3-Jährigen bei 0,46 lag, betrug er im Jahr 2004/05 be-

reits 0,65. Bei den 4-Jährigen hatten sich die analogen Werte im Beobachtungszeitraum von 1,01 auf 1,34 DMFT erhöht. Eine ähnliche Entwicklung trat in der Mundgesundheit der 5- und 6-Jährigen ein. Die DMFT-Werte der 5-Jährigen stiegen von 1,5 im Jahr 2000/01 auf 1,87 im Jahr 2004/05 und die der 6-Jährigen von 2,05 auf 2,32. Mit der angestiegenen Kariesverbreitung war auch ein Rückgang im Anteil kariesfreier 2- bis 6-Jähriger von 66 % auf 62 % zu verzeichnen. Hinzu kommt, dass im Schuljahr 2004/05 lediglich 9,3 % der untersuchten Vorschul Kinder ein kariessaniertes Gebiss hatten, während mehr als 28 % einen kariesbedingten Behandlungsbedarf aufwiesen (Abb. 9a - e). Von diesen Durchschnittsergebnissen hebt sich ein noch ungünstigerer Mundgesundheitszustand der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko ab. So berichteten Borutta et al. über die Kariesverbreitung von 2- bis 4-jährigen Vorschulkindern aus Kindertagesstätten, die nach den DAJ-Kriterien als „Risikoeinrichtungen“ galten. Vor Einführung eines Präventionsprogramms zur Intensivprophylaxe in diesen „Risikoeinrichtungen“ betrug die Kariesverbreitung aller 2- bis 4-jährigen Kinder 1,46 DMFT. Dabei lag die Variationsbreite bei den 2- und 4-Jährigen zwischen je 1 bis 17 und bei den 3-Jährigen zwischen 1 bis 14 DMF-Zähnen. Im Verlauf von zwei Jahren konnten durch den Einsatz von Fluoridlacken signifikante Kariesreduktionen von mehr als 55 % erreicht werden. Demgegenüber erhöhte sich die Kariesverbreitung in der Kontrollgruppe um mehr als das Dreifache von ursprünglich 1,0 DMFT auf 3,16 DMFT. Jüngste Erhebungen, ebenfalls aus dem Thüringer Raum, von Erstklässlern mit erhöhtem Kariesrisiko aus Erfurt und Jena (n = 257) des Schuljahres 2005/06 bestätigten die hohe Kariesverbreitung von 3,91 DMFT. Dabei hatten die Kinder aus Jena durchschnittlich sogar 4,18 und die



Abb. 4: Kariöse Zerstörung an den postnatal gebildeten Schmelzarealen oberhalb der Neonatallinie.



Abb. 5: Wenn die zahnschädigenden Trinkgewohnheiten zwischen dem 1. und 2. Lebensjahr nicht geändert werden, erkranken auch die übrigen Zähne in der Folge ihrer Durchbruchzeit.



Abb. 6: Totale kariöse Zerstörung der oberen Frontzähne mit entzündlichen Veränderungen am marginalen und apikalen Parodont eines 3-jährigen Patienten.

aus Erfurt 3,66 DMF-Zähne. Der Kariesbefall im bleibenden Gebiss war mit je 0,1 DMFT in beiden Populationen relativ gering. Kariesfrei in beiden Dentitionen waren 28,4 % der Kinder in Erfurt und nur 14,6% in Jena. Mehr als die Hälfte aller Kinder hatte einen kariesbedingten Behandlungsbedarf.

Repräsentative epidemiologische Daten aus Deutschland weisen zwar – bezogen auf die einzelnen Bundesländer – auf einen Kariesrückgang im Milchgebiss 6- bis 7-jähriger Erstklässler zwischen 11 und 31,9% im zurückliegenden Jahrzehnt hin, aber die Kariesprävalenz bei diesen Kindern war immer noch recht hoch (Tab. 1). Die DMFT-Werte lagen im Jahr 2004 in den Bundesländern zwischen 1,6 (Baden-Württemberg) und 2,9 (Sachsen-Anhalt). Der Durchschnittswert für alle Bundesländer hatte sich von 2,89 im Jahr 1994/95 auf 2,16 DMFT im Jahr 2004 verringert. Daneben kam es zwischen 2000 und 2004 in mehreren Bundesländern zu einem geringen Anstieg der Karies, während der Rück-

gang in anderen Bundesländern auch nur minimal bzw. nicht nachweisbar war. Darüber hinaus reflektieren die Daten zwar einen geringen Anstieg in der Sanierungsleistung während des letzten Jahrzehnts, aber demgegenüber blieben 45 bis 60% der kariösen Milchzähne im Jahr 2004 unversorgt. Ähnliche Ergebnisse wurden aus regionalen Studien berichtet.

Wichtigster Indikator für die Mundgesundheit im Milchgebiss ist die Kariesfreiheit. Auf der Grundlage der WHO-Indikatoren für die Mundgesundheit bis zum Jahre 2000 hatte die Bundeszahnärztekammer als Ziel für 6-Jährige 60% Kariesfreiheit vorgegeben. Dies wurde bis zum Jahr 2000 in keinem Bundesland erreicht, wengleich Baden-Württemberg mit 57% und Schleswig-Holstein mit 59% diesem Ziel sehr nahe kamen. Selbst im Jahr 2004 lagen die entsprechenden Werte immer noch unter der Vorgabe und schwankten zwischen 34,9% (Sachsen-Anhalt) und 59,6% (Baden-Württemberg). Neben den relativ hohen Kariesprävalenzangaben

zeigten die einzelnen Anteile der DMFT-Werte, dass mit 45 bis 60% der DT-Wert deutlich über den FT- und MT-Werten lag.

I Fazit

Wird versucht, eine allgemeine Aussage über die Mundgesundheit von Vorschulkindern zu formulieren, so kann zunächst bestätigt werden, dass sich auch im Milchgebiss ein Kariesrückgang über die letzten zehn Jahre in Deutschland vollzogen hat. International und national gibt es aber Hinweise für eine Stagnation bzw. für einen Wiederanstieg der Karies. Darüber hinaus sind die durchschnittlichen DMFT-Werte immer noch zu hoch. Ein DMFT-Wert von 1 bei 5-Jährigen scheint erreichbar zu sein. Dies zeigten im EU-Vergleich die Ergebnisse aus Stockholm und Valencia. Obgleich repräsentative Aussagen zur Kariespolarisierung im Milchgebiss in Deutschland fehlen, bestätigten die nach den DAJ-Kriterien vorgenommenen Einstufungen auf regionaler Basis, dass ca. 17 bis 18% der Vorschulkinder ein erhöhtes Kariesri-

ANZEIGE

Von wegen Erreger...

PerioChip® macht Schluss mit Parodontitis.

Studien belegen die herausragende Wirkung von PerioChip® im Zusammenspiel mit Ihrer PZR – durch etwa 73% bessere Heilungschancen. Ihre Patient(inn)en werden es Ihnen danken - und zwar im Quartals-Recall.

PerioChip® – nie gehört? Na dann wird's aber höchste Zeit. Infos an unserer gebührenfreien **Hotline: 0800 - 284 3742** oder unter www.periochip.de





Abb. 7: Finalstadium der frühkindlichen Karies mit Befall aller Milchzähne.

siko haben. Unzureichend ist von vielen Autoren die Sanierungsleistung eingestuft worden. Die beleuchtete Situation bei Vorschulkindern zwingt zu verstärkten Anstrengungen, den negativen Trend in der Mundgesundheit von Vorschulkindern umzukehren. Die bekannte Trias der primären Kariesprävention (Mundhygiene, Fluoridierung und Ernährungsberatung) hat dabei nach wie vor volle Gültigkeit. Das Problem ist aber die Umsetzbarkeit bekannter Präventionsmaßnahmen. Neben der häuslichen Betreuung, die bei Kleinkindern die Eltern übernehmen müssen, stellt sich die Frage nach differenzierten Prophylaxestrategien insbesondere für die Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko. Zwar ist mit dem erweiterten § 21 im SGB V ein gesetzlicher Rahmen zur Durchführung der Intensivprophylaxe in den sogenannten Risikoerichtungen gegeben, aber dennoch ist der Realisierungsgrad dieser differenzierten Programme gegenwärtig äußerst gering. Selbst die Basisprävention innerhalb der Gruppenprophylaxe erreicht längst nicht alle Kinder.

Nach dem Gutachten der epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2000 waren mehr als die Hälfte aller 12-Jährigen nicht in die Gruppenprophylaxe involviert. Die Eltern von knapp $\frac{3}{4}$ aller Erstklässler verneinten das tägliche Zähneputzen mit fluoridhaltigen Zahnpasten im Jahr vor der Befragung im Rahmen der Gruppenprophylaxe, also zu einer Zeit, in der die Kinder noch im Kindergarten waren. Dem steht allerdings die Aussage der jugendzahnärztlichen Dienste gegenüber, wonach wenigstens 26 % der Kinder im Kindergarten ihre Zähne mit fluoridhaltiger Zahnpaste reinigten. Die Eltern bestätigten für knapp zwei Drittel

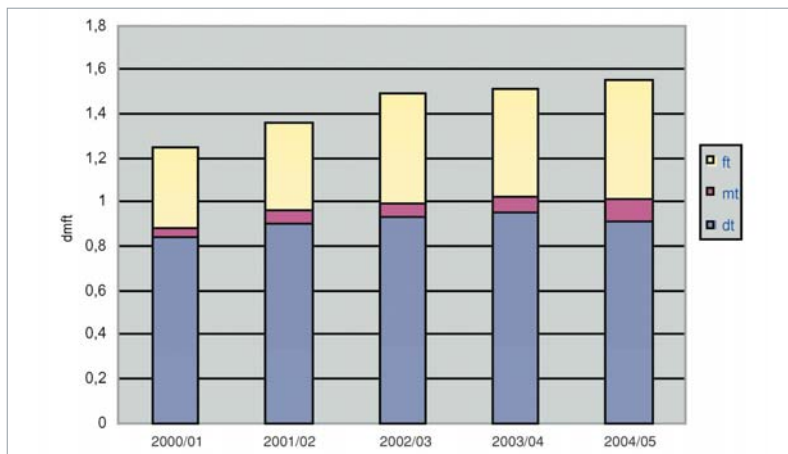


Abb. 8: Veränderungen in der Kariesprävalenz (DMFT) zwischen 2000/01 und 2004/05 bei 2- bis 6-jährigen Vorschulkindern aus Thüringen. Neben einem jährlichen Anstieg der Kariesprävalenz (DMFT) ist auch der hohe Anteil kariöser, unbehandelter Zähne (DT) in allen Untersuchungsjahren zu erkennen.

der 6- bis 7-Jährigen ein hinsichtlich der Frequenz adäquates Zahnputzverhalten. Mehr als 91 % verwendeten der Befragung zufolge eine fluoridhaltige Zahnpaste. Mit Ausnahme des Fluoridsalzes wurde die Anwendung weiterer Fluoride (systemisch und lokal) für nahezu alle Kinder verneint. Lediglich 9,8% der Schulanfänger verwendeten im Kindergarten Fluoridgelee (z. B. elmex gelée). Eine Intensivprophylaxe wurde für 2,6 % der 6- bis 7-Jährigen bestätigt. Diese alarmierenden Aussagen haben sich mit hoher Wahrscheinlichkeit bis heute nicht wesentlich verändert. Die personelle Situation in der Gruppenprophylaxe und im öffentlichen Gesundheitsdienst ist eher noch schlechter geworden, sodass sich die für jedes Kind im Rahmen der Gruppenprophylaxe geforderten Prophylaxeimpulse möglicherweise noch verringert haben.

Eine Neuorientierung in der präventiven Betreuung von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko ist erforderlich. Wesentlich dabei ist eine verstärkte Aufklärung für Schwangere und junge Mütter über die Vermeidung der frühkindlichen Karies. Dieses Problem konnte bislang trotz bekannter Vorsorgemöglichkeiten für Klein- und Vorschulkindern (U2 bis U9, Individualprophylaxe, Gruppenprophylaxe) nicht gelöst werden. Ständig steigende Prävalenzangaben dieser Kariesform fordern eine Public-Health-Strategie, die von breiten Kreisen im Gesundheits- und Sozialwesen verantwortungsvoll umgesetzt werden muss. Untersuchungen zur mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität an Kindern zeigten, dass ein nicht unbeträchtlicher Anteil der Kinder, aber auch indirekt der El-

tern durch Probleme im kindlichen Mundbereich in ihrer Lebensqualität eingeschränkt waren, und bestätigten, dass die zahnärztliche Prävention einen weit über die Mundhöhle hinausgehenden Einfluss auf soziale und psychische Ebenen ausübt. Würde eine signifikante Reduktion der frühkindlichen Karies gelingen, wäre damit auch ein gesundheitsorientiertes Verhalten der Eltern gegenüber ihren Kleinkindern bestätigt. Die ersten mundhygienischen Maßnahmen müssen im Elternhaus erfolgen. Mit Durchbruch der ersten Zähne müssen Eltern beginnen, dem Kind die Zähne mit einer fluoridhaltigen Kinderzahnpaste zu putzen. Der Handel stellt dafür alle Hilfsmittel (z. B. elmex Kinderzahnpasta, elmex Lern-Zahnbürste) zur Verfügung. Es empfiehlt sich, eine Lernzahnbürste mit weichen synthetischen Borsten zu verwenden. Viele Bürsten haben im Borstenfeld auch eine Dosierhilfe für die höchstens erbsengroße Menge von Kinderzahnpaste (500 ppm F-Gehalt). Das tägliche Putzen durch die Eltern überträgt sich nachhaltig auf das kindliche Verhalten und sollte durch die Erziehung in den Vorschuleinrichtungen im Rahmen der Gruppenprophylaxe weiter unterstützt und intensiviert werden.

Neben der Mundhygiene und der Fluoridierung ist die Ernährungslenkung für Eltern, Erzieher und Kinder wichtig. Die frühe und wiederholte Aufklärung der Schwangeren bzw. jungen Mutter über die Gefahr eines exzessiven Konsums zucker- und/oder säurehaltiger Getränke aus der Babyflasche für die Zahngesundheit ihres Kindes sollte bereits während der Schwangerschaft und anschließend bei den ärztlichen

tipp

Eine Literaturliste kann in der Redaktion angefordert werden.

Vorsorgeuntersuchungen (U2 bis U9) des Kleinkindes erfolgen. Dabei muss insbesondere auf die schädigende Wirkung bei häufigen und vor allem nächtlichen Einnahmen derartiger Getränke hingewiesen werden. Die größte Gefahr für die Entstehung der frühkindlichen Karies und erosiver Veränderungen an der Zahnhartsubstanz besteht des Nachts, da während dieser Zeit die Speichelsekretion nahezu eingestellt ist.

Viele Mütter verabreichen ihren Kindern mit Wasser verdünnte Säfte, um vermeintlich die Kariogenität zu verringern. Gleichwohl ist dies auch keine Alternative, wenn nicht die Häufigkeit der Aufnahme reduziert wird. Als Durstlöcher und zur Beruhigung sollten nicht kariogene Getränke (ungesüßte Tees, stilles Mineralwasser oder Leitungswasser) empfohlen werden. Auch der Hinweis an die Mütter, dass mit etwa einem Jahr die Flasche durch eine Tasse oder ein Trinkglas ersetzt werden soll, ist wichtig. Das Trinken von zucker- und /oder säurehaltigen Getränken aus der häufig pro-

pagierten Trinklerntasse kann gleichfalls zu Zahnschäden führen. Ein solches Gefäß sollten die Kinder nur wenige Wochen und keineswegs zum Dauergebrauch benutzen. Neben den kariogenen Getränken sollten den Klein- und Vorschulkindern auch zuckerhaltige Süßigkeiten aller Art möglichst nicht als Zwischenmahlzeit angeboten werden, da sonst neben den Frontzähnen auch die Molaren an Karies erkranken können. Ziel der Ernährungslenkung muss außerdem die Erziehung zu einem gesundheitsfördernden Ernährungsverhalten sein. Unregelmäßiges Essen und das Auslassen von Frühstück oder anderen Mahlzeiten stehen in Zusammenhang mit häufigen kariogenen Zwischenmahlzeiten und einer erhöhten Kariesprävalenz bei 2- bis 5-jährigen Kindern.

Bei der Intensivierung der Gruppen- und Individualprophylaxe für Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko müssen neben einer regelmäßigen Zahn- und Mundhygiene und Ernährungsberatung ergänzende Fluoridierungsmaßnahmen angewendet

werden. Den Zahnärzten steht dafür die Leitlinie „Fluoridierungsmaßnahmen“ zur Verfügung, in der die Indikation, Fluoridpräparate und ihre Anwendung beschrieben sind.

Die Neuorientierung für die Risikobetreuung muss auch durch eine optimierte zahnärztliche Sanierungsleistung begleitet werden. Bisherige Defizite resultieren vor allem daraus, dass Mütter Initialläsionen bei ihren Kleinkindern nicht erkennen und daher nicht rechtzeitig einen Zahnarzt aufsuchen. Liegt bereits eine Defektkaries vor, ist die Behandlung von Kleinkindern mit erhöhtem Kariesbefall wegen ihrer geringen Compliance in der zahnärztlichen Praxis häufig nicht möglich und kann nur unter allgemeiner Anästhesie durchgeführt werden. Insofern muss nach neuen Wegen gesucht werden, wie die Gesundheitsberatung von Müttern verstärkt bzw. optimiert werden kann, damit Klein- und Vorschulkinder mit kariösen und unsanierten Gebissen in Zukunft nur noch eine Ausnahme sind. |

ANZEIGE

1 / 2

ANZ

Zhermack

Hypnoakupunktur bei Kindern

| Dr. Gisela Zehner

Akupunktur und Akupressur sind eine wertvolle Ergänzung zur Hypnosezahnbehandlung bei Kindern. Lesen Sie im folgenden Artikel, wie die „Hypnoakupunktur“ – die Kombination von Akupunktur mit medizinischer Hypnose – in der Kinderzahnarztpraxis effektiv angewandt werden kann.

Manche Patienten sind nicht in der Lage, während der Zahnbehandlung loszulassen und sich zu entspannen. Sei es aus Aufregung und Angst vor der Behandlung, weil sie sehr sensibel und schmerzempfindlich sind, oder auch wegen eines sehr starken Würgereizes – die Ursachen können unterschiedlich sein. Eine Hypnosezahnbehandlung ist bei ihnen kaum möglich, und vor allem Kinder sind häufig einer zahnärztlichen

deut und der Patient ruhiger und ausgeglichener werden. So ist es ihm leichter möglich, in Trance zu gehen, sich auf innere Bilder zu konzentrieren und sich somit von der Zahnbehandlung zu dissoziieren (Abb. 2 und 3).

Als Kinderzahnärztin verwende ich zur Stimulierung der Akupunkturpunkte vorwiegend Akupressur oder Laserpunktur und nur selten Nadeln. Lediglich bei Jugendlichen und Erwachsenen kommt die eigentliche Akupunktur zum

Ben zusätzlichen Zeitaufwand eine effektive Unterstützung der Hypnosezahnbehandlung möglich. Wir verwenden deshalb Punkte an den Händen (Abb. 7 und 8), den Unterarmen (Abb. 6), im Gesicht (Abb. 4) oder auch am Kopf (Abb. 5).

Im Folgenden werden die wichtigsten Akupunkturpunkte und ihre Indikation bei der Zahnbehandlung kurz vorgestellt. Diese kleine Auswahl an Punkten erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. In meiner Praxis wenden wir sie seit einigen Jahren an und haben festgestellt, dass durch eine solche Begleitbehandlung bei vielen Patienten eine Tranceeinleitung und Hypnosebehandlung überhaupt erst möglich wurde. Alle Punkte haben bereits eine sehr gute Wirkung bei der Akupressur mit Kugelpflastern oder bei einfacher Druckmassage mit dem Fingernagel. Durch Laserpunktur oder Nadeln kann die Wirkung natürlich noch intensiviert werden.

| Beruhigung und Anxiolyse

Als wichtigster Akupunkturpunkt mit psychisch ausgleichender Wirkung, besonders bei Angst, ist der Punkt Pe 6



Abb. 1: Unruhiges, ängstliches und schmerzempfindliches Kind verweigert die Behandlung.



Abb. 2: Der Mutter wird Akupressur mit Kugelpflastern bei Pe 6 und Di 4 gezeigt.



Abb. 3: Mit Akupressur an Pe 6 und Di 4 durch die Mutter wird eine entspannte Hypnosezahnbehandlung möglich.

Behandlung überhaupt nicht zugänglich (Abb. 1).

Durch Akupunktur, Akupressur oder Laserpunktur kann die Schmerzempfindlichkeit verringert, der Würgereiz gelin-

Einsatz. Allerdings wird auch von diesen Patienten, vor allem wenn sie sehr ängstlich sind, die sanfte Reizung der entsprechenden Punkte durch Akupressur oder Laserpunktur besser akzeptiert und ist ebenfalls sehr wirksam.

| Auswahl der Punkte

Zur Hypnoakupunktur während der Zahnbehandlung eignen sich Körperakupunkturpunkte, die für den Zahnarzt, die Helferin oder die Begleitperson des Kindes gut zu erreichen sind. Nur mit solchen Punkten ist ohne gro-

auf der Unterarmmitte, drei Querfinger unter der Handgelenkebeugefalte, zu nennen (Abb. 6). In seiner Wirkung kann er noch durch den Punkt Pe 7 auf der Mitte der Handgelenkebeugefalte unterstützt werden.

Ebenfalls an der Unterarminnenseite liegt der Punkt He 7, ein allgemein sedierend und anxiolytisch wirkender Punkt. Er wird von den Chinesen auch als „Shen Men“ oder „Tor der Geisteskraft“ bezeichnet. Seine Wirkung kann durch den Punkt He 5 unterstützt werden.

[kontakt]

Dr. med. Gisela Zehner
 Fachärztin für Kinderzahnheilkunde
 Robert-Brauner-Platz 1
 44623 Herne
 E-Mail: dr.zehner@t-online.de
 www.milchzahnarzt.de



Abb. 4: Kugelpflaster an KG 24 gegen den Würgereiz.

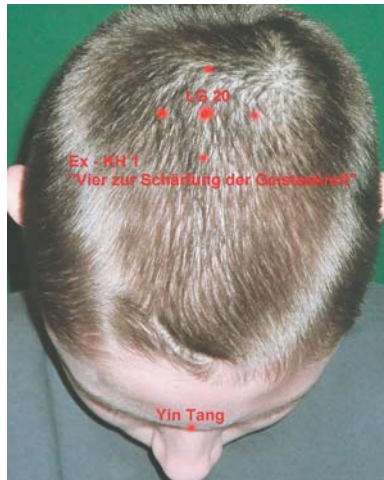


Abb. 5: Beruhigungspunkte am Kopf.

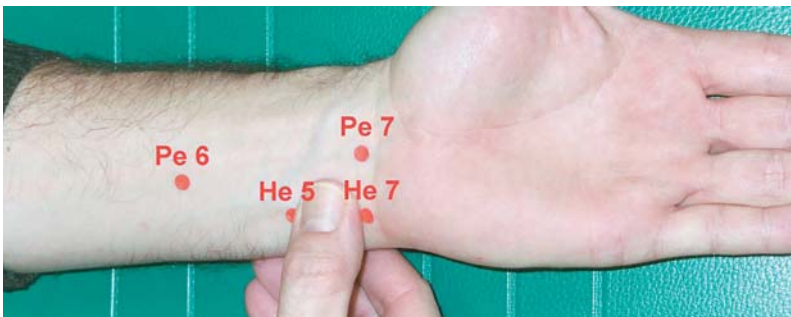


Abb. 6: Die Punkte Pe 6, Pe 7, He 5 und He 7 zur Beruhigung.

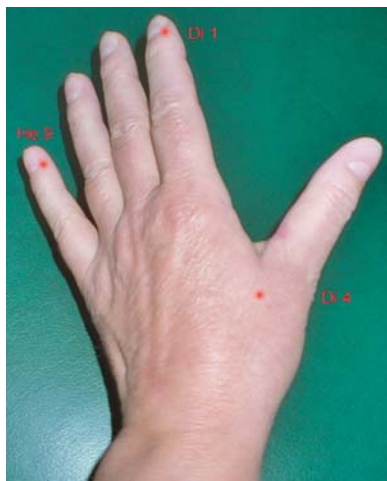


Abb. 7: Die Punkte Di 1+Di 4 gegen Schmerzen.



Abb. 8: Der Punkt Dü 3 zur Spasmolyse.

Am Kopf befindet sich als ein herausragender Beruhigungspunkt der LG 20. Unterstützt wird er durch vier Extrapunkte, die von den Chinesen „Vier zur Schärfung der Geisteskraft“ genannt werden. Sie befinden sich jeweils eine Daumenbreite (1 cun) vor, neben und hinter LG 20 (Abb. 5). Ein weiterer Beruhigungspunkt ist der „Yin Tang“, der in der Mitte zwischen den Augenbrauen

liegt. Diese Punkte können zur Beruhigung während der Zahnbehandlung akupressiert werden.

| Schmerzlinderung

Di 4 ist der wichtigste Analgesiepunkt in der Akupunktur mit Wirkung auf den ganzen Körper, er ist an der Hand für den Zahnarzt und auch für den Patienten selbst während der Zahnbehand-

lung gut zugänglich. Ebenfalls auf dem Dickdarmmeridian liegt der „Meisterpunkt für Zahnschmerzen“ Di 1 (Abb. 7).

Dü 3 am Ende der langen Handflächenbeugefalte ist als Fernpunkt für Halswirbelsäulenbeschwerden gegen Lumbago und zur Spasmolyse bekannt. Über diesem Punkt bis zum nächsten Faltenende (Punkt Dü 2) befindet sich ein Areal zur Linderung von Kiefergelenksbeschwerden, die auch erfolgreich mit Ohr- oder Mundakupunktur behandelt werden können.

Der bereits bekannte übergeordnete Punkt Pe 6 ist als hervorragender Schmerzpunkt ebenfalls bei jeder Schmerzakupressur mit einzusetzen.

| Linderung des Würgereflexes

Patienten mit sehr ausgeprägtem Würgereiz sind meistens ganz besonders dankbar, wenn wir ihnen mit Hypnoakupunktur helfen, die Zahnbehandlung oder den Abdruck eines Kiefers auszuhalten, ohne wie gewohnt stark würgen zu müssen. Sie sind häufig nicht einmal in der Lage, ihre Zähne im Molarenbereich gründlich zu putzen, weil der Würgereflex dann sofort einsetzt. KG 24 ist der Hauptpunkt gegen Würgereiz (Abb. 4). Er liegt am Kreuzungspunkt der Mentolabialfalte mit der Mittellinie des Gesichtes. Es hat sich in unserer Praxis bewährt, diesen Punkt allen Patienten mit starkem Würgereiz zur Stimulierung mit dem Fingernagel zu zeigen. So kann durch Akupressur auch das tägliche Zähneputzen enorm erleichtert werden.

Werden Abdrücke für Zahnspangen oder Kinderprothesen genommen, wird dieser Punkt bei unseren Patienten routinemäßig mit einem Kugelpflaster beklebt und während der Behandlung kräftig stimuliert. Bei unruhigen Kindern wird neben KG 24 auch LG 20 mit den zugehörigen Extrapunkten während der Abdrucknahme akupressiert (Abb. 9 und 10). Wird der übergeordnete Punkt Pe 6 zusätzlich mit akupressiert, erreicht man eine Verstärkung der Wirkung, denn neben der psychischen Harmonisierung bringt er auch Linderung bei Übelkeit und Erbrechen (Seekrankheitspunkt). Jugendliche und Erwachsene werden



Abb. 9: Abdruck mit Akupressur gegen Würgereiz und zur Beruhigung.



Abb. 10: Akupressur von KG 24, LG 20 und den Extrapunkten bei der Abdrucknahme.

auch am Punkt KG 24 häufig mit einer dünnen Nadel akupunktiert, die während der Zahnbehandlung belassen wird. Die Nadel kann man im rechten Winkel nach unten umbiegen, um eine Berührung bei der Behandlung zu vermeiden.

| Akupressur

Bei Kindern ist nach unserer Erfahrung Akupressur in den meisten Fällen völlig ausreichend, um die gewünschte Wirkung zu erreichen. Wir verwenden dafür kleine Kugelpflaster mit Metall- oder Samenkügelchen, die auf die entsprechenden Akupunkturpunkte geklebt werden. Während der Zahnbehandlung können die Akupunkturpunkte an der Hand und am Unterarm entweder vom Patienten selbst oder bei Kindern von einer Begleitperson, meistens der Mutter, durch Druckmassage stimuliert werden (Abb. 11).

Das Massieren der Punkte durch die Bezugsperson des Kindes hat gleichzeitig noch die positive „Nebenwirkung“, dass durch die verstärkte Zuwendung ein gutes Gefühl von Geborgenheit und Um-sorgtsein beim Kind erzeugt wird.

Die Aufgabe, abwechselnd verschiedene Punkte zu massieren, erfordert volle Konzentration der Begleitperson (Abb. 12). So wird ein negativer Einfluss durch Angstübertragung oder zu starke Mutter-Kind-Beziehung vermieden. Von der Zahnarzthelferin werden die Punkte KG 24 und LG 20 mit Extrapunkten während der Hypnosezahnbehandlung abwechselnd akupressiert (Abb. 13 und 14). Einige dieser Punkte kann der kleine Patient je nach Ausprägung der entsprechenden Symptomatik auch zu Hause noch eine Zeit lang bis zur nächsten Behandlung stimulieren (z. B. Pe 6 und He 7 bei aufgeregten, unruhigen und ängstlichen Kindern). Dabei ist allerdings eine genaue Instruktion der Eltern über die Anwendung der Kugelpflaster erforderlich. Eine tägliche Kontrolle auf richtige Platzierung der Kugel und zur Vorbeugung von Entzündungen ist dringend anzuraten.

| Laserpunktur

Wenn die Akupressur keine befriedigende Wirkung zeigt, ist bei Kindern und empfindlichen Erwachsenen der Einsatz eines Akupunktur-Softlasers zur Stimulierung der Akupunkturpunkte sehr wirkungsvoll.

In der Zahnarztpraxis sind für eine Behandlung mit dem Softlaser neben den Körperakupunkturpunkten auch die Mikrosysteme am Ohr und im Mund (Mundakupunktur nach Dr. Gleditsch) bestens geeignet, da sie für den Zahnarzt gut zugänglich sind. Eine Stimulation von Punkten dieser MAPS (Mikroakupunkturssysteme) lindert oft sekundenschnell die Beschwerden des Patienten. Das kann insbesondere bei pulpitischen und neuralgischen Beschwerden, bei Dentitio difficilis mit Kieferklemme oder bei Myoarthropathien genutzt werden.

Patienten mit ausgeprägter Kiefergelenksymptomatik oder auch mit sehr starkem Würgereiz sind häufig in einer schlechten psychischen Verfassung, die durch Behandlung von entsprechenden Ohrakupunkturpunkten mit dem Laser (z. B. Shen Men, PT I – IV, Jerome) gebessert werden kann. Der Laser eignet sich im Übrigen auch hervorragend zur Verbesserung der Wundheilung nach Zahnextraktion und zur Behandlung von Aphthen oder Herpes labialis. In meiner Praxis wird ein Handylaser mit einer

Claridentis verbindet moderne Qualitätsmedizin mit der Stärkung Ihrer beruflichen Freiheit



- Gutes Geld für gute Leistung
- Vorteilhafte Positionierung am Markt
- Papierlose Abrechnung und Genehmigung durch innovative IT-Lösungen

Informationen und Anmeldung unter:

www.claridentis.de



CLARIDENTIS

Die integrierte Versorgung in der Zahnmedizin

Wellenlänge von 785 nm und eine Leistung von 50 mW verwendet, mit dem die Akupunkturpunkte je nach Alter des Patienten 3 bis 6 Sekunden stimuliert werden.

Bei der Hypnoakupunktur werden ängstliche, schmerzempfindliche und unruhige Kinder oder Patienten mit starkem Würgereiz vor der Zahnbehandlung über die entsprechenden Ohr- und Körperakupunkturpunkte mit dem Laser behandelt. Währenddessen können die kleinen Patienten bereits mit unterschiedlichen kindgerechten Hypnoseinduktionsverfahren in Trance versetzt werden. Während der eigentlichen Zahnbehandlung ist dann die Akupressur einiger Körperpunkte mit Kugelpflastern noch zusätzlich möglich.

Besonders eindrucksvoll ist die Wirkung dieser Kombination von Akupressur/Laserpunktur und Hypnose bei Patienten mit starkem Würgereiz. Für solche Patienten kann jede Zahnbehandlung zur Qual werden! Sie sind ganz besonders erleichtert, wenn sie durch die Hypnoakupunktur plötzlich keinen Würgereiz mehr verspüren und ganz entspannt eine Behandlung erleben können (Abb. 15 und 16).

Viele Patienten berichten nach einer solchen Akupunkturbehandlung von einer lang anhaltenden Besserung des Würger reflexes auch bei der häuslichen Zahnpflege.

Die Eltern sind oft ganz beeindruckt von der harmonisierenden Wirkung der Laserbehandlung und berichten uns, dass ihr Kind danach auch allgemein ausgeglichener und umgänglicher geworden ist. Sogar eine deutliche Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit und somit auch der schulischen Leistungen wurde bei einigen Kindern nach der Laserpunktur festgestellt, vor allem wenn psychisch ausgleichende Punkte oder Beruhigungspunkte gelasert wurden (z. B. LG 20 mit Extrapunkten). Diese Angaben sind allerdings nur sehr individuell zu werten.

| Fazit

Hypnoakupunktur ermöglicht nicht nur dem Patienten eine angenehme Zahnbehandlung, sondern ist auch für den Behandler und das gesamte Praxisteam eine Bereicherung. Diese Kombination von Hypnose und Akupunktur bzw. Akupressur trägt wesentlich zur



Abb. 11: Mutter akupressiert Di 4 und Pe 6.



Abb. 12: Während der Hypnosezahnbehandlung konzentriert sich die Mutter auf die Akupressur von Di 1 + 4.



Abb. 13: Akupressur von KG 24 durch Helferlin während der Behandlung.



Abb. 14: Die Zahnarthelferin akupressiert während der Hypnosezahnbehandlung je nach Bedarf KG 24 oder LG 20.



Abb. 15: Laserpunktur an KG 24 und Akupressur von LG 20.



Abb. 16: Hypnosezahnbehandlung ohne Würgereiz nach der Laserpunktur.

Optimierung des Behandlungsablaufes bei und lässt den Zahnarzt und das gesamte Behandlungsteam entspannt und stressfrei arbeiten.

Mit Laserpunktur vor der Zahnbehandlung und unter Therapie begleitender Akupressur ist selbst bei hochsensiblen und empfindlichen Patienten sowie Kindern, die sich sonst während der Behandlung nicht entspannen konnten und in Narkose behandelt werden

mussten, eine länger dauernde erfolgreiche Zahnbehandlung in Hypnose möglich. |

Literatur

- Dünninger P: Hypnose und Akupunktur – Gegensatz oder Ergänzung? Experimentelle und klinische Hypnose XII (1), 23–36, 1996.
- Einwag J, Pieper K: Kinderzahnheilkunde. 2. Auflage (Praxis der Zahnheilkunde Band 14), Urban und Fischer Verlag, München, Jena 2002.
- Gleditsch, Jochen M.: MAPS MikroAkuPunkt-Systeme. Hippokrates Verlag, Stuttgart 2004.
- Hecker HU, Steveling A, Peuker E, Kastner J, Liebchen K: Taschenlehrbuch der Akupunktur. Hippokrates Verlag, Stuttgart 1999.
- Pothmann R, Meng AC: Akupunktur in der Kinderheilkunde. 2. Auflage, Hippokrates Verlag, Stuttgart 2002.
- Splieth C: Kinderzahnheilkunde in der Praxis. Quintessenz Verlag, Berlin 2002.
- Zehner G: Hypnopunktur. Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose (DZzH) 26–31 (Nov. 2004).

PA-Behandlung bei jungen Patienten

| Dr. Hans Sellmann

Chlorhexidin ist in der modernen PA-Therapie ein unverzichtbares Therapeutikum. Besonders bei isoliert auftretenden Taschen kann damit vor allem auch bei jungen Menschen erfolgreich eine Therapie erfolgen. Optimal wird das Chlorhexidin durch den PerioChip® der Firma Dexcel Pharma freigesetzt.

Wohl kaum ein Anblick macht in der zahnärztlichen Praxis so betroffen wie der einer jugendlichen „NUG“. Geschwürig zerfallene Zahnfleischpapillen zeigen deutlich an, dass der junge Patient eine schwache Immunabwehr hat. Zuerst sollte dann getestet werden, welche Keime für das Zusammenbrechen der Balance des oralen Keimspektrums verantwortlich sind. Eine Antibiose mit einem Breitspektrumantibiotikum, eventuell sogar einer Kombination mehrerer Antibiotika, setzen wir ein, um drohenden Attachmentverlust und Knochenabbau zu stoppen. Und heilfroh sind wir, wenn nach kurzer Zeit der Patient wieder schmerzfrei essen kann und in der Lage ist, durch eine gute Mundhygiene die pathogenen Keime so weit zu reduzieren, dass der Körper mit seinen Selbstheilungskräften das Übrige tun kann. Adjuvant zu den Antibiotika werden wir dann auch orale Chemotherapeutika, effiziente Mundspül-Lösungen, vor allem Chlorhexidine, rezeptieren.

| Mundhygiene allein reicht nicht

Nur in den allerseltensten Fällen ist eine defizitäre Mundhygiene die Ursache für eine solch schwerwiegende orale Erkrankung. Und auch bei einer ausreichenden

Mundhygiene treten bei vielen Patienten bereits in jungen Jahren Parodontalerkrankungen auf. Die unspezifische Plauehypothese als Erklärung dafür hat bekanntlich ausgedient. Immer deutlicher zeichnet sich mittlerweile ab, dass der Krankheitsverlauf in großem Maß von der Abwehrkraft des Patienten bestimmt wird. Diese wiederum wird beeinflusst von genetischen Faktoren, Allgemeinerkrankungen und Lebensgewohnheiten. Solche Risikofaktoren lassen als Indikatoren Vorhersagen über das Fortschreiten der Parodontitis zu. Wenn das körperliche Immunsystem entsprechend analysiert werden könnte, kann dies für die Früherkennung von Parodontitis bedeutend sein. Im Umkehrschluss ließen sich so auch Hinweise z. B. auf Diabetes und Herz-Kreislauf-Probleme in der Zahnarztpraxis herausfinden. Vielleicht können wir sogar künftig durch gezielte Veränderungen der Immunabwehr frühzeitig den Verlauf einer Parodontitis beeinflussen?

| Knochenabbau in jungen Jahren

Ich möchte es für unsere Patienten beinahe als einen Segen bezeichnen, dass die „PSI“, das Screening der parodontalen Situation als „Grobraster“ für das Erkennen parodontaler Veränderungen als Kassenleistung eingeführt wurde. Sehr viel häufiger als früher, wo man lediglich mit dem klinischen Blick diagnostizierte und die Röntgenaufnahmen zum Erkennen des Verlaufs vom Limbus alveolaris aus Strahlenschutzgründen oder aus Budgetgründen nicht durchgeführt wurden, überrascht uns heute das tiefe „Versinken“ der Parodontalsonde in den Zahnfleischta-

schen auf den ersten Blick vermeintlich gesunder junger Menschen.

„Plauefrei – parodontal gesund?“ Prof. Dr. Ulrich Schlagenhauf aus Würzburg gibt auf diesen Mythos überraschende Antworten. Wie zahlreiche Studien belegen, hält regelmäßige Mundhygiene die Zähne plauefrei und verhindert Zahnfleischentzündungen. Entzündungen sind ja auch die Ursache für die Parodontitis. Und deswegen sollte man meinen, dass Menschen mit ausgezeichneter Mundhygiene nicht an ihr erkranken, oder? Neue Untersuchungen widerlegen diese Annahme aber zweifelsfrei! Die Ursache parodontaler Erkrankungen liegt nicht in einer schlechten Mundhygiene, sondern in einem gestörten Immunsystem des Mundraums. Bis zu einem gewissen Maß kann und muss zwar die mangelhafte Immunabwehr durch effektive Zahnpflege kompensiert werden. Wenn allerdings die Abwehr zu stark geschwächt ist, kann auch eine sehr gute Mundhygiene die Parodontitis leider nicht abwenden. Also ist nicht so sehr die völlige Beseitigung der Plaue als vielmehr ein professionelles Biofilmmangement gefordert.

| Systematische PA-Behandlung

Ich hatte bereits erwähnt, dass die PSI-Screening-Untersuchung ein wichtiges Instrument zur Früherkennung degenerativer PA-Erkrankungen bietet. Wenn sich bei diesem Test Besonderheiten ergeben, werden alle Taschen sondiert und gegebenenfalls eine Röntgenaufnahme angefertigt. Es ist erstaunlich, auf wie vielen dieser Aufnahmen dann isolierte Normabweichungen zu sehen sind. Manchmal haben wir sie zwar bereits klinisch im Sinne einer „aktiven“ Tasche diagnostiziert, häufig aber bleiben sie ohne die erweiterte Diagnostik verborgen. Aber was machen wir mit diesen isolierten Befunden? Müssen wir dann stets die ganze Latte der systematischen PA-Behandlung durchführen? Wenn wir nur einige wenige vertiefte Taschen haben, lohnt dann der Aufwand mit PA-Antrag etc.? Sicher kann aus dem BEMA die Exc2 bei der Therapie einer einzelnen Tasche herangezogen werden, aber haben Sie schon mal auf deren Abrechnungshäufigkeit und damit drohender Auffälligkeit bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen geschaut? Einem älteren Menschen können wir erfahrungsgemäß

[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



Die Einzelröntgenaufnahme des Behandlungsfalles 1: Tiefe singuläre Tasche mesial 13.

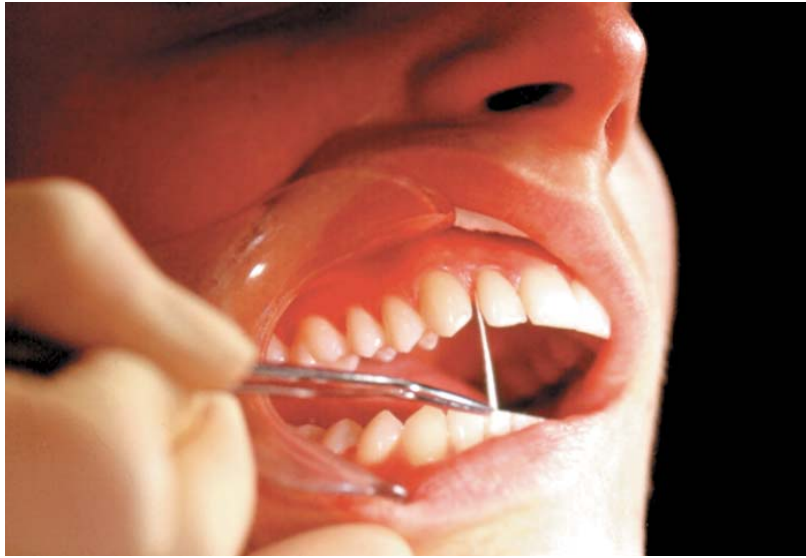
leichter eine systematische PA-Therapie verkaufen als einem jungen Patienten. Bei dem taucht häufiger die Frage auf „Gibt's denn da nicht etwas von...?“ Was antworten Sie darauf? Natürlich soll und muss eine effiziente Mundhygiene am Anfang einer Therapie parodontaler Auffälligkeiten stehen. Sie muss auch nach dem Therapieende weiter erfolgen. Manchmal aber, und da haben die jungen Patienten überhaupt nicht Schuld, ist das nicht ganz ausreichend. Vor allem bei isolierten Taschen kommen die Patienten da einfach nicht „rein“, um ein effektives Taschen- bzw. Biofilmmangement durchführen zu können.

Orale Chemotherapeutika

Ich hatte bereits die positive Wirkung oraler Chemotherapeutika erwähnt. Goldstandard ist nach wie vor das Chlorhexidinbis Digluconat. 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 Sulkus-Fluid-Rate. Die in der Zahnfleischtasche vorhandene Flüssigkeit (Sulkusfluid)

tipp

Informationen zum PerioChip® der Firma Dexcel Pharma, Abrechnungshinweise und Studien sowie ganz aktuell eine erläuternde CD und die Ergebnisse einer Qualitativen Patientenstudie erhalten Sie per E-Mail unter info@dexcel-pharma.de.



Probenentnahme zur Bestimmung der PA Markerkeime mit einer sterilen Papierspitze.

wird ungefähr 40-mal pro Stunde ersetzt. Daher wird die örtliche Konzentration eines selbst subgingival eingebrachten Wirkstoffes rasch reduziert. Die Firma Dexcel Pharma allerdings 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. In der Produktmonografie werden sehr eindrucksvoll die Ursachen für Entstehen, Fortbestehen und Rezidive von Parodontalerkrankungen nach dem neuesten wissenschaftlichen Stand sowie deren Therapien abgehandelt. Die Entwicklung von sogenannten „Local-Delivery-Devices“, die für eine kontinuierliche Freisetzung des Wirkstoffes über einen längeren Zeitraum und in genügend hoher Dosierung sorgen, hätten den gewünschten Erfolg gebracht. Die periodische Anwendung von Systemen mit lokalen Freisetzungsmechanismen habe das Ziel, die Taschentiefe zu reduzieren, den Attachment Level Loss zu reduzieren und die Blutungsneigung zu minimieren. Studien hätten gezeigt, dass die zusätzliche Anwendung lokal freigesetzter antimikrobieller Stoffe in Ergänzung zur mechanischen Reinigung der Taschentiefen wirksamer sei, als mechanische Verfahren alleine.

Das Produkt

Der PerioChip® ist ein kleiner orangefarbener, rechteckiger, an einer Seite abgerundeter Chip. Er ist 5 x 4 x 0,35 mm groß. Das Gewicht beträgt 7,4 mg. Jeder in der Blister-Packung versiegelte Chip enthält 2,5 mg Chlorhexidinbis (D-gluconat). Eingebettet ist diese Wirkstoffmenge in einer biologisch abbaubaren Matrix aus hydrolysierten Gelatine. Chlorhexidin, der Wirkstoff im PerioChip®, liegt in der Form von Bisbiguanid vor und wirkt als kationisches Detergens. Chlorhexidin schädigt die Zellwände der Mikroorganismen. Aufgrund der positiven Ladung des Moleküls nimmt die elektrophoretische Beweglichkeit der Zellen ab und Enzyme auf der Zelloberfläche werden inaktiviert. Durch eine teilweise Zerstörung der Zellmembran können Moleküle wie z.B. Phosphate oder Pentosen, C5-Monosaccharide wie z.B. Ribose oder Desoxyribose, durch die löchrige Zellwand entweichen. Daraufhin ändert sich die Zellmembran und es erfolgt eine Störung des zellulären Zytoplasmas. Zum Schluss ist die Durchlässigkeit der Zellwand so stark erhöht, dass Chlorhexidin in die Zelle hinein diffundieren kann und im Zellplasma Proteine präzipitiert (ausgefällt) werden. Diese Vorgänge führen zum Tod der Zelle. 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. Die bakterielle Flora in der Tasche wurde bis zu elf Wochen lang unterdrückt.



Einlegen des PerioChip an 13 mesial.

| Pharmakokinetik

Das Chlorhexidin des PerioChip® wird, wie in einer In-vitro-Untersuchung festgestellt wurde, in einem zweiphasigen Vorgang freigesetzt. Dabei werden 40 % des Wirkstoffes in den ersten 24 Stunden abgegeben. Das restliche Chlorhexidin gibt der Chip dann gleichmäßig über einen Zeitraum von 7–10 Tagen ab. Ebenfalls in der In-vitro-Untersuchung bestätigt wird die Vorgabe, dass der Wirkstoff Chlorhexidin in der Tasche in einem kontinuierlich verlaufenden Vorgang abgegeben wird. Eine pharmakologische Studie zeigt eine

initiale Spitzenkonzentration in der Sulkusflüssigkeit zwei Stunden nach der Platzierung. In den nachfolgenden vier Tagen wurden Chlorhexidin-Konzentrationen nachgewiesen, die nur geringfügig niedriger waren. Eine progressive Abnahme der Konzentration konnte bis zum Abschluss der Studie nach zehn Tagen nachgewiesen werden. Das Chlorhexidin verblieb in der Sulkusflüssigkeit über eine Woche hinweg in klinisch relevanten Wirkspiegeln (mittlere Hemm-Konzentration: 125 µg/ml), ohne, und das halte ich persönlich für besonders wichtig, dass eine nachweisbare systemische Absorption festgestellt werden konnte. Der PerioChip® wird innerhalb von 7–10 Tagen vollständig degradiert. Ein Entfernen durch den Behandler ist nicht erforderlich. Der Wirkstoff Chlorhexidin reagiert chemisch mit Proteinen. Nach der Insertion des PerioChip® haftet er von selbst in der parodontalen Tasche. In zwei multizentrischen, placebo-kontrollierten Studien in den USA wurden bei einer Gesamtzahl von 1.846 platzierten Chips (PerioChips und Placebo-Chips) nur

acht Chipverluste berichtet. Deswegen ist nach Angaben der Herstellerfirma die Verwendung klebender- oder abdeckender Hilfsmittel nicht erforderlich.

| Fazit

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 PerioChip an eine Matrix gebunden ist, die es für eine ausreichend lange Einwirkzeit am Therapieort verbleiben lässt, ist es in der modernen PA-Therapie ein unverzichtbares Therapeutikum. Besonders bei einzelnen Befunden, bei isoliert auftretenden Taschen, kann bei jungen Menschen erfolgreich eine Therapie mit dem PerioChip erfolgen. Der privat zu liquidierende PerioChip bietet die Möglichkeit, unseren Patienten frei von Kassenzwängen eine ausgezeichnete Behandlung anbieten zu können. |

ANZEIGE

Karies soll nicht sein – Dentalfluorose aber auch nicht!

nenedent® Kinderzahncreme ohne Fluorid

bietet eine fluorid- und mentholfreie, homöopathieverträgliche Zahnpflege

nenedent® Kinderzahncreme mit Fluorid, Xylit und Kieselgel

3 x Schutz vor Karies



- zum „Gerne-Zähneputzen“ mit mildem Fruchtgeschmack
- für Kinder, die ausreichend Fluorid erhalten und noch nicht richtig ausspucken können
- 13 % Xylit (zur Hemmung der Kariesbakterien) und Kieselgel
- frei von Konservierungsstoffen, Natriumlaurylsulfat, Saccharin
- Qualitätsurteil sehr gut im ÖKO-Test Jahrbuch Kleinkinder für 2007

Nur in Apotheken!



- zum „Gerne-Zähneputzen“ mit fruchtig-frischem Erdbeer/Himbeer-Geschmack
- zur umfassenden, kindgerechten Zahnpflege
- enthält Natriummonofluorophosphat (500 ppm = 0,05 % Fluorid)
- mit 12% Xylit
- frei von Natriumlaurylsulfat, Saccharin
- Qualitätsurteil sehr gut im ÖKO-Test Jahrbuch Kleinkinder für 2007

Kennlern-Coupon

Bitte senden Sie mir kostenlose Probestückchen

nenedent® Kinderzahncreme ohne Fluorid (Gratisproben, 4 ml)

nenedent® Kinderzahncreme mit 0,05 % Fluorid (Gratisproben, 4 ml)

Broschüren

Gerne Zähneputzen von Anfang an.

Stempel/Unterschrift

Sichere Kariesdiagnose beim jugendlichen Zahn

| Sandra Goedecke

Die Laserfluoreszenzmessung stellt eine wertvolle Ergänzung zu den bereits etablierten Kariesdiagnosemethoden dar. Bei zweifelhaften Befunden bietet sie für die frei zugängliche Zahnoberfläche die höchste Sensitivität. Für die Eltern wird die Diagnose nachvollziehbarer, da die verbal gegebenen Informationen mit der Laserfluoreszenzmessung visuell und akustisch untermauert werden. Eltern und Kinder sind so leichter zu motivieren, wenn es z. B. um präventive Maßnahmen zur Behandlung von initialer Schmelzkaries geht.

Gerade beim jugendlichen Zahn stellt sich die Frage einer sicheren Kariesdiagnostik, damit nicht durch eine einseitige Interpretation der konventionellen Parameter wie Licht, Luft, Spiegel, Auge ein noch junger Zahn präpariert und gefüllt wird.

Das DIAGNOdent-Gerät, welches die unterschiedlichen Fluoreszenzeigenschaften von gesunder und durch Karies veränderter Zahnhartsubstanz nutzt, bietet hier eine wertvolle Diagnosehilfe. Die Interpretation des DIAGNOdent-Messergebnisses im Einzelfall, vor allem im Grenzbereich zur Dentinkaries, sollte vom Zahnarzt kritisch beurteilt werden, denn eine genaue Reproduzierbarkeit ist nicht immer gewährleistet, da durch Plaque oder Zahnstein karies-typische Messwerte verursacht oder zumindest begünstigt werden können. Bei Kindern ist aufgrund von geringer Mundöffnung und erhöhtem Speichelfluss der Approximalbereich in der Regelschwieriger zu messen. Um in diesem Bereich Karies sicher feststellen zu können, sollten unbedingt noch Bissflügelaufnahmen hinzugezogen werden und mit in die Therapieentscheidung des Zahnarztes einfließen. Während eine Approximalkaries mithilfe von

Bissflügelaufnahmen noch relativ gut diagnostizierbar (Sensitivität ca. 60%) ist, ist die Beurteilung von Okklusalkaries sowohl visuell und mittels Sonde als auch mithilfe von Röntgenbildern in vielen Fällen nicht zuverlässig möglich. Dies gilt besonders für unterminierende Dentinkaries, die mit dem Auge unter einer intakten Schmelzoberfläche oft nur erahnt werden kann (Sensitivität 12–20%). Der Anteil der Fissurenkaries kann, vor allem bei kariesarmen Kindern, bis zu 90% der gesamten Karieserfahrung ausmachen. Dabei liegt der Anteil an „hidden caries“ anderen Untersuchungen in Europa zufolge bei etwa 10–30% der Molaren. Fazit: Eine Kombination der verschiedenen Diagnosemethoden kann zu einer hohen individuellen Therapiesicherheit führen und maximalen Zahnerhalt – entsprechend den Prinzipien der präventiven Zahnheilkunde – gewährleisten.

| Fallbeschreibung

Behandelt wurde eine neun Jahre alte Patientin, verzögert im Zahnwechsel, (D)/dmft-Wert=2 mit Verdacht auf Approximalkaries an Milchzahn 54 (Abb. 1). Die Messung mit dem DIAGNOdent pen am Zahn 54 ergab einen Wert von 28, der einer tiefen Schmelzkaries entsprechen würde. Zur sicheren Diagnosestellung wurde des Weiteren eine Bissflügelaufnahme hinzugezogen (Abb. 2). Auf dem digitalen Röntgenbild ist bereits eine Dentinkaries (D3) zu erkennen. Auch der Verdacht auf palatinale Fissurenkaries an Zahn 12 (Abb. 4) wurde untersucht: Hier wurde eine Messung mit dem DIAGNO-



Abb. 1: Verdacht auf Approximalkaries an Milchzahn 54.



Abb. 2: Bissflügelaufnahme zeigt bereits eine Dentinkaries (D3).



Abb. 3: Der Verdacht der Approximalkaries hat sich klinisch bestätigt.



Abb. 4: Palatinale Fissurenkaries an Zahn 12.



Abb. 5: Der DIAGNOdent pen kann versteckte Karies überall sicher und einfach aufspüren.

[kontakt]

Kinderzahnarztpraxis
Dr. Freundorfer, Dr. Esch, Dr. Geißler,
Zahnärztin Sandra Goedecke
 Berlepschstr. 2
 81373 München
www.Kinderzahnarzt.de

dent pen durchgeführt, die den Wert 20 ergab und somit eine Schmelzkaries vermuten ließ. Der Zahn wurde daraufhin eröffnet. Es musste eine 1,5 mm tiefe Kavität präpariert werden, bis der Zahn vollständig exkaviert war. |

In der häuslichen Kinderprophylaxe ist Motivation (fast) alles!

| Redaktion

Kindermund tut Wahrheit kund – denn obwohl sich die Kariessituation bei dieser Patientengruppe insgesamt positiv entwickelt, erkennt die zahnärztliche Praxis in vielen Fällen weiterhin einen Nachholbedarf in der Mundpflege der Kleinen. Dabei lässt sich meist schon durch die Einhaltung einiger Grundregeln durch Eltern und Kind die Zahngesundheit des Nachwuchses nachhaltig verbessern, weiß Dr. Andrea Thumeyer, Vorsitzende der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege in Hessen (LAGH).

Als Erwachsene Vorbild sein, das Zähneputzen als Ritual etablieren, in den ersten Jahren putzen die Eltern die Kinderzähne sauber und vor allem richtig motivieren – so lauten die zentralen Empfehlungen der Expertin für Kinderprophylaxe. Denn für Dr. Andrea Thumeyer konkurriert der morgendliche und abendliche Griff zur Zahnbürste in der Aufmerksamkeit des Kindes immerhin mit einem leckeren Frühstück, dem Packen der Schultasche oder Computerspielen und Kinderfernsehen – eine gründliche Mundpflege kann da eigentlich nur verlieren. „Deshalb sollte es oberstes Ziel sein, dem Kind das Zähneputzen als etwas Angenehmes nahe zu bringen. Natürlich gehört sie zu den Aufgaben des Alltags, doch darf die Mundhygiene nicht als eine lästige Pflicht angesehen werden“, differenziert die Expertin.

| Was Spaß macht, wird gerne gemacht

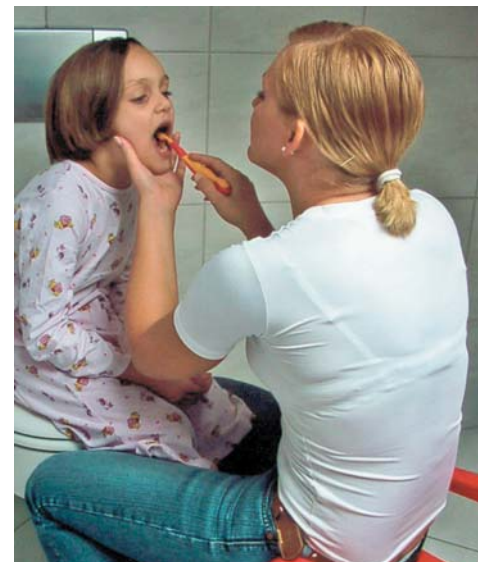
Um dies zu erreichen, bedarf es der klugen Motivation des Kindes durch Eltern und zahnärztliche Praxis. Letztere stößt hier aber auch an ihre Grenzen, denn ein Lob vom Zahnarzt wie „Du hast deine Zähne aber toll geputzt. Die strahlen ja um die Wette!“ und eine kleine Beloh-

nung begeistern die Kinder zwar im Moment, doch sollen Mama und Papa ihren Nachwuchs am heimischen Waschbecken täglich richtig motivieren – am besten als Vorbilder. „Es sind nämlich vor allem die Eltern, die das Zahnputzverhalten der Kleinen durch eigene Gewohnheiten bestimmen, da Kinder das Verhalten von Mutter und Vater nachahmen. Wenn die Eltern im Beisein ihrer Kinder selbst regelmäßig, gründlich sowie mit Freude und Engagement ihre Zähne putzen, werden diese ihrem Beispiel folgen“, sagt Dr. Thumeyer. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, der täglichen Mundpflege einen ganz bestimmten Platz im Tagesablauf einzuräumen. Morgens nach dem Frühstück, abends vor dem Schlafengehen sollte demnach die häusliche Zahnpflege immer zur gleichen Zeit betrieben werden. Gewöhnen sich Kinder an dieses Ritual schon in frühen Jahren, werden sie es meist ihr ganzes Leben lang auf ähnliche Weise durchführen.

| Die Zahnbürste bringt Farbe ins Badezimmer

Motivationsfördernd kann sich auch eine kindgerechte Gestaltung der Mundpflegeprodukte auswirken. Diesem Prinzip folgt zum Beispiel das altersbezogene Zahnbürstenkonzept „Stages“ von Oral-B: Denn die vier Handzahnbürsten richten sich nicht nur in technischer Ausstattung, sondern auch in der optischen Aufmachung nach den verschiedenen Entwicklungsstufen des Kindes. So weisen sie neben einem handlichen Griff, altersgerechter Borstenkonfiguration

und gepolsterter Spitze des Bürstenkopfes lustige Motive auf ihren Handstücken auf: „Kindern bedeutet es viel,



Gewissenhafte Oralprophylaxe im heimischen Badezimmer: Die Zahnpflege muss in den ersten Lebensjahren des Kindes von Mutter oder Vater durchgeführt werden – begleitend zu dem einsetzenden spielerischen Umgang der Kleinen mit der Zahnbürste.

wenn sie ihre Helden aus Zeichentrickfilmen auch auf ihren Zahnbürsten wiederfinden“, sagt Karin Limley, Assistant Marketing Managerin von Oral-B Professional Oral Health. Die Kombination aus technisch effizientem und optisch attraktivem Mundpflegegerät für kleine Zahneputzer erfüllt ebenso die elektrische Kinderzahnbürste Stages Power von Oral-B: Sie basiert auf dem bewährten oszillierend-rotierenden Putzsystem und verfügt über einen runden Bürstenkopf mit peppigen Disney-Motiven

[kontakt]

P&G Oral Health Organisation
 Sulzbacher Str. 40
 65823 Schwalbach am Taunus
 Tel.: 0 61 96/89-01
 Fax: 0 61 96/89-49 29
www.oralbprofessional.com

und weichem Borstenbesatz. Ihr Melody-Timer ermöglicht Kindern ab drei Jahren ein besonders kurzweiliges Putzerlebnis, indem er nach dem Erreichen der zahnärztlich empfohlenen Mindestreinigungsdauer von zwei Minuten jeweils eine von 16 lustigen Melodien spielt. „Das Putzen mit Geschichten- oder Musikbegleitung auch von CD und Kassette sorgt für Spaß und Vergnügen an der Zahnpflege“, ist Dr. Thumeyer sicher. Außerdem erleichtere die elektrische Zahnbürste Vätern und Müttern das abendliche Sauberputzen der Kinderzähne. „Da müssen sich Eltern nur darauf konzentrieren, dass sie alle Zähne von allen Seiten erreichen und nicht noch eine perfekte Zahnpflege-Technik beherrschen.“

pflege zu betreiben: Dann können sich die Grundschul Kinder ihre Zähne plaquefrei putzen“, lautet die klare Botschaft von Dr. Thumeyer. „Das Sauberputzen der Kinderzähne sollte übrigens auch mindestens einmal mit den Eltern in der Praxis geübt werden.“ Ihr, der zahnärztlichen Praxis, kommt also eine entscheidende Rolle in der Förderung der häuslichen Vorsorge des Kindes zu – vor allem als Vermittler wichtiger Informationen an die Eltern. Denn längst ist noch nicht allen Müttern und Vätern bewusst, dass systematisches Zähneputzen für zwei Minuten, die richtige Putztechnik und kindgerechte Mundpflegeprodukte Grundvoraussetzungen für den Mundhygiene-Erfolg ihrer Kleinen sind. „Das Praxisteam sollte also verstärkt auf die



Handlicher Griff, altersgerechte Borstenkonfiguration und gepolsterte Spitze des Bürstenkopfes – ein altersbezogenes Zahnbürstenkonzept gemäß der verschiedenen Entwicklungsstufen.



Mit Musik klapp't's besser: Der Melody-Timer der elektrischen Zahnbürste AdvancePower Kids ermöglicht Kindern ab drei Jahren ein besonders kurzweiliges Putzerlebnis.

| Aufklärung und Training müssen sein

Dieses aktive Putzen der Kinderzähne durch die Eltern ist und bleibt auch weiterhin, egal welches Mundpflegeprodukt zum Einsatz kommt, das A und O in der frühen Oralprophylaxe. „Eltern putzen alle Kinderzähne einmal abends von allen Seiten sauber. Und das so lange, bis die Kinder flüssig Schreibrift schreiben können. Ab diesem Zeitpunkt ist der Nachwuchs dann rein handmotorisch selbst in der Lage, eine systematische und gründliche Mund-

Eltern einwirken, sie motivieren und zu ihren Partnern machen – weniger mit erhobenem Zeigefinger als vielmehr durch die Vermittlung von nützlichem Basiswissen gekoppelt mit praxisnahen Tipps zur Umsetzung des Zahnpflegerituals in der Familie sowie gemeinsamen Übens“, lautet der abschließende Appell der Expertin. Motivation ist eben (fast) alles in der Kinderprophylaxe, die Motivation der Eltern durch die Praxis ebenso wie die Motivation der Kinder durch die Eltern. |



Ein Nano-Schritt für die Menschheit, ein großer Sprung für die Implantologie...

Das revolutionäre NanoTite™ Implantat* - Ein neuartiges Oberflächendesign für noch bessere Ergebnisse

Machen Sie den nächsten Schritt und kontaktieren Sie noch heute Ihren BIOMET 3i Gebietsverkaufsleiter.

**Implant Innovations Deutschland GmbH
Lorenzstrasse 29 · 76135 Karlsruhe
Tel. 07 21/25 51 77 - 10
Fax: 08 00-31 31 111
www.biomet3i.com · zentrale@3implant.com**

OSSEOTITE ist ein eingetragenes Markenzeichen und Discrete Crystalline Deposition sowie NanoTite sind Marken von Implant Innovations, Inc. BIOMET 3i ist eine Wort-/Bildmarke von BIOMET, Inc. ©2007 BIOMET 3i. Alle Rechte vorbehalten.

*Erhältlich ab Mai 2007

Die Angst eines Kindes vor dem Zahnarzt

| Redaktion

Aus der Vergangenheit weiß man, dass der Zahnarztbesuch zu den unerfreulichsten Erlebnissen in der Kindheit gehörte. Doch dass dies nicht so sein muss, zeigen die erfolgreichen Konzepte moderner Kinderzahnarztpraxen. Hier haben nicht nur Kinder, sondern auch das Praxisteam ihren Spaß und sorgen so für mehr Zahngesundheit.

Die Nachricht klang im ersten Moment wie eine Bedrohung. Nein, es war schon fast wie eine Kriegserklärung und die kam ausgerechnet von den eigenen Eltern. Fast wie in einem Schockzustand vernahm Fridolin die mit freundlicher und aufmunternder Stimme vorgetragene Ankündigung der Mutter. „Fridolin“, meine Mutter

Wort von der Mutprobe macht dann schnell bei unserem internen Kindergarten-Meeting gleich nach dem Frühstück die Runde.

„Das tut weh, schon wie sich das beim Zahnarzt anhört, da bekommt man schon im Wartezimmer Angst, man bekommt keine Luft mehr, weil der Mund voll Watte gepackt wird, man muss da auf eine Liege,



nannte mich immer bei meinem richtigen Namen, wenn es ernst wurde, „Fridolin, bitte denk daran, dass du morgen nicht in den Kindergarten gehst. Wir fahren zum Zahnarzt!“

Da war es wieder, das Wort, das fast alle meine Freunde als Alarmzeichen betrachten. „Zahnarzt!“ Das klingt schon so unheimlich gefährlich, jedenfalls sagen das ein paar von meinen Freunden. Das



Ich hatte vor ein paar Monaten Geburtstag und musste drei Kerzen ausblasen, und ich war zwar schon als ganz kleines Kind mal bei einem Zahnarzt, aber ich kann mich an nichts mehr erinnern. War es vielleicht gar nicht Schlimmes? Oder konnte ich mich nur nicht mehr erinnern? Hatte ich die gefährlichsten Momente einfach aus meinem Gedächtnis verdrängt? Oder hat Mutti recht und es ist da ganz lustig und es sieht dort so aus wie in meinem Kindergarten?

Mit einem gewissen Gefühl, ähnlich wie Bauchschmerzen, gehe ich also ins Badezimmer, um mich vor dem Schlafengehen zu waschen und, ja natürlich, die Zähne putzen auf keinen Fall vergessen. Aber das mache ich ja sowieso jeden Abend, denn Mutti hat mir erklärt, dass ich dann auch später schöne Zähne bekomme und außerdem schmeckt die Zahncreme richtig gut.

Ich gehe ins Bett und schließe zur Sicherheit den Zahnarzt in mein Gute-Nacht-Gebet mit ein. Mutti und Vati



Fridolin, der kompakte und komplett ausgestattete Behandlungsplatz, bietet alle Voraussetzungen für einen kindgerechten Zahnarztbesuch. Die Lampenstange ist fest mit der Liege verbunden und dient als Klettergerüst und Halterung für Spielzeug und ist dafür sehr stabil ausgelegt.

geben mir noch einen Kuss und schon schlafe ich fast ein, wenn da nicht die vielen Kommentare meiner Freunde noch im Kopf umherirren würden. Aber die Müdigkeit holt mich dann doch recht schnell in einen tiefen Schlaf.

Am nächsten Morgen werde ich von Sonnenstrahlen, die durch das Fenster blinzeln, geweckt, aus der Küche riecht es nach frischem Kakao und schon steht Vati im Zimmer und holt mich aus dem Bett. Wir sitzen zusammen beim Frühstück und ich habe großen Hunger. Und da ist es wieder. Das Wort Zahnarzt

[kontakt]

ULTRADENT Dental-Medizinische Geräte GmbH & Co. KG
 Stahlgruberring 26
 81829 München
 Tel.: 0 89/42 09 92-50
 E-Mail: info@ultradent.de
www.ultradent.de

die ist so hoch, dass man nicht allein drauf kommt und wenn die sich bewegt, wird man als kleiner Mensch vielleicht sogar eingeklemmt und das Licht blendet ganz doll.“ Das waren die Kommentare in meinem Diskussionskreis und dazu gehören immerhin auch schon ganz alte und erfahrene Kinder von fünf Jahren.

Spezielle Zahnpflege für jedes Alter

| Redaktion

Von Anfang an darf Karies keine Chance haben: Zahnkaries ist eine weitgehend vermeidbare Erkrankung. Sie beginnt bei mangelnder Pflege und ungünstigem Ernährungsverhalten im Milchgebiss und setzt sich in den bleibenden Zähnen fort.

Alle pädiatrischen und zahnmedizinischen Fachkreise plädieren dafür, mit der Pflege der Milchzähne so früh wie möglich zu beginnen. Die Praxis zeigt aber, dass noch viel Aufklärungsarbeit nötig ist, bis frühzeitige Zahnpflege auf breiter Basis erfolgt. Hierbei stellt sich den Eltern gleich nach dem Zahndurchbruch ein Problem mit zwei Aspekten: Zahnbürste und Zahncreme. Die handelsüblichen Zahncremes sind nicht für das Baby geeignet und normale



Abb. 1: Das Set aus Babyzahncreme und Fingerhut-Zahnbürste eignet sich für Kleinkinder ab dem ersten Zahn bis zum zweiten Lebensjahr.

Zahnbürsten (auch mit weichen Borsten) werden vom Baby leicht als unangenehmer und bedrohlicher Fremdkörper empfunden. Die Zahnreinigung nur mit dem Finger, einem Lappchen oder einem Wattestäbchen kann hingegen die Plaque nicht wirksam entfernen.

[kontakt]

Dentinox Gesellschaft für pharmazeutische Präparate
 Lenk & Schuppan KG
 Nunsdorfer Ring 19, 12277 Berlin
 Tel.: 0 30/7 20 03 40
 Fax: 0 30/7 21 10 38

Eine spezielle Fingerhut-Zahnbürste, die einfach auf dem Finger getragen wird, löst dieses Problem. Sie besteht aus durchsichtigem Silikon. Ihre Reinigungsnoppen sind deutlich weicher als die Borsten einer normalen Zahnbürste, aber dennoch wirksam gegen Plaque. So können die Zähnchen sanft und feingütlich mit der Fingerspitze gereinigt werden, und zusätzlich wird dabei das Zahnfleisch massiert (Abb. 1). Für die richtige Pflege ab dem ersten Zähnchen ist eine speziell für Babys entwickelte Zahncreme zu empfehlen. Als Putzkörper eignet sich besonders schonend eingestelltes und mild reinigendes Kieselgel. Da der Zahnschmelz der frisch durchgebrochenen Zähne noch nachhärtet, ist für die Anfangszeit ein RDA-Wert von ca. 25 angezeigt. Die Rezeptur der Babyzahncreme muss außerdem berücksichtigen, dass Babys erst noch lernen müssen, richtig auszuspucken.

| Kariesschutz mit Weitblick

Da die Pädiater Kindern im ersten Lebensjahr häufig Fluoridtabletten verordnen und die Kleinen noch nicht bewusst ausspucken können, kommt eine Zahncreme ohne Fluorid in Betracht, denn die häufigste Ursache für Dentalfluorose ist eine unkontrollierte systemische Mehrfachzufuhr von Fluorid – durch Fluoridpräparate, fluoridiertes Speisesalz, Mineralwasser sowie Verschlucken fluoridierter Kinderzahncreme. Aus diesem Grund gibt es Zahncreme ohne Fluorid, speziell für Kleinkinder entwickelt, die wegen der fehlenden Feinmotorik noch nicht richtig ausspucken können. Das betrifft etwa die Altersgruppe bis zum Ende des dritten Lebensjahres. Bei nicht fluoridierter Zahncreme ist ein hoher Gehalt an Xylit von Vorteil. Nach aktuellem Erkenntnisstand hat Xylit aus-

gesprochen positive Wirkungen auf die Zahngesundheit durch Förderung der Remineralisation des Zahnschmelzes mittels Erhöhung der Bioverfügbarkeit im Speichel befindlicher Kalziumionen. Xylit hemmt kariesverursachende Bakterien in der Mundflora. Durch Einlagerung von Xylitol-Molekülen ins Plaquegerüst wird die Plaquebildung vermindert und der Plaqueaufbau gestört. Auf diese Weise beugt Xylit ab einem Anteil von 10 Prozent in der Zahncreme der Karies vor.

Für die Jüngsten ist eine mentholfreie Zahncreme sinnvoll, denn Menthol wird von dieser Altersgruppe oft als zu „scharf“ abgelehnt. Weiterer Vorteil: eine etwaige homöopathische Behandlung würde nicht gestört.

Ab etwa vier Jahren können Kinder in der Regel ausspülen, sodass keine Gefahr einer Fluorid-Überdosierung besteht. Für diese Altersgruppe ist eine Kinderzahncreme mit kindgerechtem Fluoridanteil (0,05 % = 500 ppm) angezeigt.

Die Dentinox Gesellschaft Berlin hat sich auf Kinderzahnpflege spezialisiert und altersgerechte Baby- resp. Kinderzahncremes entwickelt. Das Zahnpflege-Lernset



Abb. 2: Lern-Zahncreme für die ersten Zähnchen.

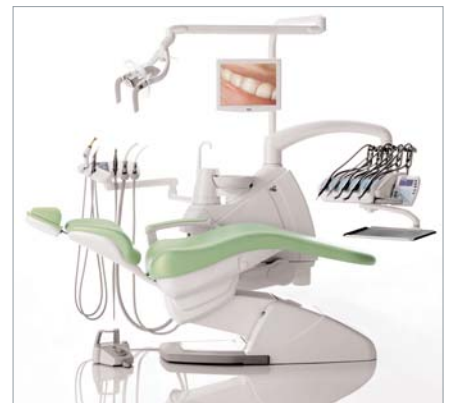
nenedent-baby (Abb. 2) enthält neben einer besonderen Babyzahncreme eine Fingerhut-Zahnbürste, die ein angenehmes Heranführen an die Zahnpflege ermöglicht. Ziel ist es, dass Kinder und Eltern die tägliche Zahnpflege als selbstverständlich ansehen und das Kind hierzu gern bereit ist. Ist das Kind in dem Alter, dass es die Zahnbürste selber in die Hand nehmen möchte, bietet die Dentinox Gesellschaft Berlin mit den Kinderzahncremes nenedent ohne Fluorid und nenedent mit Fluorid eine Wahlmöglichkeit, je nach Fluoridanamnese. Auch hierbei sind die Eltern oft auf den wertvollen Rat ihres Zahnarztes angewiesen. |

| **Behandlungseinheit:**

Absolute Bewegungsfreiheit

Kompakt und vielseitig soll die Classe A9 von Anthos für optimale Raumausnutzung und absolute Bewegungsfreiheit sorgen, indem sie ergonomische Lösungen für den Zahnarzt und seine Assistenten bietet. Classe A9 ermöglicht die vollständige Kontrolle über alle Bedienungssituationen, sodass sich Zahnarzt und Assistent ausschließlich auf den Patienten konzentrieren können. Dabei ist die Behandlungseinheit hochkompakt und zeichnet sich durch optimale Beweglichkeit aus. Dank neuen ergonomischen Designs konnte der Arbeitsraum weiter optimiert werden. Das Assistentenmodul mit Doppelgelenkarmen kann vertikal ausgerichtet werden und erlaubt eine ideale Instrumentenpositionierung.

Die motorbetriebene entfernbare Speischale kann um bis zu 270° gedreht werden. In Standby-Stellung ist sie im Gehäuse der Wassereinheit verstaut und soll so den der Assistentin zur Verfügung stehenden Platz vergrößern. Der vom Schweizer Hersteller Bien-Air entwickelte MX-Induktionsmotor gehört inzwischen zur Standardausstattung von Classe A9 und bietet einen Drehzahlbereich von 100 U/min. – 40.000 U/min. Er ist autoklavierbar, wasserdicht und zeichnet sich durch Funktionen aus, dank denen er für die Verwendung bei Zahnbehandlungen ab einem Drehmoment von 0,3 Ncm geeignet ist. Die totale Kontrolle der Instrumentenparameter macht den MX sicher und genau, insbesondere bei der Vorbereitung von Wurzelkanälen, so der Hersteller.



Anthos bietet eine wachsende Palette an Instrumenten und Technologien für den Zahnarzt. Garantiert seien dabei vollkommene Zuverlässigkeit, Funktionalität und höchste Leistungsstärke.

Anthos

Tel.: 0 22 25/99 96 40

www.anthos.it

| **Kons/Prothetik:**

Elektro-Mikromotor mit maximaler Leistung

Der Ti-Max M 40 Elektro-Mikromotor aus dem Hause NSK Europe schlägt alle Rekorde. Kraftvoll, robust, kompakt und benutzerfreundlich sind die Attribute, die ihn am besten beschreiben. Die Technologie des

begrenzt, da der Motor besonders leicht ist, das heißt ein äußerst geringes Gewicht/Volumen aufweist. Diese Parameter verhindern die Überhitzung und verlängern die Lebensdauer bei einem geringeren Kohleverschleiß. Die Eigenschaften der kernlosen Motor-Technologie bieten maximale Leistungsfähigkeit bei einem kleindimensionierten Motor mit geringem Gewicht und sehr leisen Lauf. Der Ti-Max M 40 Elektro-Mikromotor hat einen Geschwindigkeitsbereich von 60 bis 40.000 U/min. Die Ummantelung ist aus Titan. Das Gewicht des Motors beträgt 98 Gramm. Der M 40 Mikromotor kann problemlos mit dem PTL-M 40-Schlauch von NSK oder mit den 4VLM, 4VR400, B4VLR-Schläuchen von Bien-Air® gekoppelt werden.

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



„Coreless Motor“ (kernlosen Motors) verwendet keinen gewickelten metallischen Kern. Die Vorteile dieser derzeit fortschrittlichsten Technik sind die dadurch mögliche lineare, homogene und gleichmäßige Rotation mit geringem Stromverbrauch. Zudem ist die Trägheit

| **Endodontie:**

Transluzenter Wurzelstift

Coltène/Whaledent ergänzt sein Sortiment der glasfaserverstärkten, metallfreien Wurzelstifte zur Versorgung ästhetischer Restaurationen. Der neue ParaPost® Taper Lux™ ist ein trans-

entionskopf lässt sich einfach an die jeweiligen Platzverhältnisse anpassen, ohne das ParaPost®-typische, spannungreduzierende Retentionsdesign für den Stumpfaufbau zu opfern.



Das in vier Größen erhältliche und farb-codierte ParaPost® Taper Lux™ besteht aus einer lichtdurchlässigen Glasfaser-Harz-Matrix, die eine sofortige Befestigung mittels Lichtpolymerisation ermöglicht. Natürlich sind auch selbst- oder dualhärtende Kompositzemente einsetzbar. Der hohe Anteil parallel verlaufender Glasfaserbündel sorgt für ausgezeichnete physikalische Eigenschaften der Stiftstruktur, ohne die Flexibilität zu beeinträchtigen.

luzenter Wurzelstift mit zylindro-konischer Stiftform. Diese Schaftform eignet sich besonders gut für anatomisch schlanke Wurzeln und unterstützt die moderne Greater-Taper Wurzelkanalpräparation, dank 4%iger Konizität, im apikalen Drittel. Der dreigliedrige, rundliche Re-

Coltène/Whaledent
GmbH & Co. KG
Tel.: 0 73 45/8 0 5-0
www.coltenewhaledent.de

Prophylaxe:

Kariesschutz für den Zahnwechsel



Im Alter von circa sechs Jahren beginnt der Zahnwechsel. Abgeschlossen ist er etwa im Alter von zwölf Jahren. In diesem Zeitraum ist es wichtig, eine Zahnpasta zu verwenden, die gründlich und schonend reinigt sowie Schutz vor Karies bietet. Hierzu gibt es Junior-Zahnpasten (z.B. von elmex). Sie weisen eine deutlich höhere Fluorid-Konzentration auf als eine Kinder-Zahnpasta. Denn mit dem

Fluoridanteil einer Kinder-Zahnpasta (maximal 500 ppm) können die bleibenden Zähne nicht ausreichend mineralisiert werden. Zahnärzte empfehlen deshalb eine höhere Konzentration, die zwischen 1.000 und 1.500 ppm Fluorid liegt. Wichtig ist auch, dass Zahnpasten für Kinder von sechs bis zwölf Jahren einen milden, kindgerechten Geschmack haben. Denn Erwachsenen-Zahnpasten schmecken vielen Kindern zu scharf, sodass sie auch noch nach dem Durchbruch der bleibenden Zähne lieber eine Kinder-Zahnpasta verwenden, die aber einen zu geringen Fluoridgehalt hat. Fluoride spielen eine wichtige Rolle in der Prävention von Karies. Sie fördern den Prozess der Schmelzhärtung und schützen so die Zähne vor Säuren, die den Zahnschmelz entkalken und dadurch Karies begünstigen. Besonders bewährt haben sich Aminfluoride. Sie verteilen sich schnell auf der Zahnoberfläche und bilden dort eine fest haftende Deckschicht aus Kalziumfluorid.

Mit dem Durchbruch der bleibenden Zähne steigt auch das Kariesrisiko in den Zahnzwischenräumen. Als Ergänzung zu einer Junior-Zahnpasta empfiehlt sich eine passende Junior-Zahnbürste mit x-förmigem Bürstenfeld (z. B. von elmex). Sie gelangt bis in die Eingänge der Zahnzwischenräume und ermöglicht dort eine bessere Plaqueentfernung. Eine sinnvolle Ergänzung zur täglichen Mundhygiene mit Zahnbürste und Zahnpasta ist die abendliche Verwendung einer Zahnspülung mit geeigneten Wirkstoffen wie Aminfluorid.

GABA GmbH, Tel.: 0 76 21/9 07-0, www.gaba-dent.de

Instrumentenserie:

Neue Technologien, neues Design

Mit der Synea Reihe setzt W&H einen neuen Standard im Bereich Restauration und Prothetik. Bei den neuen Synea Turbinen TA-97 CLED und TA-98 CLED ist es erstmals gelungen, die LED-Technologie in zahnärztliche Instrumente zu integrieren. Das Resultat sind Turbinen, deren neutrales weißes Licht die Zahnfarbe in Tageslicht-Qualität wiedergibt und das Behandlungsfeld deutlich stärker ausleuchtet als es mit bisherigen Lichtquellen möglich war. Sowohl die neuen Synea Winkelstücke als auch die neue Synea Turbine TA-97 CLED verfügen über kleine, schmale Köpfe. Dadurch wird der Zugang zu den Behandlungsflächen deutlich erleichtert; das Sichtfeld vergrößert. Der neu entwickelte Penta-Spray kommt bei Synea Turbinen und Winkelstücken gleichermaßen zum Einsatz. Das Spraysystem sorgt für gleichmäßige Kühlung aus fünf Richtungen. Die neue TA-98 CLED ist die perfekte Turbine für alle



Fälle. Mit 20 Watt Leistung sorgt sie für optimale Kraftverhältnisse. LED-Technologie, Penta-Spray und neues Griffprofil bieten größtmöglichen Komfort. Die TA-98 ist für Bohrerlängen von 19–25 mm konzipiert. Sämtliche Instrumente der neuen Synea Reihe verfügen über das ebenfalls neu entwickelte, ergonomische Griffprofil. Die durchgängigen Außenhülsen der Winkelstücke verhindern ein Eindringen von Schmutzpartikeln ins Innere und lassen sich einfach und schnell reinigen. Alle Instrumente aus der neuen W&H Synea Reihe sind sterilisierbar. Für eine schnelle, perfekte Sterilisation empfiehlt W&H den hauseigenen „First“ Class B-Sterilisator LISA.

**W&H Deutschland
Tel.: 0 86 82/89 67 0
wh.com**

Neu und schon in aller Munde:

Erste Mundspülung mit Octenidin

Die neue Octenidol® Mundspül-Lösung wurde speziell zur effektiven Vorbeugung gegen Parodontitis und Gingivitis entwickelt. Die antibakterielle Lösung hemmt schnell und anhaltend parodontalpathogene Bakterien und vermindert deren Neubildung. Das ist wirksamer Parodontitis-Schutz, der zugleich die Regeneration unterstützt und so für eine gesunde Mundflora sorgt.

Octenidol® enthält als erste Mundspül-Lösung den innovativen Wirkstoff Octenidin. Dieser Wirkstoff wird bereits seit 1990 als Schleimhautantiseptikum und seit 1995 als Wundantiseptikum angewendet. Octenidin hat eine breite und ausgeglichene antibakterielle Wirksamkeit gegen Bakterien und Viren. Bekannt geworden ist der Wirkstoff im führenden Antiseptikum

Octenisept®. Im Rahmen der Schleimhautdesinfektion wird er bereits heute im Klinikbereich zur Spülung der Mundhöhle eingesetzt. Ab jetzt zeigt er im neuen Produkt Octenidol® Bakterien wirkungsvoll die Zähne. Octenidol® ist vielseitig anwendbar:

- bei eingeschränkter Mundhygienefähigkeit
- bei entzündlichen Erkrankungen im Mundraum
- vor und nach parodontalchirurgischen Eingriffen
- zur Spülung von Zahnfleischtaschen
- zur Hygiene beim Tragen fester Zahnspangen.

Weitere Vorteile: Octenidol® Mundspül-Lösung enthält kein Chlorhexidin und keinen Alkohol. Zudem verfärbt es nicht die Zähne.

**Schülke & Mayr GmbH
Tel.: 0 40/52 10 06 66, www.schuelke-mayr.com**



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

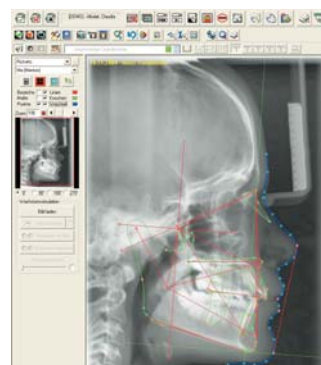
Software:

Kinder leichter behandeln

Mit LinuDent, der leistungsstarken Praxissoftware von PHARMATECHNIK für Zahnmediziner und Kieferorthopäden, können aufwendige Beratungen zum Thema zahngesunde Ernährung sowie bildliche Darstellungen mit der intraoralen Kamera dokumentiert werden. Das hochwertige Programm unterstützt Zahnärzte und Kieferorthopäden bei allen Behandlungs- und Verwaltungsarbeiten. So wird zum Beispiel bei der Untersuchung automatisch der DMF-Index dokumentiert. Sie gewinnen Zeit, die Sie für Ihre kleinen Patienten oder

für wissenschaftliche Erkenntnisse rund um die Zahnprophylaxe nutzen können. Mit LinuDent kann der Zahnarzt den Behandlungsverlauf der Individualprophylaxe zeigen und grafisch darstellen. Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen werden mit dem modular aufgebauten LinuDent über sein Recallsystem optimal verwaltet. Die Benachrichtigung kann zusätzlich auch über SMS oder E-Mail erfolgen. Ist bei einem Kind eine kieferorthopädische Behandlung notwendig, werden Dokumentation und Abrechnung mit der LinuDent

KFO-Software optimal verwaltet. Das Erstellen von Behandlungsplänen für die Krankenkassen, einer Mehrkostenvereinbarung oder von Privatplänen geht schnell und einfach. Durch die Integration von zusätzlichen Spezialprogrammen, Orthometric, Scannereinbindung, digitale Röntgensysteme u.v.m. hat der Bediener jederzeit alle relevanten Daten im Blick. Um eine kindgerechte Behandlung zu gewährleisten, können zusätzliche Programme genutzt werden, die z. B. der visuellen Aufklärung, dem spielerischen Lernen oder



auch nur zur Ablenkung des Kindes dienen.

**PHARMATECHNIK
GmbH & Co. KG**
Tel.: 0 81 51/44 42-0
www.pharmatechnik.de

Innovative Technologie:

Implantatoberfläche mit Nanotechnologie



Welchen Nutzen hat der Implantologe von einer neuen Oberfläche, wenn die seit über zehn Jahren im klinischen Gebrauch bewährte OSSEOTITE® Oberfläche den Standard setzt? Neue Behandlungsprotokolle und chirurgische Techniken ermöglichen immer komplexere Fälle

und auch Risikopatienten können heute die Therapieform Implantate nutzen. Hierbei wird ein höheres Komplikationsrisiko eingegangen, da die heute am Markt befindlichen Implantatsysteme diesen schwierigen Anforderungen zum Teil nicht entsprechen können. BIOMET 3i hat über vier Millionen USD und ca. vier Jahre in die Entwicklung der Implantatoberfläche der nächsten Generation investiert, um den Patienten eine sichere Lösung für ihre Versorgung anbieten zu können.

Die neue Oberfläche mit Namen NanoTite™ nutzt die Nanotechnologie, um den BIC (bone implant contact) und den Zeitpunkt der Osseointegration positiv zu beeinflussen. Der Rückgang der Implantatfixierung beim Übergang von der Primärstabilität zur Sekundärstabilität wird entschieden verkleinert, sodass eine Steady State Stability™ erreicht wird.

BIOMET 3i/Deutschland GmbH

Tel.: 0 18 05/31 11 15, www.3i-online.com



Ästhetikkomposit:

Naturidentische Restaurationen möglich

Das neue Komposit Clearfil Majesty Esthetic von Kuraray Dental ermöglicht die Herstellung naturidentischer Restaurationen mit nur einer Farbmasse. Das japanische Unternehmen hat für das Ästhetikkomposit spezielle Füllpartikel entwickelt. Diese kopieren Lichtstreuungseffekte der natürlichen Zahnhartsubstanz, sodass die Restauration vom natürlichen Zahn für das Auge nur noch schwer zu unterscheiden ist. Die neuartigen, lichtleitenden Füllkörper verleihen dem Material ein hohes Maß an Transparenz und Anpassungsvermögen. Die Farbanpassung wird durch den Polymerisationsvorgang nicht mehr beeinträchtigt. Damit ist die Gefahr von leichten Farbveränderungen während und nach der Polymerisation ausgeschaltet. Die neuen

Füllpartikel sorgen für eine gleichermaßen schnelle wie einfache Hochglanzpolierbarkeit des Komposits – ein weiterer Vorteil auf dem Weg zu ästhetisch anspruchsvollen Ergebnissen.

Das neue Kompositssystem ist einfach zu verarbeiten, da in den meisten Fällen der Aufbau mit einer einzigen Farbmasse ausreicht. In rund 20 Minuten ist eine ästhetisch hochwertige Restauration gelegt. Mit der breiten Palette an Standardfarbtönen und ergänzenden Farbnuancen für die kniffligen Fälle ist Clearfil Majesty Esthetic erste Wahl für jeden ästhetisch arbeitenden Zahnmediziner. Das Komposit eignet sich für alle Restaurationen der Klassen 1 bis 5.

Kuraray Europe GmbH

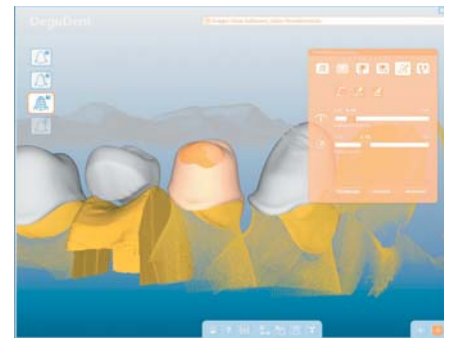
Tel.: 0 69/3 05-3 58 34, www.kuraray.de

Zirkonoxid-Technologie:

Auch für Neueinsteiger attraktiv

Der Messestand von DeguDent bot Zahnärzten auf der IDS 2007 auch diesmal einen wesentlichen Orientierungspunkt. In den Vordergrund rückte einmal mehr die Zirkonoxid-Technologie, denn aktuelle wissenschaftliche Studien haben die Indikationsvielfalt von Cercon smart ceramics nochmals eindrucksvoll belegt. Unter den Innovationen rund um dieses Vollkeramik-System stand das erstmals auf einer IDS präsentierte CAD-Modul, Cercon eye, im Mittelpunkt des Interesses – nicht zuletzt, weil es mit einer erschwinglichen Investition den Einstieg in die Zirkonoxid-Technologie ermöglicht. Aktuell interessant für die Gerüsterherstellung: Die Kombination des Laserscanners Cercon eye mit der Software Cercon art ermöglicht die Übersetzung von Modellunterlagen in einen digitalen Datensatz. Dieser wird

mit der anwenderfreundlichen Software Cercon art einfach und rationell am Bildschirm bearbeitet, sodass eine komplett virtuelle Restauration entsteht. Am Beginn steht der automatische Vorschlag des Programms für ein Gerüst. Während seiner Optimierung am Bildschirm weisen, wenn Teilbereiche zunächst unterdimensioniert wurden, ggf. rote Einfärbungen auf die Notwendigkeit, die Konstruktion zu verstärken. So wird die vorgeschriebene Mindeststärke der Verbinder sicher eingehalten. Die endgültigen Gerüstdaten werden zum Fräsen in Zirkonoxid wahlweise an eine laborseitige Cercon brain-Fertigungseinheit oder per Fernübertragung an ein Kooperationslabor bzw. zum DeguDent-„Compartis“-Fertigungsservice gesendet. Analog zu dem beschriebenen Vorge-



hen können darüber hinaus gefräste Titangerüste via Compartis geordert werden – und in Zukunft auch NEM-Gerüste. Zudem erwachsen aus dem Zusammenspiel des CAD-Moduls mit der CT-Software SimPlant mächtige Software-Tools für die Implantologie. Mit ihrer Unterstützung lassen sich schleimhautgetragene präzise Bohrschablonen herstellen.

DeguDent GmbH
Tel.: 0 61 81/59-58 47
www.degudent.de

Fluoridierung:

Rasch, angenehm und nachhaltig

Flor-Opal Varnish ist ein 5%iger Natriumfluoridlack mit natürlichen Harzen als Träger. Der Lack wird zur Fluoridierung auf Schmelz und freiliegendes Dentin aufgetragen; dank des langfristigen Verbleibs auf den Zahnoberflächen ist eine intensive Wirkung gewährleistet, und ein Auftragen muss nur in größeren Zeitabständen geschehen. Dank des Mischsystems wird ein wesentliches Problem anderer Fluoridlacke vermieden: Es kommt nicht zur Separation der Fluoride durch Sedimentierung, und die Applikation ist gezielt und einfach möglich. Flor-Opal Varnish wird in 0,5-ml-Spritzen geliefert. Zum Durchmischen sind kleine Leerspritzen angekoppelt: Durch Hin- und Herbewegung der Stempel werden Fluorid- und Lackkomponente intensiv emulgiert, sodass stets eine gleichbleibende Fluoridkonzentration sichergestellt ist. Die Aushärtung des Lackes erfolgt durch Speichereinfluss.

Zur Applikation – direkt aus der Spritze – dient der FX Flex Tip, der beflockt und biegsam ist. So können alle Flächen der Zähne erreicht und gleichmäßig bestrichen werden.

Durch die Aromatisierung – Bubblegum oder Mint – wird die Applikation von Flor-Opal Varnish von Patienten jeden Alters als angenehm empfunden.

Ultradent Products, USA
UP Dental, Tel.: 0180/10 00 78 8, www.updental.de



Chirurgie:

Kluger Mikromotor mit Licht

Der SurgicXT Plus von NSK ist ein kluger Chirurgie-Mikromotor mit Licht und bietet somit optimale Sichtverhältnisse für oralchirurgische Behandlungen. Der Mikromotor ist mit einer automatischen Drehmomenteinstellung ausgestattet. Um präzise arbeiten zu können, kalibriert das NSK-SurgicXT Plus-System die Rotationsgeschwindigkeit und das Drehmoment des Mikromotors passend zum verwendeten Winkelstück, sobald dieses an den Mikromotor angekoppelt wird. Damit ist die Genauigkeit der Geschwindigkeit und des Drehmoments garantiert. Das kluge, programmierbare elektronische System reagiert unmittelbar auf Benutzereingaben. Der SurgicXT Plus kann lange anhaltend in Betrieb sein, ohne dass signifikante Überhitzungserscheinungen auftreten. Zudem hat er ein ergonomisches Design, das komfortabel für jede Handform ist. Die neue Lichtfunktion am Handstück der SurgicXT Plus sorgt für gute Beleuchtung des Arbeitsfeldes und erleichtert, beschleunigt



und präzisiert die Behandlung. Der Mikromotor ist der kürzeste und leichteste seiner Klasse und verfügt über eine gute Balance, was besonders bei langen, komplexen Behandlungen die Ermüdung der Hand und des Handgelenks verhindert. Er ist perfekt für alle Handgrößen und ist gegenüber anderen Motoren extrem laufruhig. Der Mikromotor hat einen soliden Titankörper, was sein geringes Gewicht erklärt und seine Haltbarkeit verlängert. Das Verhältnis von großer Kraft, hohem Drehmoment und der umfangreichen Geschwindigkeitsauswahl bietet die notwendige Flexibilität, um alle Anforderungen für eine oralchirurgische Behandlung zu erfüllen. Jedes Hand- und Winkelstück hat seine individuelle Kraftübertragungsverhältnis-Charakteristik, um die absolut präzise Geschwindigkeit und das richtige Drehmoment für die komplizierten oralchirurgischen Behandlungen zu gewährleisten.

Das Verhältnis von großer Kraft, hohem Drehmoment und der umfangreichen Geschwindigkeitsauswahl bietet die notwendige Flexibilität, um alle Anforderungen für eine oralchirurgische Behandlung zu erfüllen. Jedes Hand- und Winkelstück hat seine individuelle Kraftübertragungsverhältnis-Charakteristik, um die absolut präzise Geschwindigkeit und das richtige Drehmoment für die komplizierten oralchirurgischen Behandlungen zu gewährleisten.

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.

| Zahnimplantate:

Die logische Evolution



Die Einflussfaktoren für den Erfolg einer Behandlung mit Implantaten kann man auf drei Anforderungsbereiche fokussieren, die sich als Basis-Erfolgsfaktoren herausgestellt haben: Sicherheit – Ästhetik – Handling. Nur wenn die Anforderungen in diesen drei Bereichen gleichzeitig in hohem Maße erfüllt werden, sind die Erfolgsaussichten eines Implantatsystems optimal. Das ist der Grund, weshalb bei der Entwicklung des tioLogic® Implantatsystems überdurchschnittlichen Wert auf eine intelligente Kombination bewährter Elemente mit fortschrittlichen Innovationen gelegt wurde.

Die FEM-optimierte Außengeometrie des tioLogic® Implantats wurde u. a. in Zusammenarbeit mit der Universität Bonn entwickelt. Deren umfangreiche FEM-Analysen belegen die guten Resultate, wie beispielsweise einer gleichmäßigen und schonenden Knochenbelastung unter Vermeidung von knochenschädigenden Spannungsspitzen und loka-

len Überbelastungen. Im Ergebnis konnte ein Implantatsystem realisiert werden, das durch ausgezeichnete Primär- und Sekundärstabilität überzeugt. Die Gestaltung der Innenverbindung beim tioLogic® Implantat erlaubt eine Vermeidung von ästhetisch relevanten Knocheneinbrüchen und eine ausgezeichnete Verbundstabilität. Das innovative S-M-L Konzept des tioLogic® Implantatsystems beinhaltet Aspekte wie Platform-Focussing und ermöglicht neue Perspektiven für ein individuelles, einfaches und ökonomisches Arbeiten bei hoher Sicherheit. Dem Anwender stehen fünf Implantatdurchmesser, fünf Implantatlängen und drei prothetische Aufbauvarianten (S-M-L) zur Verfügung. Optimale Abstufungen bei den Implantatdurchmessern und -längen ermöglichen ein indikationsbezogenes Vorgehen. Ein umfangreiches Programm an chirurgischen und prothetischen Komponenten sowie ein beispielhaft umfangreiches Serviceangebot für Anwender und Patient runden dieses Implantatsystem ab. Ausführliche Informationen unter www.tioLogic.com oder auf der kostenlosen tioLogic® Info-CD.

Dentaurum Implants GmbH
Tel.: 0 72 31/8 03-0
www.dentaurum-implants.de

| Behandlungsplatz für Kinder:

Neue Ausstattungsvarianten

Fridolin, der kompakte und komplett ausgestattete Behandlungsplatz, bietet alle Voraussetzungen für einen kindgerechten Zahnarztbesuch. Ohne Angst auszulösen sorgt er für entspannte Patienten und gleichzeitig bietet er Ergonomie und Funktionalität für die Behandler. Zur IDS 2007 wurde nun eine zweite Version dieses Erfolgsmodells vorgestellt. Neben der bereits erhältlichen Version, bei der ein Auszug das gesamte Zahnarztgerät unter der Liegefläche und somit unsichtbar für die kleinen Patienten verschwinden lässt, sorgt nun noch eine Version mit einem beweglichen und höhenverstellbaren Trägerarm für noch mehr Ergonomie.



Fridolin bietet dem Behandler einen kürzeren Weg zu den Instrumenten und trotzdem die Möglichkeit, das Gerät bei Beginn der Behandlung unter der Liege zu verstecken. Die Instrumente bleiben so vor den Blicken der kleinen Patienten verborgen und werden erst bei Bedarf in die individuelle Behandlungsposition gebracht. Die Lampenstange ist fest mit der Liege verbunden und dient als Klettergerüst und Halterung für Spielzeug und ist dafür sehr stabil ausgelegt. Fridolin kann in vielen verschiedenen Farbvarianten für Polster und Stahlunterkonstruktion geliefert werden. Die komplette Anschlusstechnik ist hinter einer abschließbaren Tür verborgen und kann durch einen Zentralschalter ein- und ausgeschaltet werden. Im Gegensatz zu Kinderliegen auf Basis einer Holzkonstruktion kann Fridolin auch mit elektrischen, drehmomentstarken Mikromotoren ausgestattet werden. Diese Liege wird höchsten hygienischen Ansprüchen gerecht, sie ist zudem sehr stabil und wird nach den Richtlinien des MPG gefertigt sowie mit CE-Kennzeichnung ausgeliefert. Die Montage der Kinderliege wird durch eine integrierte, von der Wasserleitung unabhängigen Frischwasserversorgung vereinfacht. Für diese Innovation hat ULTRADENT einen Gebrauchsmusterschutz erhalten. Fridolin kann mit farblich abgestimmten Hinterkopfzeilen ergänzt werden, in der sich die Absaugung oder eine Lachgaseinheit einbauen lässt.

ULTRADENT Dental-Medizinische Geräte GmbH & Co. KG
Tel.: 0 89/42 09 92-70, www.ultradent.de

| Einschnitt-Adhäsiv:

Einzigartige Darreichung

AdheSE One ist ein selbstätzendes, lichthärtendes Einschnitt-Adhäsiv. Es enthält keine organischen Lösungsmittel und wird in einer einzigartigen Form dargereicht: dem ökonomischen VivaPen. AdheSE One wird für die Haftvermittlung zwischen lichthärtenden Füllungsmaterialien und der Zahnhartsubstanz verwendet. Der VivaPen ermöglicht ein einfaches und sauberes Auftragen direkt im Mund des Patienten. Wird mehr Adhäsiv benötigt, genügt ein Click, um Material nachzufördern. Es wird mit den speziell entwickelten und auswechselbaren VivaPen Brushkanülen angeliefert und ist dadurch mehrfach

anwendbar. Der VivaPen wird durch Klicken aktiviert, bis die beflochtene VivaPen Brushkanüle benetzt ist. Das Auftragen einer Schicht AdheSE One ist ausreichend, da als Lösungsmittel Wasser verwendet wird und es aufgrund der integrierten Nanofüller zu einer homogenen Schichtbildung kommt. Durch den VivaPen wird kein Adhäsiv mehr unnötig verschwendet, da man nur so viel AdheSE One entnimmt, wie tatsächlich benötigt wird. Der VivaPen ist sehr ergiebig: es können mindestens 80 Anwendungen gemacht werden. Insbesondere bei selbstätzenden einkomponentigen Systemen ist



das Problem der Hydrolyse der Säuremonomere gegeben. Das bedeutet, dass die für die Konditionierung und Penetration in die Zahnschicht benötigten Säuremonomere in wässriger Lösung nicht stabil sind. Dadurch sinkt die Haftkraft des Adhäsivs im Laufe der Zeit kontinuierlich. Zwar kann dieser Prozess durch Kühlung verlangsamt, aber nicht gestoppt werden. Bei AdheSE One ist aufgrund patentierter stabiler Monomere die Lagerung bei Raumtemperatur ohne Qualitätseinbuße möglich.

Ivoclar Vivadent GmbH
Tel.: 0 79 61/8 89-0, www.ivoclarvivadent.de

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

Ölfreie Winkelstücke:

Jetzt auch mit Miniköpfen



Technologie: Die beanspruchten Bereiche von Kugellager und Zahnräder sind aufgrund ihrer Hartstoffbeschichtung mit Trockenschmiereigenschaft extrem verschleißfest. Zudem laufen die Instrumente auch ohne Öl wie geschmiert – sie müssen nicht geölt werden. Kein einziger Tropfen Öl kann aus dem Kopf des Instruments austreten und die Behandlung beeinflussen. Die Zahnarzhelferin hat mehr Zeit für andere Aufgaben wie etwa Prophylaxe, da die tägliche Ölpflege entfällt. SIROPure Instrumente sind zudem sterilisationsfest, sehr wartungsarm und langlebig, da Schäden wegen fehlerhafter Pflege ausbleiben. SIROPure-Instrumente mit Miniköpfen sind mit einem Eindüsen-spray ausgerüstet, das eine sehr gute Kühlwirkung erzielt. Zudem handelt es sich um ergonomisch optimierte Instrumente mit hoher Griffsicherheit und einer sehr leichten Hülse aus Titan. Anwender der Chip Blower-Funktion kommen voll auf ihre Kosten.

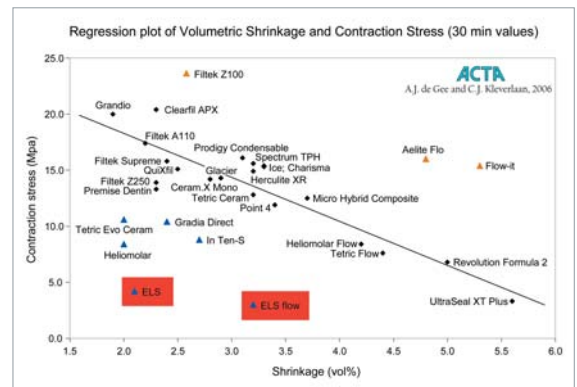
Sirona hat seine erfolgreiche Produktlinie SIROPure erweitert: Ölfreie blaue und grüne Winkelstücke (blaues Winkelstück mit Minikopf siehe links i.d. Abb.) gibt es nun auch als Variante mit extra kleinem Kopf. Gerade bei Behandlungen von Kindern oder Erwachsenen mit kleiner Mundhöhle können Zahnärzte somit auf die Vorteile der „No-Oil“-Technologie zurückgreifen: hygienisches und sicheres Arbeiten, kein Pflegeaufwand mehr nach der Behandlung, keine Ausfälle von Winkelstücken mit Miniköpfen durch Pflegefehler. Miniköpfe haben einen sehr kleinen Durchmesser und sind deutlich reduziert in der Höhe. Sie eignen sich für eine Behandlung in kleinen Mundhöhlen, da sie dem Zahnarzt optimalen Zugang ermöglichen und jederzeit gute Sicht auf die Präparationsstelle gewährleisten. Die besonderen Vorteile der SIROPure-Instrumente wiederum beruhen auf ihrer

Sirona Dental Systems GmbH
Tel.: 0 62 51/16-16 16
www.sirona.de

Wegweisendes Restaurationssystem:

Ohne TEGDMA und HEMA

Die Saremco Dental AG, mit Sitz im St.Galler Rheintal, hat das erste Komposit-Restaurationssystem ohne kurzketttige Monomere wie TEGDMA oder HEMA entwickelt. Das einzigartige System stellt einen Vorteil dar in Bezug auf die Vermeidung von allergischen Reaktionen auf diese Substanzen bei Patienten und zahnärztlichem Personal. Auch die Gefahr der Auswaschung von kurzketttigen Monomeren durch den Speichel und deren Gelangen in den Körperkreislauf ist damit beseitigt. Das komonomerfreie cmf adhesive system besteht aus cmf etch, cmf prime und cmf bond. cmf etch mit einem erhöhten pH-Wert ist ein dentinschonendes, gepuffertes Ätzel für die Totalätztechnik. Die Gefahr einer übermäßigen Demineralisierung des Dentins und deren Folgeerscheinungen, wie beispielsweise Austrocknung und Kollaps der Kollagenfasern, werden damit stark reduziert. Das System überzeugt mit ausgezeichneten Haftwerten und einer Randdichtigkeit von 100% auf Schmelz und Dentin. Aufgebaut wird die Restauration mit dem bewährten Komposit els extra low shrinkage®, das ebenfalls keine kurzketttigen Monomere wie TEGDMA oder HEMA enthält. Der Verzicht auf niedermolekulare Monomere führt zu einem zusätzlichen bedeutenden Vorteil: els extra low shrinkage® weist bei der Polymerisation eine bisher unerreichte tiefe Schrumpfspannung auf:



Saremco Dental AG
Tel.: +41-71/775 80 90, www.saremco.ch

Implantatsystem:

Turbinentechnik im Mund

Erstmals gelang es Entwicklern des schweizerischen Medizintechnik-Unternehmens Clinical House Europe GmbH gemeinsam mit Forschern des Fraunhofer-Instituts für Oberflächentechnologie Braunschweig, ein bislang im Gasturbinenbau verwendetes Beschichtungsverfahren für die Zahnheilkunde zu miniaturisieren und nutzbar zu machen. Die Technologie verbessert vor allem den Implantatserfolg durch eine dauerhafte Gesunderhaltung der Implantatumgebung (Periointegration). Unter der Bezeichnung „PerioType X-Pert“ kommt das Hightech-Implantat, das nach Vorgaben der wissenschaftlichen „Academy of Periointegration“ entwickelt wurde, im Herbst 2007 bundesweit auf den Markt. Die weiße Hochleistungskeramik Zirkonoxid wird beim PerioType X-Pert im sogenannten Gas Flow Sputtering-Verfahren mit dem grauen, metallischen Grundwerkstoff Titan atomar fest verbunden. Dirk-Rolf Gieselmann, Vorsitzender der Geschäftsleitung von Clinical House Europe und Leiter der Entwicklungsgruppe: „Diese chemische Verbindung ist die festeste Materialbindung, die man sich vorstellen kann.“ Die Tragweite dieser Entwicklung wird deutlich durch aktuelle wissenschaftliche Forschungsergebnisse. Mehr als 600.000 Zahnimplantate werden zurzeit in Deutschland pro Jahr inseriert, davon können jedoch bis zu 16 Prozent nach neun bis 14 Jahren durch Periimplantitis verloren gehen. Die neuen PerioType Implantatsysteme beugen durch ihr periointegratives Design der Periimplantitis und damit dem Implantatverlust wirksam vor.

Clinical House Europe GmbH, Tel.: +41-44/220 10 60, www.periointegration.ch

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



| Glasionomer-Zement:

Für unkooperative Patienten

Hi Dense ist ein mit sphärischer Silber-Zinn-Legierung verstärktes Füllungsmaterial. Aufgrund seines stopfbaren Charakters und der damit verbundenen schnellen Verarbeitung ist das Material besonders für Füllungen der Klassen I und II bei unkooperativen Patienten indiziert.

Seine besonderen Kennzeichen sind die

- kontinuierliche Fluoridabgabe
- geringe Mikropaltbildung
- hohe Druckfestigkeit und Härte
- starke chemische Haftung an der Zahnschubstanz
- geringe thermische Leitung



Hi Dense ist in der Pulver-Flüssigkeit-Kombination oder als Kapsel erhältlich.

SHOFU Dental GmbH
Tel.: 0 21 02/86 64-0
www.shofu.de

| Versiegelung:

Überlegener Karies-Schutz

Guardian Seal von Kerr ist ein Material zur Versiegelung von Fissuren und Grübchen. Durch seine neuartige patentierte Technologie bietet Guardian Seal überlegenen Schutz gegen okklusale Karies. Farbe und Opazität von Guardian Seal sind so eingestellt, dass das Material klinisch immer optimal erkennbar ist. Gleichzeitig ist es so transluzent, dass unter Versiegelungen auftretende Karies erkennbar bleibt.



KERRHawe SA
Tel.: 00800/41 05 05 05
www.KerrDental.com

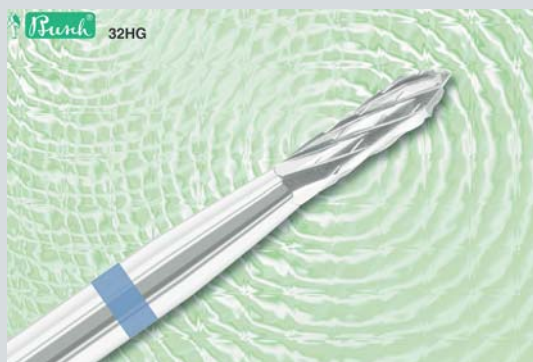
| Restauration:

Effektiver Amalgamentferner

Mit Diamantschleifern und herkömmlichen Hartmetallbohrern lassen sich alte Amalgamfüllungen nicht oder nur mühsam entfernen.

Hier hat Busch mit dem neuen Amalgamentferner 32HG in der ISO-Größe 012 ein Instrument entwickelt, mit dem sich Amalgam leicht entfernen lässt.

Eine scharfe an der Stirn überlaufende Schneide ermöglicht durch axiales Bohren ein zügiges Eindringen in die Amalgamfüllung, wobei die robuste Kreuzverzahnung bei geringer Wärmeentwicklung für ein effektives Zerspanen des Amalgams sorgt.



Zur besseren Identifizierung ist der Amalgamentferner am FG-Schaft mit einer blauen Schaftringmarkierung gekennzeichnet. Weitere Informationen können Sie beim Hersteller anfordern.

Busch & Co. KG
Tel.: 0 22 63/8 60
www.busch.eu

| Kariesbehandlung:

Hoffnung für ängstliche Kinder

Neue Hoffnung für Kinder mit großer Angst vor dem Zahnarzt verspricht eine Studie von Dr. Jan Eric Dähnhardt, Dr. Thomas Jaeggli und Prof. Dr. Adrian Lussi (alle Uni Bern), die im American Journal of Dentistry (5/2006) veröffentlicht wurde. Über einen Zeitraum von acht Monaten wurden die Karieser-

krankungen von 28 Kindern im Alter zwischen drei und elf Jahren mit Ozontherapie behandelt. Die kleinen Patienten waren von den Hauszahnärzten aufgrund vorhandener Ängste als nicht behandelbar eingestuft und zur weiteren Therapie an die Uniklinik Bern überwiesen worden. Die Mehrzahl der Kinder sollte ursprünglich unter Vollnarkose behandelt werden. Dank einer speziellen, schmerzfreien Kariesbehandlung mit Ozon konnte dies jedoch in mehr als 90 % der Fälle vermieden werden. Über acht Monate hinweg konnte die Therapie die offenen kariösen Läsionen stabilisieren und im weiteren Verlauf zu einer Remineralisa-



tion führen, ohne dass hierbei spezielle Fluoridierungsmaßnahmen notwendig waren. Allein durch die Applikation von Ozon wurden Mikroorganismen in der Kavität signifikant reduziert und dadurch die Remineralisierung gefördert. Als positiver Nebeneffekt der Behandlung mit Heal-Ozone zeigte sich, dass 93 % der Patienten im

Laufe der insgesamt fünf Behandlungen ihre Angst vor dem Zahnarzt abbauen konnten. Am Ende der Studie war es bei 94 % der Kinder sogar möglich, eine konventionelle zahnmedizinische Behandlung ohne Vollnarkose durchzuführen. Prof. Dr. Lussi: „Wir haben uns sehr gefreut, unseren kleinen Angstpatienten eine Behandlung anbieten zu können, die wirksam und schmerzfrei ist. Wir konnten mit dieser Studie bestätigen, dass Ozon einen Platz in der modernen Zahnmedizin verdient hat.“

KaVo Dental GmbH
Tel.: 0 73 51/56-15 99
www.kavo.com

Echtes minimal-invasives Implantieren

| Dr. Peter Gerstenberg

Herausnehmbare Prothetik wird für anspruchsvolle Patienten zunehmend unattraktiv. Das Interesse an feststehend funktionell und ästhetisch naturgetreuen dritten Zähnen wächst beständig. Bedauerlicherweise fallen viele interessierte Patienten durch das Raster, wenn es darum geht, mit knappem oder qualitativ schwierigem Knochenangebot fertig zu werden.

In dem hier beschriebenen und von uns präferierten implantologischen Protokoll haben sich einige grundlegende Besonderheiten bewährt, die maßgebliche Erleichterungen für Implanteur und Patienten mit sich bringen. Augmentationen, Schnittführungen und damit Nähte entfallen nahezu vollständig. Der ohnehin oft knappe oder qualitativ minderwertige Knochen wird nicht entfernt, sondern im Sinne eines Bone Spreadings lateral verdichtet. Ein sehr spitzer, langsam rotierender Knochenerweiterer wird für die erste Bohrung verwendet. Damit sind selbst Kieferbreiten von 3 mm kein Hinderungsgrund mehr für eine Sofortversorgung. Die Vorteile:

1. Da das Periost nicht vom Knochen gelöst wird, ist rasche Heilung ohne Schwellung, Schmerzen und Blutung die Regel. Oft geht es ganz ohne Schmerzmittel.
2. Der verdichtete Knochen erlaubt eine sehr hohe Primärstabilität (in der Regel über 55 Ncm), was wir für eine der Grundvoraussetzungen der Sofortbelastung halten. Die hier verwendeten Implantate sind selbstschneidend und haben eine stark konische Form (Oneday®, Reuter systems).
3. Es kommen ausschließlich einteilige Implantate zur Anwendung, was vorteilhaft

für ein schlankes elegantes Behandlungsprotokoll und zeitsparend ist.

Von zahnlos zu festen Zähnen gelingt zwar nicht immer in einer Stunde, aber doch fast immer in wenigen Stunden, vorausgesetzt, der Behandler hat seine Vorarbeiten erledigt. Dafür wird das Resultat aber auch in Bezug auf die Ästhetik höchsten Ansprüchen gerecht.

Nach grober Fallplanung erfolgt die klinische und instrumentelle Funktionsanalyse. Ein Wax-up/Set-up wird gefertigt. Danach ein doppeltes Formteil auf den Duplikatmodellen hergestellt.

Im Falle einer 3-D-navigierten Implantation wird eine Scanprothese gefertigt, mit der der Patient zum CT überwiesen wird. Die so gewonnenen Daten werden in der Software „Simplant/Materialise“ konvertiert. Diese Vorgehensweise bietet enorme Zusatzsicherheit für minimalinvasives Implantieren. Die Behandlung selbst wird am Computer vorweggenommen.

Das Risiko, Überraschungen in der OP zu erleben, schwindet enorm. Implantatschablonen stellen sicher, dass das Computerergebnis 1:1 in situ transferiert wird. Soll völlig blutleer implantiert werden, kann die Insertionsstelle mittels Laser denudiert werden. Andernfalls ist mit 1–3 Tropfen Blut zu rechnen. Antikoagulantien brauchen nicht abgesetzt zu werden.

Da sich in unseren Händen die inzisionsfreie Behandlung bewährt hat, kommen nur zahn-/gingivagetragene Implantatschablonen zur Anwendung. Weitestgehende Parallelität der Implantate ist natürlich besonders bei einteiligen Systemen wünschenswert und dank PC-Planung auch meist zu erreichen. Nachträgliches



Abb. 1: OK mit seitlich jeweils vier Implantaten.



Abb. 2: Spiegelaufnahme der fertigen Arbeiten.



Abb. 3: Zahn-/Schleimhautgetragene Implantatschablone.



Abb. 4: Provisorium am Tage der Implantation.

geringfügiges Ausrichten oder Beschleifen der Implantate ist aber grundsätzlich immer möglich. Die Abformung erfolgt in der OP-Sitzung. Naturzähne und Implantate werden hier völlig gleich behandelt. Einziger Unterschied: Das Labor gießt nicht mit Gips, sondern mit Kunststoff aus. Es folgen arbiträre Übertragung und Kieferregistrare wie bei konventionellem, feststehenden Zahnersatz. Sofort im Anschluss an die Abformung erfolgt die problemlose Fertigung der Provisorien mittels Schalen-PV oder doppeltem Formteil. Während der Einheilphase der Implantate kann in aller Ruhe der definitive Zahnersatz gefertigt werden. Wir ziehen heute Vollkeramiken auf ZrO₂-Basis den VMK-Arbeiten vor. |

[kontakt]

Reuter systems GmbH
 Vereinsstr. 27
 42651 Solingen
 Tel.: 02 12/6 45 50 89
 Fax: 02 12/6 45 50 91
 E-Mail: info@reutersystems.de
 www.reutersystems.com

Einfache und substanzschonende Präparationstechnik für Keramikveneers

| Dr. Charles M. Schoenfeld

Die Fortschritte in der Adhäsivtechnik zur Befestigung von Keramik an Schmelz ermöglichen es uns, Keramikveneers als Alternative zu Kronen in zahlreichen Indikationen wie Diastemata, Zahnfehlstellungen, Abrasionen, Schmelzfrakturen oder extremen Verfärbungen zu verwenden.

Veneers gelten aufgrund der substanzschonenderen Präparation im Vergleich zu Vollkronen als konservativ. Theoretisch mag dies wohl zutreffen, aber in der Praxis zeichnet sich bei konventionellen Veneers ein Trend zu aggressiven Präparationstechniken ab, die sich kaum von einer Dreiviertelkronenpräparation unterscheiden. Das bedeutet die gesamte Belastung einer regulären Präparation für Patient und Zahnarzt, einschließlich Lokalanästhesie und erheblicher Stuhlzeit. In vielen Fällen müssen zudem Provisorien angefertigt werden. Bei dieser Präparationstechnik reduziert sich der klinische Vorteil von Keramikveneers auf ein Minimum. Erfreulicherweise gibt es aber auch eine wirklich konservative Methode der Veneerpräparation, die vielfältige Vorteile mit sich bringt. Die auch als „No Prep“-Technik bezeichnete Methode erfordert keinen oder nur minimalen Zahnhartsubstanzabtrag. In vielen Fäl-

len kommt sie buchstäblich ohne Präparation aus, gelegentlich ist ein sehr selektives leichtes Anschleifen der Schmelzoberfläche erforderlich. Auf jeden Fall ist diese Präparationstechnik äußerst einfach und substanzschonend. Ermöglicht wurde die „No Prep“-Technik durch technische Fortschritte in der Entwicklung von anwendungsspezifischen Bondingsystemen und hochfesten Keramiken, welche die Herstellung extrem dünner Veneers erlauben. Die Dicke der Veneers reicht von 0,3 bis 0,5 mm. Somit ist kein Substanzabtrag an den vestibulären Zahnflächen erforderlich, um Platz für die Veneerstärke zu schaffen. Vielmehr können die Veneers einfach auf die Zahnoberfläche geklebt werden – bei exzellenten kosmetischen Ergebnissen und ohne aufzutragen oder das Emergenzprofil zu beeinträchtigen. Die Ausarbeitung und Konturierung im zervikalen Bereich lässt sich einfach in die Applikation des

Bondingsystems und der Keramik integrieren. Bemerkenswert ist auch, dass sowohl die Keramik als auch das Bondingsystem sich ebenso gut auch für Situationen eignen, die eine umfangreichere Zahnpräparation erfordern. Entsprechend flexibel lässt sich das System mit den unterschiedlichsten Keramikveneertechniken kombinieren. Aus der „No Prep“-Technik ergeben sich automatisch mehrere interessante Vorteile. Da die Zähne nicht präpariert werden müssen, sind auch keine Lokalanästhesie und keine provisorische Versorgung nötig. Dadurch wird die Behandlung nicht nur einfacher und schneller, sondern dient auch dem generell angestrebten Ziel der Erhaltung der Zahnschubstanz. Aus der Sicht der Patienten ist die Behandlung ohne „Spritze und Bohrer“ wesentlich angenehmer und trägt dazu bei, die Angst vor dem Zahnarztbesuch abzubauen. Darüber hinaus ist es ein immenser Vorteil, wenn die psychologische Hemm-



Lumineers Smile Design – Vor und nach der Platzierung. Es wurde keine Zahnhartsubstanz geopfert.



schwelle entfällt, die mit der Opferung von Zahnhartsubstanz verbunden ist. Es ist für den Patienten sehr beruhigend zu wissen, dass die natürlichen Zähne unversehrt bleiben. Der Patient kann jederzeit zum ursprünglichen Gebisszustand zurückkehren – auch wenn ein solcher Wunsch eher unwahrscheinlich ist – da die „No Prep“-Technik reversibel ist. Wenn dagegen Zähne präpariert werden, ist dieser Prozess unumkehrbar. Ein weiterer Nutzen der „No Prep“-Technik ist in der verringerten Inzidenz von Pulpensensitivität zu sehen sowie in der sicherlich geringeren Wahrscheinlichkeit, eine Pulpennekrose zu verursachen. Eine weitere Besonderheit dieser Technik ist die Möglichkeit, bestehenden ästhetisch insuffizienten festsitzenden Zahnersatz mit adhäsiven Keramikveneers zu versehen. Oft sind ältere Kronen oder Brücken funktionell und biologisch noch einwandfrei, aber mit der Zeit unansehnlich geworden. Hier ist es für den Patienten ein großer Vorteil, die bestehende Prothetik ästhetisch korrigieren zu können, ohne sie ersetzen zu müssen. Kurz und gut, das Schöne an der „No Prep“-Technik ist, dass sie eine sinnvolle therapeutische Alternative mit vielen Vorteilen für Patient und Behandler und praktisch ohne Nachteile bietet. Der Erfolg der „No Prep“-Technik ist durch zahlreiche seriöse klinische Studien und viele Kasuistiken belegt. Strassler¹ untersuchte 30 Patienten mit insgesamt 167 „No Prep“-Veneers über einen Beobachtungszeitraum von fast 20 Jahren. Bewertet wurden Farbstabilität, Randspaltbildung, Randverfärbungen und Sekundärkaries. Strassler und Weiner^{2,3,4} untersuchten die Farbstabilität, Randspaltbildung und marginale Verfärbungen von „No Prep“-Veneers über Zeiträume von 7 bis 20 Jahren. Griswald et al.⁵ evaluierten 127 „No Prep“-Veneers an 46 Patienten nach ein bis zwei Jahren auf Keramikfrakturen, Parodontalzustand und Farbstabilität. Yu et al.⁶ verglichen zwei parallele Gruppen mit jeweils 30 „No Prep“-Patienten und 30 konventionell präparierten Fällen miteinander. Der Parodontalzustand wurde anhand von Gingivaindex, Plaqueindex und Blutungsindex be-



Patient – Platzierung von Lumineers Anfang der 80er-Jahre.



Situation nach 20 Jahren – leichte Verfärbungen.



Derselbe Patient nach der Entfernung der Lumineers. Die eigenen Zähne sind komplett und funktionstüchtig erhalten.



Patient nach der Platzierung neuer Lumineers.



Lumineers Keramikveneers – so hauchdünn wie Kontaktlinsen.

stimmt. Der Dental Advisor⁷ führte eine Evaluation der Einjahresergebnisse von 25 Patienten mit 32 „No Prep“-Ve-



neers und 40 konventionell präparierten Veneers durch. Die Veneers wurden auf Frakturen und Abplatzungen, Farbharmonie, marginale Verfärbungen und Abnutzung untersucht. Strassler und Nathanson⁸ berichteten über 60 Patienten mit 291 Veneers und Beobachtungszeiträumen von 18 bis 42 Monaten. 40% waren „No Prep“-Veneers, der Rest konventionell präpariert. Bei allen genannten Studien waren die Ergebnisse für die „No Prep“-Veneers sehr positiv. In keiner Studie ergaben sich Daten zugunsten der konventionell präparierten Veneers. Des Weiteren wurden zahlreiche Fallberichte veröffentlicht, allesamt mit positiven Ergebnissen für „No Prep“-Veneers.⁹⁻¹⁸ Zusammenfassend ist festzustellen, dass die „No Prep“-Technik eine sehr vorteilhafte Behandlungsalternative für eine Vielzahl klinischer Indikationen darstellt. Die Technik erlaubt hervorragende Resultate und bietet zahlreiche Vorzüge für Patient und Behandler gleichermaßen. Die äußerst positiven Ergebnisse sind auch im Rahmen von Langzeituntersuchungen in vielen klinischen Studien und Kasuistiken belegt. |

Die Literaturliste kann in der Redaktion unter der E-Mail: zwp-redaktion@oemus-media.de angefordert werden.

Keramikimplantate – Hoher Bedarf stimmt optimistisch

| Redaktion

Z-Systems kann auf eine langjährige Erfahrung in der dentalen Implantologie zurückblicken. Auch auf der diesjährigen IDS in Köln konnte das Unternehmen die Messebesucher mit seinem bewährten Z-Look3 Implantatsystem überzeugen.

Das Produkthighlight von Z-Systems auf der diesjährigen IDS war das bestehende Implantatsystem Z-Look3, welches in den letzten Jahren kontinuierlich verbessert wurde, speziell in den Bereichen Handling und Stabilität durch leichte Geometrieänderungen. Bei dem Implantatsystem Z-Look3 konzentrierte sich der Hersteller auf bereits bestehende Qualität: Dazu hat Z-Systems das bewährte Implantatdesign mit der Kompetenz und Erfahrung eines Marktführers für dentale und medizintechnische Keramikprodukte verbunden. Das dabei verwendete „geHIPte“ Zirkonoxid wird seit 20 Jahren bei Hüftimplantaten und seit 10 Jahren bei Dentalprodukten verwendet und wurde fortlaufend weiterentwickelt. Z-Systems Vorstand Matthias Zierold über diesen Vormarsch der Vollkeramik: „Ich sehe in vielen nationalen Märkten eine ver-



Matthias Zierold, Vorstand der Z-Systems AG Deutschland.

stärkte Nachfrage nach Keramikimplantaten, deren Biokompatibilität und den Vorzügen in der roten Ästhetik. Die sehr guten Ergebnisse in vielen Bereichen, wie z. B. geringerer Knochenrückgang oder Weichgewebsmanagement stimmen uns positiv. Immer mehr Anwender entscheiden sich für vollkeramische Implantatversorgungen, d. h. vom Implantat bis zur Krone, alles aus einem Werkstoff – Zirkonoxid. Im Moment sind wir noch eine Alternative zum Titanimplantat, die bereits angesprochenen Vorteile (neben der weißen Farbe), die steigende Zahl von Kunden und Nachbestellungen, zeigen das typische Marktverhalten bei Innovationen und Markteinführungen von Dental- und Medizinprodukten.“

Im Bereich Fort- und Weiterbildung bietet Z-Systems seinen Kunden eine Vielzahl von Informationsveranstaltungen an, die den Einstieg mit Z-Look Implantaten wesentlich erleichtert. Termine finden Sie im Internet unter www.z-systems.de. Ab diesem Sommer gibt es zusätzlich Z-Scout, einen dreidi-

mensionalen Planungsservice. Z-Scout ist eine Dienstleistung, die es dem Implantologen ermöglicht, mit geringem Zeitaufwand eine dreidimensionale Darstellung der Situation inkl. Planungsvorschlag der Z-Look3 Implantate zu erhalten. Selbstverständlich kann der User die Positionierung der Implantate noch ganz nach seinen Vorstellungen verändern. Anschließend wird die Planung in eine Bohrschablone umgesetzt.

| Ziele des Unternehmens

Trotz des anhaltenden Erfolges will sich Z-Systems auch in Zukunft kontinuierlich verbessern, die Marktanforderungen bestmöglich befriedigen und ein gutes und gesundes Wachstum sicherstellen. Matthias Zierold über die Ziele des Unternehmens: „Als Pionier mit einem anderen Materialansatz hatten bzw. haben wir viele Hürden zu überwinden. Mit unserer Qualität sind wir zufrieden. In der Zukunft wollen wir auf vielen Gebieten schneller werden – auch im Produktbereich, wie z. B. bei der Oberfläche. Unsere jetzige Oberfläche osseointegriert sehr gut, neue Ansätze werden eine schnellere Osseointegration sicherstellen.“

Wir haben einen konservativen und qualitätsorientierten Weg gewählt und werden diesen auch weiterhin verfolgen. Ohne Sicherstellung der Qualität werden Neuerungen nicht an den Markt kommen. Mit unserer Muttergesellschaft, der Metalordental Gruppe, haben wir einen wertvollen Partner, sind in der Zwischenzeit sehr gut in die Organisation integriert, haben ein sehr gutes Team, können auf viele Ressourcen zurückgreifen – dieses ‚Paket‘ stimmt mich optimistisch und zuversichtlich für die Zukunft.“ |

[kontakt]

Z-Systems AG
Lohnerhofstraße 2
78467 Konstanz
Tel.: 0 75 31/28 24-0
Fax: 0 75 31/28 24-24
E-Mail: info@z-systems.de
www.z-systems.de

kurz im fokus

Dürr bringt Eleganz in Praxen

Ein weiterer klingvoller Name bereichert jetzt die beliebte Dürr Praxis-Collection: Kahla, „Porzellan für die Sinne“ aus der thüringischen Traditionsmanufaktur bringt Stil und Eleganz in die Praxis. Mit frischen Farben und elegantem Design stellen sie eine geschmackvolle Ergänzung zum exklusiven Kristallglas von Schott Zwiesel dar – Marken, die wie Dürr Dental Spitzenqualität aus Deutschland verkörpern. Bei einer Bestellung von vier 2,5-l-Flaschen aus der Dürr Systemhygiene, wird zusätzlich ein 2er-Set Kaffeetassen mit Untertassen gratis mitgeliefert. Zu einer Lieferung von acht Flaschen kommt das komplette 4er-Set kostenlos mit ins Haus. Das Angebot gilt in Deutschland und Österreich und ist bis Ende Juni 2007 befristet.

Carestream Health + Kodak

Zum 1. Mai nahm Carestream Health, Inc. offiziell seine operativen Geschäfte als unabhängiges Unternehmen mit über 8.100 Mitarbeitern und weltweit über zehntausend Kunden in 150 Ländern auf. Mit einem Jahresumsatz von fast 2,5 Milliarden US-Dollar ist Carestream Health – aus dem Eastman Kodak Konzern hervorgegangen – eines der führenden Unternehmen auf dem Markt für Bildverarbeitung und IT-Lösungen im Gesundheitsbereich mit einer breiten Palette traditioneller und digitaler Lösungen für die Bereiche Zahnmedizin, Medizin, Molekular-Imaging-Systeme und zerstörungsfreie Materialprüfung. Carestream Health wird weiterhin seine Produkte unter den Markennamen „Kodak“ vertreiben. Carestream Health besitzt nun alle ehemaligen Health Group Sub-Marken wie RVG, SoftDent und OrthoTrac, um nur einige zu nennen.

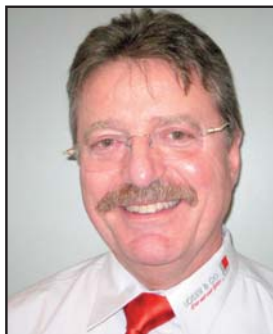
Henry Schein lässt kochen

Das Henry Schein Dental Depot übernimmt ein Jahr lang die Personalkosten für den Kinder- und Jugentisch e. V. Immersatt. Denn Immersatt hat ein besonderes Anliegen. Der Verein betreut Kinder vor Ort und liefert mehrere hundert Mahlzeiten täglich an weitere 24 Kinder- und Jugendeinrichtungen in Duisburg. Er organisiert sich mit ehrenamtlichen Helfern, finanziert sich über Spenden. Peter Klein, Geschäftsführer von Immersatt, ist begeistert: „Das Socialsponsoring von Henry Schein ist vorbildlich. Einen Kühlschrank oder einen Herd bekommen wir schnell mal hingestellt, aber Personalkosten sind etwas anderes. Die meisten Unternehmen schrecken vor einem langfristigen Engagement zurück. Wir brauchen noch mehr davon!“

Nachruf

Die Dentalfamilie trauert um Gerd Loser

Am 14. April starb Gerd Loser bei einem tragischen Motorradunfall. Mit gerade 57 Jahren wurde ein engagierter Unternehmer mit großem Sachverstand und ein Mensch mit einer äußerst positiven Ausstrahlung mitten aus dem Leben gerissen. Die Trauer um diesen Verlust ist sehr groß. Gerd Loser, ein erfolgreicher Unternehmer, wirkte seit fast 30 Jahren in der Dentalbranche auf nationaler wie internationaler Ebene. Gerd Loser war ein erfolgreicher Unternehmer. Er gründete LOSER & CO 1990 in Leverkusen. Mit einem feinen Gespür für Innovationen und künftige Trends griff er internationale Neuheiten auf und führte diese in den deutschen Markt ein. Immer war er mit seinen Produkten eine Idee voraus. So manch eine Produktgruppe bot er als Erster im deutschen Markt an. Mit dieser Strategie platzierte Gerd Loser das eigene Unternehmen in den vergangenen 16 Jahren erfolgreich im deutschen Markt. LOSER & CO wird in seinem Sinne weitergeführt, seine Ideale und Ziele werden weiterhin umgesetzt. Gerd Loser war mit der dentalen Welt eng



Die Dentalfamilie trauert um Gerd Loser, den erfolgreichen und beliebten Unternehmer aus Leverkusen.

verbunden. Er beschäftigte sich stets intensiv und kontinuierlich mit der Zahnmedizin und Zahntechnik. Dadurch erwarb er ein umfassendes, fundiertes Fachwissen. Gerd Loser wurde zum anerkannten Autor zahlreicher Fachartikel. Darüber hinaus hielt er weltweit Vorträge an Universitäten, bei Tagungen und Study-Clubs. Gerd Loser war beliebt. Er schätzte es sehr, so viele langjährige Mitarbeiter zu haben. Seine Fröhlichkeit, seine Menschlichkeit und seine Gelassenheit machten das Arbeiten und Leben mit ihm angenehm und werden fehlen. Gerd Loser war aktiv. Seit vielen Jahren war er begeisterter Motorradfahrer. Gemeinsam mit seiner Frau Bettina und Freunden unternahm er einmal im Jahr eine ausgedehnte Motorradtour. Er freute sich auf eine neue Biker-Saison. Unbegreiflich sein plötzlicher Tod. Zurück lässt er seine fassungslosen Freunde, Mitarbeiter, Partner und vor allem seine Ehefrau. Wir trauern mit ihnen.

LOSER & CO GmbH
Tel.: 0 21 71/70 66 70, www.loser.de

NWD lädt zur „Summer Sale 2007“

Münster wird Mekka für moderne Dentalprodukte



Die NWD Gruppe erwartet zur „Summer Sale 2007“ Zahnärzte und Dentallaborinhaber aus ganz Deutschland.

Vom hochmodernen dentalen 3-D-Röntgengerät, CAD/CAM-Technik für Labor und Praxis, über innovative Behandlungseinheiten bis hin zu aktuellen Gebrauchsartikeln für die Zahnarztpraxis und das zahn-technische Labor – das Mekka für Dentalprodukte liegt am Freitag (13–19 Uhr) und Samstag (9–15 Uhr), 1. und 2. Juni 2007, im westfälischen Münster. Zahnärzte, Dentallaborinhaber und deren Mitarbeiter aus ganz Deutschland werden mit ihren Familien zur „Summer Sale 2007“ der NWD Gruppe auf dem Firmengelände an der Schuckertstraße 21 erwartet.

Etwa 80 führende Hersteller der Dentalindustrie präsentieren Technik auf dem neuesten Stand. Einen vergleichbaren Überblick können sich die Zahnärzte und Zahntechniker sonst nur im Gedränge der großen Leitmessen verschaffen. Bei der NWD Summer Sale dagegen kann man sich in Ruhe beraten lassen. Weitere Anreize für die Reise nach Münster sind attraktive Sommer-Sonderpreise sowie ein umfangreiches Rahmenprogramm mit Fachvorträgen und -informationen, Spezialitäten-Büfett und Wein-Degustation, eine Tombola sowie abwechslungsreiche Kinderbetreuung. Weitere Informationen:

NWD Gruppe, Tel.: 02 51/76 07-320, www.nwd-gruppe.de

IMPLANTOLOGIE Handbuch

'07



[dental business]

Das Who's Who im Dentalmarkt

Das neue Wirtschaftsmagazin „dental business“ der Oemus Media AG erscheint in Deutsch und Englisch und berichtet über die neuesten Entwicklungen innerhalb der deutschen Dentalbranche. Die vierteljährliche Erscheinungsweise richtet sich im Wesentlichen nach dem laufenden Geschäftsjahr und bespricht neben Nachrichten, Interviews und Kongressberichten auch aktuelle Produktentwicklungen, sagt Redaktionsleiterin Susann Luthardt.

Das Magazin erscheint in einer Auflage von 1.000 Exemplaren und richtet sich an die wichtigsten Entscheider sowie Mitarbeiter der in- und ausländischen Dentalindustrie. Das Interesse an mehr Informationen über die deutsche Dentalwirtschaft hat in den letzten Jahren weiter zugenommen. Nach Angaben des Verbandes der Deutschen Dental-Industrie (VDDI) betrug der Umsatz in diesem Industriezweig zuletzt über drei Milliarden Euro und wird so nur von den USA übertroffen. Neben dem Themenschwerpunkt Dentalmarkt wird „dental business“ auch Reportagen, politische und wirtschaftliche Hintergrundberichte sowie aktuelle Produktbesprechungen bieten. Zu-

sätzlich sollen Artikel aus den Bereichen Marketing und Statistik im Vordergrund stehen. „dental business“ wird wertvolle Informationen liefern, um so die deutsche Dentalbranche bei der Umsetzung ihrer Ziele hinsichtlich Kompetenz und Qualität zu unterstützen, verspricht Susann Luthardt. Und auch Lutz Hiller, Mitglied des Vorstandes bei der Oemus Media AG, betont: „Dentale Fachpublikationen gibt es für Generalisten und Spezialisten in vielfachen Ausführungen. Dennoch werden wichtige Marktinterna der internationalen Dentalbranche oftmals nicht gezielt an eine ausgesuchte Leserschaft gerichtet und erleiden damit einen hohen Streuverlust und führen zu Verunsicherungen. Wir werden mit der ‚dental business‘ Mitteilungen und Nachrichten für die Industrie- und Handelsvertreter sowie Meinungsbildner des Dentalmarktes in einer Publikation konzentrieren, eigens aufbereiten und veröffentlichen.“

Weitere Informationen:

Oemus Media AG

Andreas Grasse

Tel.: 03 41/4 84 74-2 01

E-Mail:

grasse@oemus-media.de

www.oemus-media.de



→ Gesamtübersicht deutscher Implantologiemarkt

→ Vorstellung Implantatsysteme

→ Marktübersichten Implantatsysteme und Ästhetikkomponenten aus Keramik

→ Marktübersicht Knochenersatzmaterialien

→ Marktübersicht Membranen

→ Vorstellung Implantologie Equipment

→ Marktübersicht Chirurgieeinheiten

→ Implantologie-Zahntechnik/Prothetik

→ Fachgesellschaften, Berufspolitik und Patienteninformation

Faxsendung an 03 41/4 84 74-2 90

Bitte senden Sie mir das aktuelle Implantologie Handbuch '07 zum Preis von 50 € zzgl. MwSt. und Versandkosten (kein Rückgaberecht).

Praxisstempel

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Fax: _____

E-Mail: _____

Unterschrift ✕ _____

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-0
Fax: 03 41/4 84 74-2 90





Wolfgang Spang
(ECONOMIA Vermögensbe-
ratungs- und Beteiligungs-GmbH)

[expertentipp]

Erpressung?

Laut Presseberichten wachsen Chinas Währungsreserven um ca. 1,5 Mrd. Dollar am Tag – Ende März waren es rd. 1,2 Billionen Dollar! Bisher wird der größte Teil davon in US-Staatsanleihen angelegt. Davon profitieren die USA, weil ihnen die Chinesen einen wesentlichen Teil des Handelsbilanzdefizites so bequem finanzieren. Im Gegenzug lassen die USA dafür die Chinesen an die Rohstofftöpfe, denn China leidet unter einem chronischen Rohstoffmangel. Jetzt würde es mich interessieren, was passieren würde, wenn die Chinesen aus einer Laune heraus oder weil sie verärgert wurden, den Amis auf einen Schlag alle ihre Dollars präsentieren und ins Land zurückschütten. Ich kann mir schwer vorstellen, dass die USA das verkraften. Oder was würde passieren, wenn die Chinesen plötzlich

dieses Geld nicht mehr in Dollars, sondern in Euros anlegen? Ich glaube, das hätte keine rosigen Folgen, weder für die Europäer noch für die Amerikaner. Und was passiert, wenn die Chinesen ihren immensen Rohstoffbedarf zunehmend außerhalb der amerikanischen Kontrollsphäre eindecken, z. B. für Euros Öl aus dem Iran beziehen? Wie lange würden sich das die Amerikaner gefallen lassen? Wenn ich mich recht erinnere, hatte der Irak vor dem Einmarsch der Amerikaner Vereinbarungen mit den Franzosen geschlossen für die Lieferung von Öl gegen harte Euros, und nach den Recherchen der US-Geheimdienste war ja der Irak auch kurz vor dem Bau einer Atombombe. Oder waren das doch nur Slogans aus der Marketingabteilung des Weißen Hauses? Die eine oder andere Äußerung von Paul Wolfowitz, heute skandalumwitterter Weltbank-Chef, davor stellvertretender US-Verteidigungsminister, lässt das durchaus vermuten. Nun aber zurück von der Weltbühne in die kleine Welt der Investmentfonds. Die Fondsgesellschaft Union leidet seit einiger Zeit unter heftigem Manager-Aderlass.

Themenwechsel: Nach Dr. C. Bruns und Thomas Meier hat der dritte Stern am Union Fondshimmel, Olgerd Eichler, die Union verlassen und arbeitet nun im Team von MainFirst mit H.-P. Schupp und A. Beldsnijder. Und wieder werden in den nächsten Monaten viele Volks- und Raiffeisenbanken einen Fonds verkaufen, in dem schon gar nicht mehr drin ist, was draufsteht. Hauptsache der Fonds hat (noch) viele Sterne und eine gute Presse aufgrund der vergangenen Arbeit von Eichler.

Sicherer Fonds auch in stürmischen Zeiten

Schade, dass Sie ihn nicht gekauft haben und dabei sind. Lange bevor die „FINANCIAL TIMES und „Capital“ den Greiff Special Situations zum Kauf empfohlen haben, habe ich Ihnen in der ZWP 07/08 2006 den Fonds ans Herz gelegt. Mit sehr geringer Schwankung und niedrigem Risiko (Volatilität 4,5% und Sharpe Ratio 2,1) hat der Fonds eine exzellente Performance hingelegt. Kein Wunder, dass die angestrebten 50 Millionen Fondsvolumen in kurzer Zeit von einer Handvoll institutioneller Investoren und „Family offices“ und einigen von mir persönlich beratener Klienten gekauft wurden. Der Fonds investiert in Aktien von Übernahmekandidaten und zwar nur solche, bei denen die Übernahme schon prinzipiell geregelt ist, denn „wenn ein Übernahmeangebot gemacht ist, dann fällt im Normalfall der Aktienkurs nicht mehr unter den Angebotspreis, er kann aber durchaus noch steigen“ (Sammüller).

Im letzten Jahr überrollte eine Übernahmewelle die Märkte förmlich. Im ersten Quartal 2007 sind die Übernahmeaktivitäten zwar zurückgegangen, aber Dirk Sammüller, der Manager des Greiff Social Situations Fund, hält das nur für ein kurzfristiges Luftholen. Die Voraussetzungen für die nächste Welle sind nach Sammülers Meinung noch gut, denn „viele Private Equity Gesellschaften sitzen auf prall gefüllten Kassen und wollen ihr Geld gewinnbringend investieren. Da viele Gesellschaften kaum noch Potenzial haben, aus sich herauszuwachsen, sind Übernahmen eine logische Option“.

Die Fondsgesellschaft hat jetzt bekannt gegeben, dass sie vorerst keine weiteren Gelder annimmt, denn die Strategie des Fonds funktioniere nur mit kleinen Volumina. Schade, dass Sie nicht dabei sind – aber für Interessenten gibt es eine Warteliste bei der Fondsgesellschaft. Wenn Sie Interesse haben, dann melden Sie sich einfach bei mir.

Neuer Fonds – zuGreiffen!

Die Chance ist vorerst vorbei. Bei meiner aktuellen Empfehlung, dem Greiff Blue Chip OP können Sie wieder abwarten oder zuGreiffen.

Es handelt sich um einen neuen internationalen Aktienfonds, der von einem meiner Lieblingsfondsmanager, dem erfahrenen und erfolgreichen Peter Dreide, gemanagt wird. Der Fonds investiert in Standardwerte aus Nordamerika, Europa und Japan, die Dreide mithilfe seines bewährten quantitativen Modells identifiziert. Insofern also nichts Neues. Im Gegensatz zu seinen sehr erfolgreichen Value-Fonds (z. B. 4Q-Value Fonds Universal) ist er bei der Fondsauswahl nicht auf Valuetitel begrenzt, sondern verfolgt einen klassischen Blend-Ansatz. Es finden daher auch Wachstumswerte Berücksichtigung, was nach über sechs Jahren nahezu ununterbrochener Phase der Outperformance von Value über Growth sicherlich sinnvoll ist.

Der Fonds wird stets voll investiert sein und ein ausgewogen strukturiertes Portfolio von 60 bis 70 Werten halten. Währungsrisiken werden flexibel gesichert, analog zur Praxis bei den Futures.

Wie Sie inzwischen wissen, lege ich bei den von mir empfohlenen Fonds großen Wert auf eine funktionierende und strukturierte Risikokontrolle. Dreide verwendet beim Greiff Blue Chip eine neue Absicherungssystematik. Die Absicherung mittels Futures wird nicht permanent genutzt, sondern nach entsprechenden Signalen, die das quantitative Modell von Peter Dreide liefert. Damit spielen Emotionen und Bauchentscheidungen keine Rolle. Im Ergebnis soll verhindert werden, dass der Fonds in Phasen stärkerer Korrekturen zu viel verliert. Der komplette Investmentprozess einschließlich der Absicherungssystematik, die über gängige Indexfutures erfolgt, hat sich bereits in einem institutionellen Mandat bewährt, das Dreide mit großem Erfolg seit rund zwei Jahren managt.

Meines Erachtens ist der Fonds ein guter Fonds auch für stürmischere Zeiten, die uns möglicherweise über kurz oder lang nach vier sehr guten Börsenjahren ins Haus stehen.

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-vermoegensberatung.de



Wie Sie auch 2007 gute Renditeschiffe finden

| Wolfgang Bauer

Anleger können nach wie vor mit Schiffsbeteiligungen vom boomenden Welthandel profitieren – es kommt nur darauf an, in welche Schiffe man investiert.

Insgesamt über 95% des weltweiten Warenumschlages werden heute auf dem Wasser bewegt, das meiste in Containern. Seit 1996 hat sich die Anzahl der Containerschiffe verdoppelt und Experten gehen davon aus, dass diese Entwicklung sich mit einer Steigerungsrate von ca. 10% p.a. fortsetzt. Viele deutsche Anleger profitieren von diesem Trend: Mit 26,5 Mrd. Euro investiertem Kapital sind sie die weltweit führenden Schiffsfianzierer. Viele Experten warnen zwischenzeitlich vor Überkapazitäten in der Containerschiffahrt, eine genaue Analyse ist deshalb angebracht. So kommen in den nächsten Jahren vor allem Containerriesen auf den Markt, die nicht jeden Hafen anlaufen können, deshalb gilt für den Anleger: Schiffsmarkt ist nicht gleich Schiffsmarkt. Es lohnt sich ein Blick auf die Kosten.

[kontakt]

Finanz-Forum Laichinger Alb GmbH
Daniel-Mangold-Str. 10
89150 Laichingen
Tel.: 0 73 33/92 22 98
Fax: 0 73 33/92 22 97
E-Mail: info@finanz-forum.biz

Der Markt für Containerschiffe über 3.000 TEU ist derzeit nicht einfach. Wurde das Schiff allerdings zum richtigen Zeitpunkt günstig erworben, bestehen deutliche Chancen auf hohe Einnahmen. Die rühmliche Ausnahme von der Regel ist die Sea Class V CSCL Rotterdam (Ausschüttung von 7% p.a. auf 18% steigend – durch Tonnagesteuer fast steuerfrei). Das Panamax Containerschiff mit 4.250 TEU bietet die Chance auf lukrative Renditen – bei vergleichsweise geringem Risiko. Das Fondskonzept ist sehr konservativ konzipiert. Bevor man in eine Schiffsbeteiligung investiert, sollte diese kritisch überprüft werden. So sollten die Schiffsbetriebskosten, Zinsen, Tilgung und Ausschüttungen mit den Charraten verglichen werden, um einen Plausibilitätstest zu machen. Bei der KGAL Sea Class V kommt man zum Ergebnis, dass alle Kosten durch die langfristige Festcharter gedeckt sind. Es besteht sogar die berechnete Chance auf höhere Chartererlöse am Ende der Festcharter. Die KGAL, eine Tochtergesellschaft der Dresdner Bank, Hamburger Sparkasse, Bayerische LB und Sal. Oppenheim, hat in 35 Jahren über 294 Fonds aufgelegt und verwaltet rund 22,5 Mrd. Euro Kundengel-

der für etwa 87.000 Investoren. Der Reeder V-Ships ist mit 21.600 Mitarbeitern und einer bereederten Flotte von 900 Schiffen der größte unabhängige Schiffsmanger der Welt. Das Schiff wurde von Samsung Heavy Industries in Korea gebaut und ist mit 20 Schwesterschiffen ein globaler Bestseller und damit ein bewährtes Serienprodukt, das sich durch hervorragende technische Parameter auszeichnet. Es verfügt über 400 Kühlcontainerschlüsse und hat mit 24 Knoten eine hohe Dienstgeschwindigkeit. Die niedrige Seitenhöhe bietet Vorteile bei der Bemessung von Gebühren für Häfen, Fahrwassern, Kanälen usw.

| Im Einkauf liegt der Gewinn

Die KGAL hat das Schiff im Mai 2006 zu einem sehr günstigen Preis von 47 Mio. US\$ erwerben können, der Zeitwert laut aktuellen Gutachtern liegt bei 57 Mio. US\$, der Neubaupreis sogar bei über 60 Mio. US\$. Die Sea Class V ist bis 2012 an China Shipping Charters Lines fest verchartert, mit einem Dynamar Rating von 2-3 (Skala von 1-10) liegt der Charterer im sehr guten Bonitäts-Bereich.

Es ist ein konservativer Schiffsfonds mit hoher Eigenkapitalquote von über 60%. Die Festcharter liegt aktuell bei 17.900 \$ pro Tag, einmalig besteht das Recht, den Chartervertrag nochmals zwei Jahre zu 18.400 US\$ zu verlängern. Der Prospekt kalkuliert dann mit 27.500 US\$, später mit 23.500 US\$. Aktuell gehen Marktanalysen von 33.000 – 34.000 US\$ aus, die langfristige Durchschnittscharter am Markt liegt seit 2002 (also inkl. Krise) sogar bei 35.000 US\$ für diese Schiffsklasse. Trotz dieser anfangs niedrigen Charraten rechnet sich die Beteiligung gut – eben wegen des günstigen Einkaufs. Es gibt eine große Chance auf deutlich höhere Ausschüttungen ab 2012 und im Worst-Case-Fall gibt es genügend Sicherheit nach unten. Die Ausschüttung beträgt am Anfang 7% p.a. und unterliegt der günstigen Tonnagebesteuerung. Nach der Entschuldung kann die Ausschüttung auf 18% p.a. angehoben werden. Die Beteiligung ist ab 15.000 Euro zuzüglich 5% Agio möglich. Dieses Schiff eignet sich auch bestens für Investoren, die bisher noch keine Erfahrungen mit Schiffen sammeln konnten. Bis Mitte Juni besteht die Chance zum Beitritt, dann dürfte dieses erstklassige Schiff vergriffen sein. |



befindet sich bei Badaling das größte Bauwerk der Welt – die Große Mauer. Bis heute gibt es unterschiedliche Meinungen darüber, ob man die 6.000 Kilometer lange Mauer tatsächlich vom Weltall aus sehen kann. Fakt ist: Die geschäftstüchtigen Chinesen verkaufen ihr Weltwunder gut – auf einer Art Rodelbahn ziehen kleine Wagen die Besucher nach oben auf den steilen Mauerabschnitt. Dort angekommen, verkaufen Händler lautstark Getränke, Fotos und allerlei Souvenirs.

| Der alltägliche Wahnsinn

Zurück in Harbin. Die Hauptstadt der Heilongjiang-Provinz wird aufgrund seiner sibirischen Kälte von -40 Grad im Winter „Stadt des Eises“ genannt. Jedes

Eine Langnase im Reich der Mitte

| Claudia Hartmann

Ich sitze im Zug von Harbin nach Peking. Alles ist mir bereits vertraut – die ruckenden Waggons, die neugierigen Blicke auf die einzige „Langnase“, wie Nicht-Asiaten genannt werden, die Doppelstockbetten, ja selbst das Schnarchen und Türenknallen. Ein Semester verbringe ich im Reich der Mitte, um Studenten in Harbin, einer 4-Millionen-Stadt im Norden Chinas, Deutsch beizubringen. Nun werde ich in Peking einen Freund aus der Heimat treffen und ihm die Stadt zeigen. Nach 16 Stunden Fahrt erreiche ich die chinesische Hauptstadt.

In der eigentlichen Stadt Peking wohnen 7,5 Millionen Einwohner, im gesamten Verwaltungsgebiet, das in etwa so groß ist wie Thüringen, sind es sogar 15 Millionen. Dementsprechend chaotisch ist das Verkehrssystem. Die Fuß- und Fahrradwege mit der anschließenden vierspurigen Straße sind so groß, dass eine Ampelschaltung zum Überqueren gar nicht ausreicht. Das Erstaunliche ist jedoch die Gelassenheit auf den Gesichtern der Verkehrsteilnehmer. Und daran können weder das Hupen noch die Staus, der Smog oder das Fahrradgebimmel etwas ändern. Das Stadtbild ändert sich beinahe täglich: Kleine Häuser werden zugunsten von großen Klötzern abgerissen. Zwischendrin sieht man Händler, spielende Kinder und Menschen, die mitten im größten Lärm auf ihrem Gemüsekarren schlafen.

China hat eine Jahrtausend alte Kultur. So ist es nicht verwunderlich, dass es in Peking neben den modernen Gebäuden

auch viele alte Paläste, Pagoden und Tempel gibt. Vier Sehenswürdigkeiten sind quasi Pflicht für jeden Besucher: Mitten im Zentrum Pekings befindet sich die sogenannte Verbotene Stadt, die von der Unesco zum Weltkulturerbe ernannt wurde. Unter den gelben, mit Drachen verzierten Dächern, wohnten hier einst der Kaiser mit seinen Konkubinen, Zofen und Eunuchen. Die Thron- und Audienzhallen des Kaiserpalastes haben alle klangvolle Namen, wie zum Beispiel die „Halle der höchsten Harmonie“ oder der „Palast des Altwerdens in Frieden“. Eine weitere sehenswerte Anlage in Peking ist der Himmelstempel. Die blaue, runde „Halle des Erntegebetes“ wird als vollkommenster Bau klassischer chinesischer Architektur bezeichnet und zieht jährlich zahlreiche Besucher an. Ähnlich verhält es sich mit dem prächtigen Sommerpalast am Kunming-See, den sich die Kaiserinwitwe Cixi als Alterssitz herrichten ließ. 70 Kilometer nördlich der Stadt

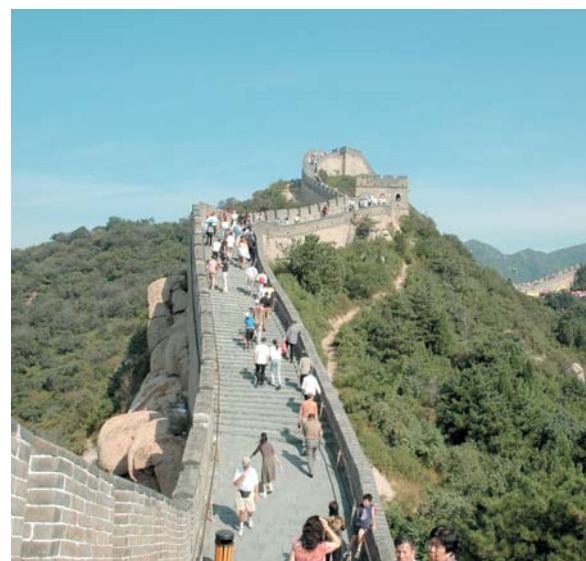
Jahr im Januar findet hier das weltberühmte Eislaternenfest statt. Dann werden sowohl aus Eis als auch aus Schnee unzählige meterhohe Skulpturen und Gebäude gezaubert und mit bunten Lampen von innen beleuchtet. Die Künstler übertreffen sich dabei gegenseitig. Abgesehen von dieser Attraktion kommen eher wenige Touristen nach Harbin. Viele Einheimische starren mich an, die meisten halten mich für eine Russin, weil es höchstens ein paar Händler aus dem Nachbarstaat hierher verschlägt. An jeder Straßenecke höre ich „xoroscho“ (=gut), wahrscheinlich neben „dawarisch“ das einzige russische Wort, das sie kennen. Noch vor ein paar Jahren war die Stadt eine Provinz. Seitdem hat sich vieles verändert. Ähnlich wie in Peking entstehen quasi im Minutentakt Hochhäuser, nur die alten Untergrund-Einkaufspassagen, die einmal für eine U-Bahn gedacht waren, sind schon älter.

Wer nach China fährt, sollte zwei Sachen wissen. Regel Nummer 1: Im Straßenverkehr gibt es keine Regeln. Die Hupe ist das Wichtigste. Vier Autos – übrigens fast ausschließlich alte VW Jettas – fahren auf einer Spur, wo nur zwei Platz haben, Vorfahrt hat der, der schneller hupt bzw. fährt. Gebremst wird prinzipiell zehn Zentimeter hinter dem Vordermann und gerne mal nur mit der Handbremse. Es gibt eigentlich keine Stelle, wo sich nicht noch ein Auto reindrängt. Nicht minder aufregend ist eine Fahrt mit dem Bus. Mein Besuch kam aus dem Staunen gar nicht mehr heraus. Seiner Meinung nach dürften diese Busse in Deutschland nicht einmal mehr auf den Schrottplatz rollen. Ich lachte nur in chinesischer Manier, unglaublich, wie schnell ich mich an solche Sachen gewöhnt hatte. Die Oberleitungen der Trolleybusse reißen sehr oft. Es kann sogar vorkommen, dass die Insassen aussteigen und versuchen, den Bus anzuschieben. Abends ist es besonders kuschelig. Nicht, weil die Holzstühle besonders bequem wären, sondern weil der Bus gänzlich ohne Licht fährt. Es ist weder Licht im Fahrraum, noch sind die Scheinwerfer an. Den Grund hat mir bis heute allerdings keiner verraten. Abgesehen von den O-Bussen gibt es drei weitere Kategorien. In den teuren, klimatisierten Bussen bekommt man sogar einen Sitzplatz, kann Radio hören oder wenn man Glück hat sogar fernsehen. In den „normalen“, mehr als überfüllten Linienbussen gibt es keinen Schnickschnack. Außer dem Lenkrad, dem Gaspedal und ein paar wenigen Holzstühlen ist scheinbar alles ausgebaut. Schließlich sind da noch die privaten Kleintransporter. Oft schreit der mitfahrende Kassierer heraus und preist einen Platz an, obwohl längst keiner mehr vorhanden ist. Wenn man doch einen Platz ergattert, wird man garantiert angesprochen. Sie sind sehr neugierig, die Chinesen.

Regel Nummer 2: Je versauter der Tisch nach dem Essen aussieht, desto besser hat es geschmeckt. Schmatzen, Rülpsen und Spucken sind ausdrücklich erlaubt. Böse Zungen behaupten, in China isst man alles, was vier Beine hat, außer Tische und Stühle. Und tatsächlich habe ich während meines Aufenthaltes einige merkwürdige Spezialitäten kennengelernt: Seidenraupen, Hühnerkrallen,

tausendjährige braune Eier oder Feuerkopf. Gewöhnungsbedürftig, aber lecker. Die Restaurants haben meistens klimatisierte Separees, in denen mit Begeisterung Karaoke gesungen wird. Auch auf den Toiletten ist es mitunter sehr unterhaltsam. Denn manchmal fehlen mit Absicht die Türen, sodass sich mit dem Gegenüber unterhalten werden kann. Überall in China beginnt der Tag sehr früh. Ab 5 Uhr sieht man Menschen, die joggen oder Tai Qi üben. Andere tanzen mit bunten Papierfächern und einige holen sogar ihre Schwerter heraus. Auf den Spielplätzen ergibt sich ein unglaubliches Bild: Ältere Chinesen schaukeln, turnen, üben Handstand, laufen auf dem Mäuserad oder schwingen am Klettergerüst. Manche üben sich im Rückwärtsgehen, Ohrenmassieren, Kung Fu oder rhythmischen Klatschen. Außerdem wird an etlichen Ständen Frühstück verkauft: Ölbrötchen mit Sojamilch, Reisbrei und Baozi (gefüllte Dampfnudeln). Dieses Schauspiel sollte man nicht verpassen. Am Abend verhält es sich ähnlich: Jeden Tag wird im Park getanzt, von chinesischen Tänzen bis zum Walzer. Ein verrücktes Erlebnis, als ich mit meinem Besuch einfach mal mitmachte. Die Leute am Rand klatschten und kicherten. Einer rief sogar „molodjez“ (russisch in etwa: Prachtker!), worauf mein Tanzpartner mit stolzeschwellter Brust zur Höchstform auflief und damit einen Riesenswirbel verursachte. Als wir eine Pause machten, sprach uns ein Einheimischer an. Sofort waren ein Dutzend anderer Chinesen um uns herum und bestürmten uns neugierig mit Fragen.

Ein Großteil des Lebens spielt sich auf den Straßen ab. Männer und Frauen hocken auf dem Fußweg und verkaufen Obst und Gemüse, das entweder in Fahrradkarren oder einfach auf einer Decke ausgebreitet bereitliegt. Oder sie spielen chinesisches Schach. Mitten im Dreck, unbeachtet des Lärms. Dafür werden einfach ein paar Bierkästen als Tisch und Stühle umfunktioniert. Ich habe auch Leute gesehen, die auf der Straße Kartoffeln schälen oder mit Lockenwicklern auf einem wackligen Schemel sitzen und sich frisieren lassen. Wenn – wie fast täglich – ein Restaurant eröffnet wird, ertönt laute chinesische Musik aus den Räumen und ein Geruch von gebratener Ente liegt in der Luft. Kitschige rote



Körbe mit künstlichen bunten Blumen werden dann vor die Tür gestellt. Je lauter und bunter, desto besser.

Trotz aller Unterschiede habe ich das Reich der Mitte schnell lieben gelernt. Ein Besuch lohnt sich auf jeden Fall, auch wenn man eventuell Kompromisse schließen muss. Oder um es mit den Worten Rüdiger Hoffmanns zu sagen: „Es ist eben eine ganz andere Kultur, der Chinese ...“ |

Onlineshop: www.click2dent.de



Bleaching

Bio Bleach soft Folie, 120 x 1 mm, 1 Stück	€ 0,99
Home Bleachinggel 10% 3 ml ab	€ 6,95
Patientenset 10%	€ 21,95
Home Bleachinggel 15% 3 ml ab	€ 8,45
Patientenset 15%	€ 23,45
Office Bleachinggel 20% 3 ml ab	€ 8,95
Quick Bleachinggel 30% 3 ml	€ 15,95

Walking Bleach Set € 8,95
Werbeposter 44 x 62 cm € 2,95
Marketing Starterpaket € 17,95
Patientenbroschüre 10 Stück € 2,75
Beyond Accelerator Lampe (s. Abb.)
 • mit Kits für 10-15 Patienten, 1 Stück Preis a. Anfr.
 • Kit für 2-3 Patienten, 1 Packung € 60,-
 Preise zzgl. MwSt.

ab € 150,- Netto Versandkosten frei

FREE-Phone: 0800-2 58 36 49 • FREE-Fax: 0800-2 58 33 29
www.bleachinggel.com E-Learning für Zahnärzte • Benutzername: zahnarzt • Kennwort: bluemix

Eventnews ...
10-mal im Jahr

ZAHNARZT WIRTSCHAFTSPRAXIS **ZWP today**

Trommeln Sie's raus ...
... mithilfe Ihrer Kleinanzeige.



ZWP ZAHNARZT WIRTSCHAFTSPRAXIS

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

SPENDENKONTO **10 20 30**
 Bank für Sozialwirtschaft, Köln
 BLZ 370 205 00

www.adh102030.de

- Notaufruf -



Krise im Nahen Osten
 Bitte helfen Sie den Flüchtlingen!

Aktion Deutschland Hilft
 Das Bündnis der Hilfsorganisationen

Spendenkonto 10 20 30
 Bank für Sozialwirtschaft
 BLZ 370 205 00
 Stichwort: Nahost

Spenden-Hotline: 0900-55-10 20 30
 0 bis max. 20 Euro/Anruf



[inserentenverzeichnis]

Unternehmen:	Seite:
A-dec	31
Advision	67
American Dental Systems	55
Anthos	7
BIOMET 3i	73
Björn-Eric Kraft	6
Bluemix	96
Clinical House	2, 3
Coltène/Whaledent	11
DeguDent	13
Dental Union	49, 71
dentaltrade	100
Dentaurum	36, 37
Dentinox	69
DENT-iv GmbH	63
dent-x-press	29
DEXCEL PHARMA	57
DG Endo e.V.	Beilage
DGZI	53
Dürr Dental	9
GABA	43
Hager & Werken	Beilage
interessanté	61
Ivoclar Vivadent	23
J. Morita	Einhefter
KaVo	25
Kerr	Beilage, 19
Kodak	51
Kuraray	Postkarte
medentis medical	45
my communications	97
Nouvag AG	65
NSK	4, 33
R-dental	24
Ritter Concept	39
Saremco	47
SHOFU	17
Sirona	15
ULTRADENT GmbH	41
UP Dental	27
W&H	21
Zahnersatz Müller	35
Zhermack	59

ZWP ZAHNARZT WIRTSCHAFT-PRAXIS

E-Mail: zwp-redaktion@oemus-media.de

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



Mitglied der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e. V.



Erscheinungsweise: ZWP Zahnarzt Wirtschaft Praxis erscheint 2007 mit 12 Ausgaben, es gilt die Preisliste Nr. 15 vom 1. 1. 2007. 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 Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Der Verfasser dieses Beitrages trägt die Verantwortung. Gekennzeichnete Sondereile 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.

[kurioses]

Zähne des Liebhabers verschluckt

Eine Rumänin musste medizinische Hilfe in Anspruch nehmen, nachdem sie die künstlichen Zähne ihres Lovers verschluckt hatte. Die 38-jährige Frau aus Galati suchte wegen starker Magenschmerzen das örtliche Krankenhaus auf. Dort gab sie an, einen Fremdkörper verschluckt zu haben, verschwieg aber, welchen. Die Röntgenaufnahmen brachten es ans Licht: Sie habe mit ihrem Freund eine „ganz spezielle Art des leidenschaftlichen Kusses“ ausprobiert, dabei mussten sich die Beißerchen ihres Liebhabers gelöst haben. Nach zwei Tagen wurde sie die fremden Zähne auf ganz natürlichem Wege wieder los.




Zahnprothese als Arzneidepot

Eine Zahnprothese, die als Medikamentendepot dient, konstruieren Ingenieure am Fraunhofer-Institut im saarländischen St. Ingbert. Wie die „Apotheken Umschau“ berichtete, kann die Prothese auch die Dosierung der Wirkstoffe übernehmen. „Wenn das Depot nach einigen Wochen aufgebraucht ist, tauscht der Patient den leeren Kunstzahn gegen einen neu befüllten“, erklärt der Entwickler Dr. Oliver Scholz das Konzept. Noch gibt es nur Prototypen, klinische Tests sollen aber in diesem Jahr beginnen.

Das Lächeln der Mona Lisa

Auch Zahnmediziner beschäftigt das Lächeln der Mona Lisa. Im Fachartikel „Mona-Lisa-Syndrom: die Lösung des Rätsels um das Lächeln der Gioconda“ erklärt der Autor die Mundstellung mit einer „Kontraktur der Gesichtsmuskulatur, die sich nach einer Bell-Lähmung entwickelt, wenn sich der Gesichtsnerv nach einer partiellen Waller-Degeneration wieder regeneriert hat“. Noch unromantischer ist die Ferndiagnose eines amerikanischen Zahnarztes in „Mona Lisa: das Rätsel des Lächelns“. Er hat unter der Lippe eine Narbe gesichtet und ist sich sicher, dass die Mundstellung die Folge von ausgeschlagenen Zähnen sei. Der Wissenschaftler Filippo Surano vermutet, dass das Lächeln durch krampfhaftes Zähneknirschen während der anstrengenden Sitzungen im Atelier entstanden ist.



Zahn-Traumdeutung

In der traditionellen Traumdeutung ging man davon aus, dass Zähne im Traum eine aggressive Sexualität darstellen. Ausfallende oder lockere Zähne deuten das Bewusstsein an, eine Form des Übergangs zu durchleben: Wenn jemand im Traum fürchtet, ihm könnten die Zähne ausfallen, geht es um die Angst, alt und nicht mehr begehrenswert zu sein, oder um die Angst vor dem Erwachsenwerden. Träumt eine Frau davon, Zähne verschluckt zu haben, kann dies auf eine Schwangerschaft schließen lassen. Zähne sind auch ein Hinweis auf den Biss und die Bissigkeit. Zähne symbolisieren Vitalität, Geliebte, Kinder oder Geschlechtsorgane. Auch das Raubtierhafte und Reißerische sind zu beachten. (www.deutung.com)

