

ZWP

ZAHNARZT WIRTSCHAFT•PRAXIS

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

Zahnerhaltung ab Seite 40



wirtschaft |

**Franchise und
Markenbildung**

ab Seite 10

lebensart |

**Bella Italia: Versunk
Städte und Blaue**

ab Seite 94

ZWPtoday
event news
10-mal im Jahr

ZWP ZAHNARZT WIRTSCHAFT PRAXIS • August 2007 7+8

Zahnerhaltung – Chancen und Perspektiven



OA Dr. Christian R. Gernhardt
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
Universitätspoliklinik für
Zahnerhaltungskunde und
Parodontologie

Die Aufgaben der Zahnerhaltungskunde, deren Hauptziel nach wie vor der Erhalt des Zahnes ist, haben sich in den letzten Jahren nicht zuletzt durch die zahlreichen Entwicklungen im Bereich der Prophylaxe, der adhäsiven Zahnheilkunde, der Endodontie und der ästhetischen Zahnmedizin verändert und erweitert.

Der steigende Stellenwert repräsentiert sich nicht zuletzt in dem umfangreichen Angebot an möglichen Spezialisierungsgebieten und Masterstudiengängen, die in den letzten Jahren aus dem Kerngebiet der Zahnerhaltungskunde hervorgegangen sind. So sind mittlerweile neben den „klassischen Spezialisierungen“ auf dem Gebiet der restaurativen Zahnheilkunde, der Endodontie und der Kinderzahnheilkunde auch Kurse und Studiengänge im Bereich der ästhetischen, kosmetischen Zahnheilkunde und zahlreicher anderer teils fachübergreifender Disziplinen möglich. Diese Spezialisierung innerhalb unseres Fachgebiets gewinnt immer mehr an Bedeutung. Dies wird einerseits sicherlich begrüßt, auf der anderen Seite auch kritisch beobachtet. Allerdings zeigt doch diese Tendenz, wie rasch die Entwicklung und wie groß der Wissenszuwachs in den einzelnen Teilgebieten mittlerweile geworden ist.

Die fachliche Weiterentwicklung und Forschung in der Zahnerhaltungskunde und ihrer Teilgebiete sind aus meiner Sicht auch zukünftig notwendig, da der Zahnerhalt aufgrund der sich ändernden sozialpolitischen Entwicklungen im Gesundheitswesen eine immer wichtiger werdende Rolle einnehmen wird. Unter Berücksichtigung der Entwicklungen auf dem Gebiet der Implantologie und Prothetik ist der Zahnerhalt durch wissenschaftlich gesicherte, hochwertige prophylaktische, restaurative, endodontische und auch parodontale Therapiekonzepte essenziell, da nur durch den langfristigen Erhalt der eigenen Zähne dem Patienten die aufwendigere, risikoreichere und nicht zuletzt auch kostenintensivere Versorgung mit prothetischen oder implantologischen Maßnahmen erspart bleiben kann. Außerdem müssen wir aufgrund der sich wandelnden Bevölkerungspyramide lernen mit neuen Herausforderungen umzugehen. Zukünftig werden wir sicherlich vermehrt mit den allgemeinmedizinischen Problemen und Risiken unserer älteren Patienten und deren spezifischen zahnmedizinischen Problemen wie beispielsweise Wurzelkaries, endodontische Revisionen und parodontale Erkrankungen konfrontiert werden. Die Einbettung unseres Fachgebiets in die gesamte Medizin ist damit nicht nur im Studium wichtiger denn je.

Zum Wohle unserer Patienten werden wir uns daher in Zukunft mit der Aufgabe auseinandersetzen müssen, alle Teilgebiete und deren Spezialisten sinnvoll, effektiv und qualitätsorientiert zu kombinieren. Nur so werden wir in der Lage sein, unseren Patienten die bestmögliche Betreuung und ein hohes Maß an wissenschaftlich gesicherter Qualität zu bieten. Man kann somit sicherlich davon ausgehen, dass die Zahnerhaltungskunde und Parodontologie mit all ihren erfolgreichen Teilgebieten einen hohen Stellenwert in einer modernen, sich in mehrere Spezialgebiete aufteilenden Zahnmedizin behalten wird. Basis der Zahnerhaltungskunde und Parodontologie sollte nach wie vor eine biologisch und wissenschaftlich orientierte Zahnmedizin sein, die den Grundsätzen evidenzbasierter Behandlungskonzepte folgt.

politik

6 Politik Fokus

wirtschaft

- 8 Wirtschaft Fokus
- 10 Franchise und Markenbildung für Zahnärzte – ein sinnvolles Konzept?
- 14 Unternehmensführung: Probleme lösen auf drei Ebenen
- 18 Faszination Zahnarztpraxis
- 22 Rechnen sich Ihre Inlays?
- 24 Außergewöhnliche Kommunikation – ein Erfolgsgarant

recht

28 Bundesmantelvertrag: Selbstständig arbeiten = selbstständig arbeiten?

psychologie

30 Der Zahnarzt als Führungspersönlichkeit

abrechnungs- und steuertipps

- 32 Zahnerhaltung oder Praxiserhaltung?
- 34 Ansparsabschreibung ab 2007 ade?

zahnmedizin

36 Zahnmedizin Fokus

zahnmedizin | zahnerhaltung

40 Minimalinvasive Techniken in der Zahnerhaltung

44 Moderne Endodontie 2007

52 Maschinelle Feilensysteme für die endodontische Behandlung

56 Prävention versus Implantologie

60 Sichere Kariestherapie mithilfe eines Ozongerätes

64 Parodontaltherapie mit dentalen Lasern

66 Studie: Ultraschallbasierte Parodontaltherapie

68 Kompendium Minimalinvasive Zahnheilkunde

zahnmedizin | praxis

72 Herstellerinformationen

80 Eine neue Generation von Befestigungskompositen

82 Digitale Dentalfotografie zur Falldokumentation

dentalwelt

88 Dentalwelt Fokus

90 Integrierte Versorgung bietet Zahnärzten neue Perspektiven

finanzen

92 Finanzen Fokus

lebensart

94 Bella Italia: Versunkene Städte und Blaue Wunder

rubriken

3 Editorial

97 Inserentenverzeichnis/Kleinanzeigen

98 Impressum & Kurioses

ANZEIGE

Inklusivleistung:	Bereitung	Montage	Service
<p>Qualität zu günstigen Preisen.</p> <p>Der ROTOGRAPH ist ein leistungsstarker Röntgengerät für Parodontalröntgen, Kiefergelenk- und Kieferröntgen und auf Wunsch mit Fernröntgensteuerung erhältlich.</p> <p>Für sensible Patienten mit hohen Qualitätsanforderungen und höchsten Sicherheitsanforderungen.</p>			<p>Parodontal-Füllgerät €11.990,- €-ler €289,- netto/Std</p> <p>Parodontal-Füllgerät mit Fernröntgensteuerung €14.990,- €-ler €319,- netto/Std</p> <p>Volldigitales Parodontal-Gerät €21.800,00,- €-ler €466,00,- netto/Std</p> <p>Preis inkl. MwSt.</p> <p><i>*Kaufpreis,不含 MwSt., Postgebühr €10,- und optionaler Zubehör.</i></p>
<p>dentkraft Dentaltechnik + Franchising</p> <p>Alteisenstraße 22-24 65185 Wiesbaden Tel: 0611 375550 Fax: 0611 3000430 E-Mail: dentalkraft@dentkraft.de www.dentkraft.de</p>			

Beilagenhinweis

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



Medizinprodukterecht:

Bundesrat stimmt Gesetz zu

Das Gesetz zur Änderung medizinprodukterechtlischer und anderer Vorschriften hat den Bundesrat passiert. Die Regelungen richten sich primär an Hersteller von Medizinprodukten, an Ärzte, Krankenhäuser, Betreiber von Gesundheitseinrichtungen und Behörden. Inhaltlich erfolgen Klarstellungen, die seit der letzten Novellierung vor fünf Jahren im Vollzug des Medizinprodukterechts notwendig geworden sind. So wird die Zulässigkeit der Eigenherstellung und Anwendung von Medizinprodukten in Gesundheitseinrichtungen (zum Beispiel von medizinischen Universitätslaboren entwickelte Tests zur Erkennung seltener Krankheiten) auf eine neue rechtliche Grundlage gestellt. Die Eigenherstellung bleibt grundsätzlich er-

laubt. Die Produkte müssen die gleichen Sicherheits- und Leistungsanforderungen erfüllen wie kommerzielle Tests. Damit werden die Belange von Patienten, Gesundheitseinrichtungen und Herstellern ausgewogen berücksichtigt. Die Erstattungsfähigkeit von sogenannten arzneimittelähnlichen Medizinprodukten (zum Beispiel bestimmte Infusionslösungen, künstliche Tränen) wird klar geregelt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll in Richtlinien die erstattungsfähigen Produkte listen. Ausgeschlossen werden sollen Bagatell- und Lifestylemedizinprodukte. Der G-BA hat ein Jahr Zeit, die Richtlinien zu erarbeiten. Neu ist die Aufnahme einer Ausnahmeregelung für Krisen- und Katastrophenfälle. Medizin-

produkte mit Verfalldatum, die für den Krisen- und Katastrophenschutz angeschafft wurden, können in Zukunft auch nach Ablauf des Datums angewendet werden, wenn Qualität, Leistung und Sicherheit der Produkte weiterhin gewährleistet sind. Unnötige und kostenintensive Neanschaffungen werden damit vermieden. Im Interesse des vorbeugenden Verbraucherschutzes wird außerdem der Anwendungsbereich des Medizinproduktegesetzes erweitert.

So soll es Ärzten weiterhin gestattet sein, Nichtmedizinprodukte in der Praxis einzusetzen. Wenn aber vergleichbare Medizinprodukte einer sicherheitstechnischen Kontrolle unterliegen, soll dies künftig auch für die Nichtmedizinprodukte gelten (zum Beispiel Einsatz von Fitnessgeräten bei Belastungs-EKGs). Das Gesetz trat zum 30. Juni 2007 in Kraft.



GKV-Wahltarife:

Das Interesse ist noch verhalten

Viele gesetzlich krankenversicherte Bundesbürger stehen den neuen Wahlтарifen der gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich aufgeschlossen gegenüber, die Mehrheit zeigt sich aber noch abwartend bis ablehnend. Dies zeigt die aktuelle Studie „Health Care Monitoring 2007“ des Marktforschungs- und Beratungsinstituts psychonomics AG. 1.500 Bundesbürger ab 16 Jahren wurden repräsentativ zu ihrem Gesundheitsverhalten und zu aktuellen Gesundheitsthemen befragt. Das größte Interesse zeigen die GKV-Versicherten für das „Prämienmodell“, das nachgewiesenes gesundheitsbewusstes Verhalten noch stärker als bisher bonifizieren soll; über die Hälfte (58 %) der gesetzlich Versicherten sind hierfür aufgeschlossen. Jeder Dritte (33 %) kann sich für Tarife mit „Beitragsrückerstattung“ bei Leistungsfreiheit erwärmen; für ein Fünftel der gesetzlich Krankenversicherten (21 %) kommt ein „Selbstbehalt“ an den möglichen Behandlungskosten in Betracht. Für einen spezifischen „Naturheilmitteltarif“ für ansonsten nicht erstattungsfähige Naturheilbehandlungen interessieren sich gegen Aufpreis 25 %.

Die komplette 200-seitige Studie „Health Care Monitoring 2007“ kann über die psychonomics AG bezogen werden. Die Schwerpunktthemen „Gesundheitsreform 2007“ und „Prävention“ sind auch als eigenständige Teilstudien erhältlich.

www.psychonomics.de

kurz im fokus

Guter Ruf der Ärzte

Einen guten Ruf genießen die Ärzte in Deutschland bei ihren Patienten. Das geht aus der Umfrage zum Thema „Arzt im Jahr 2020“ hervor, die durch das Institut für Empirische Gesundheitsökonomie (IfEG) und der Ruhr-Universität Bochum unter über 1.000 Bürgern ab 18 Jahren durchgeführt wurde. Auf einer Skala von null für „gar nicht zufrieden“ bis zehn für „sehr zufrieden“ bewerteten 83,4% der Befragten ihren Hausarzt mit sieben bis zehn. Im negativen Spektrum von null bis vier siedelten gerade einmal 3,9% ihren Mediziner an. Die Untersuchung zeigt zudem, welche herausragende Bedeutung die freie Arztwahl hat. Auf die Frage „Möchten Sie auch in Zukunft selbst aussuchen können, zu welchem Arzt Sie gehen?“, antworteten 98,8% mit „Ja“.

Warnung vor „Medizin light“

Die Bundesärztekammer (BÄK) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben davor gewarnt, eine „Medizin light“ einführen zu wollen, um Ärztemangel und Rationierung zu kaschieren. Vertreter des Deutschen Pflegerates (DPR) hatten erklärt, „die Arztorientierung und damit einhergehende Strukturhoheit der Ärzte auf allen Gebieten des Versorgungssystems“ seien nicht geeignet, um die neuen Herausforderungen im Gesundheitswesen zu bewältigen. Dagegen stellten BÄK-Präsident Prof. Jörg-Dietrich Hoppe und der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, klar: „Die Behandlung von Patienten und die Heilung von Krankheiten sind originäre Aufgaben der Ärzte. Leistungen, die unter Arztvorbehalt stehen, können und dürfen nicht von anderen ausgeführt werden. [...]“

GKV mit wenig Rückkehrern

Von der seit dem 1. April bestehenden Rückkehrmöglichkeit in die Gesetzliche Krankenversicherung machen angeblich weit weniger Nichtversicherte Gebrauch als von der Bundesregierung vorausgesagt. Die „Mitteldeutsche Zeitung“ meldete vorab, bundesweit seien es nur einige Tausend. Die Bundesregierung habe mit 200.000 bis 400.000 Menschen ohne Krankenversicherung gerechnet, denen mit diesem Teil der Gesundheitsreform wieder Versicherungsschutz geboten werden sollte.

Zahnzusatzversicherungs-Service:

Fortschrittliche Zahnheilkunde gesichert

Mit der Einführung von zahntarif²⁴ beginnt eine neue Ära beim Verkauf von privaten Zusatzleistungen. zahntarif²⁴ bietet GKV-Patienten in Kooperation mit namhaften Gesellschaften eine Premium-Auswahl von vier reinen Zahnzusatzversicherungen an, die eine anspruchsvolle Zahnheilkunde gewährleisten. Dabei profitiert nicht nur der Patient, sondern auch der behandelnde Zahnarzt, denn gut versicherte Patienten entscheiden sich leichter für eine erstklassige Versorgung.



Das Ziel von zahntarif²⁴ ist, Patienten optimal zu versichern, damit sie sich in Zukunft eine anspruchsvolle Behandlung leisten können. Aktuell werden die meisten GKV-Patienten erst unmittelbar vor einer anstehenden Behandlung mit einem hohen Eigenanteil konfrontiert, da die Krankenkassen viele Therapiemethoden nicht mehr übernehmen. Das hat zwei gegenläufige Effekte: Die Patienten sind bemüht an ihrer privat zu tragenden Behandlung zu sparen, wodurch das Zahnärzte-Einkommen zunächst einmal sinkt. Um dies auszugleichen und um die Praxis rentabel zu halten, muss der Zahnarzt wiederum mehr Selbstzahlerleistungen verkaufen.

Auf diese Weise steigt nun stetig der Bedarf und das Bewusstsein für eine Zahnzusatzversicherung

– bei Patient und Arzt. Der Patient erhält von zahntarif²⁴ eine Übersicht von vier Premium-Zahnzusatzversicherungen, sodass er komfortabel entsprechend seiner Bedürfnisse den richtigen Tarif für sich auswählen kann. Aufgrund dieser exklusiven Vorauswahl spart er bei der Ergründung und Sondierung des umfangreichen Versicherungsangebots in Deutschland viel Zeit. Dem Angebot von zahntarif²⁴ kann er vertrauen, er muss nur seine

Prioritäten festlegen und sich entscheiden für zum Beispiel:

- 85 Prozent Kostenübernahme für eine hochwertige Versorgung von Zahnersatz
- Inanspruchnahme von funktionsanalytischen und therapeutischen Behandlungen
- 100 Prozent Zahnbehandlung, wie beispielsweise 4-mal PZR pro Jahr.

zahntarif²⁴ ist ein Service der financial-x-press GmbH und wurde unter Mitwirkung von Zahnärzten, Versicherungsexperten und der DENT-x-press GmbH – eine erfolgreiche dentale Unternehmensberatung – entwickelt. Bei der Auswahl der Versicherungspartner kamen nur bewährte Qualitätsprodukte mit Top-Tarifen im Bereich Zahnzusatzversicherung von anerkannten Gesellschaften mit hoher Reputation bei Ärzten und Endverbrauchern, die eine hohe Erreichbarkeit und Service bieten (keine Direktversicherungen), in Frage. Die Partnergesellschaften sind die ARAG, Barmenia, Continentale und der Deutsche Ring. Im FINANZtest 4/2007 haben die Partner von zahntarif²⁴ hervorragend abgeschnitten und



belegen die ersten drei Plätze im Bereich der Zahnzusatzversicherungen für Kassenpatienten. Fordern Sie unser Gratis-Informationsmaterial unverbindlich für Ihre Patienten an:

financial-x-press GmbH
Lise-Meitner-Str. 3
85716 Unterschleißheim
Tel.: 0 89/55 26 39-24
E-Mail: info@zahntarif24.de
www.zahntarif24.de

Wissenschaftliche Studie:

Kein Ärztemangel

In Deutschland herrscht kein Mangel an Ärzten. Denn den wenigen Lücken in der Ärzteversorgung stehen zahlreiche Gebiete mit deutlicher Überversorgung gegenüber. Das ist das Ergebnis des soeben erschienenen Arztatlas des Wissenschaftlichen Instituts



der AOK (WIdO). Für die 14 größten Arztgruppen werden aktuelle regionale Versorgungsgrade in den insgesamt 395 Planungsbereichen Deutschlands kartografisch ausgewiesen und so auch das Ausmaß an Über- und Unterversorgung differenziert dargestellt. Es gibt in Deutschland nicht zu wenig Ärzte, sondern eher zu viele, aber sie sind schlecht verteilt. Es gibt für eine Niederlassung attraktive und weniger attraktive Gegenden und es gibt erhebliche Differenzen im Grad der fachärztlichen und der hausärztlichen Versorgung. Gerade bei niedergelassenen Fachärzten findet sich in zahlreichen Regionen eine deutliche Überversorgung. Die weit überwiegende Zahl der Kreise und Städte ist deshalb für fachärztliche Neuzulassungen gesperrt. Dies gilt sogar für die neuen Bundesländer. Vor allem Kreise in strukturell sehr attraktiven Gegenden sind mit den weit aus meisten Fachgruppen Überversorgt. Die bestehenden Versorgungsgrade sind zum Teil ausgesprochen hoch. Unterversorgung findet sich im fachärztlichen Bereich bei einigen Arztgruppen gar nicht, bei anderen nur vereinzelt. Aber auch im viel diskutierten hausärztlichen Bereich liegt in 306 der insgesamt 395 Planungskreise ein Versorgungsgrad von über 100 Prozent vor. In 150 Kreisen und Städten gibt es sogar Überversorgung. Die bundesweit höchste Versorgungsdichte findet sich in Starnberg (150 Prozent), Freiburg im Breisgau (146 Prozent) und in München (140 Prozent). Unterversorgung findet sich lediglich im Saalkreis in Sachsen-Anhalt (68 Prozent).

AFFINIS[®]PRECIOUS



Wash-Materialien in Silber und Gold

Hervorragendes Anfließverhalten

- Hochpräzise, beeindruckend blasenfreie Abformungen

**Selbstkonturierende Konsistenz**

- Vermeidung von Luft einschließen

Ausgezeichnete Detaillösbarkeit

- Gold- und Silberfarben verbessern die visuelle Wahrnehmung

Gelassen applizieren – schneller abformen

- Variable Applikationszeit 5 - 60 s und schnelle Mundverweilzeit von 2 min.



Coltène/Whaledent GmbH + Co. KG
 Kolonnenstraße 30
 89129 Langenau, Germany
 Tel: +49 (0)7345 805 0
 Fax: +49 (0)7345 805 201
 productinfo@coltene-whaledent.de

coltene
whaledent
www.coltene-whaledent.com

Bundesgesundheitsministerium:

Vorschläge zur GOZ werden ignoriert

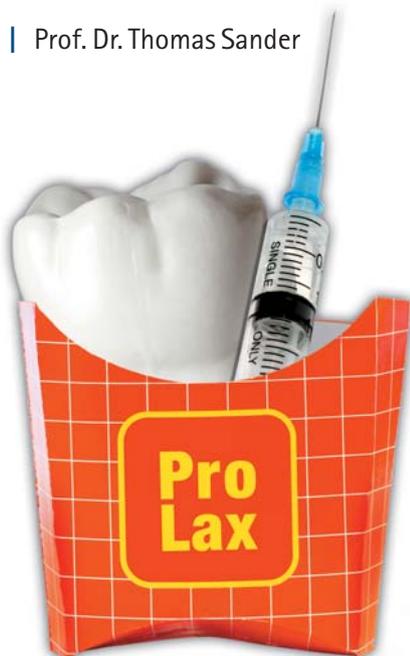
Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hat ihre Teilnahme an den Beratungen zur GOZ-Novellierung ausgesetzt – und damit nach Meinung des stellvertretenden Vorsitzenden des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ), Dr. K. Ulrich Rubehn, ein wichtiges Signal gesetzt: „Es ist eine klare Botschaft an das Ministerium: So geht es nicht.“ Das Bundesgesundheitsministerium ignoriere bei seinen Plänen zur GOZ-Reform einfach wissenschaftliche Erkenntnisse und Vorschläge. „Darüber hinaus macht es keinen Sinn über eine Gebührenordnung zu sprechen, solange die ökonomischen Basisdaten nicht festgelegt sind“, monierte Rubehn weiter. Offenbar verfolge das Ministerium das Ziel, einen selbst erstellten Leistungskatalog mit der Zahnärzteschaft zu konsentieren und damit dann in die Öffentlichkeit zu gehen. „Da will es dann verkünden, dass alles mit den Zahnärzten abgesprochen sei – und bestimmt schließlich in Eigenregie, was die jeweilige Leistung kosten darf.“ Die politische Marschrichtung dabei sei klar: „Wie schon bei den Plänen zur Bürgerversicherung geht es um eine Vereinheitlichung. Man will die neue GOZ dem BEMA angleichen. Das betrifft die Übernahme von Leistungsbeschreibungen, die Übernahme von Abrechnungsbestimmungen und möglichst auch von entsprechenden Bewertungen“, fürchtet Rubehn. Der wissenschaftlich gestützte Vorschlag der BZÄK für eine neue Gebührenordnung – die HOZ – werde vom Ministerium derzeit ignoriert, obwohl die Berechnungen durch unabhängige Studien untermauert würden. „Das ist nicht die gefühlte Temperatur der Zahnärzteschaft – das System hat Hand und Fuß“, erläutert der stellvertretende FVDZ-Chef. Welche Chancen die HOZ bei der Politik noch habe, lasse sich derzeit nicht eindeutig abschätzen. Nach Einschätzung des Zahnarztes wird das BMG versuchen, die neue GOZ im Januar nächsten Jahres in Kraft treten zu lassen.

(www.fvdz.de)



Franchise und Markenbildung für Zahnärzte – ein sinnvolles Konzept?

| Prof. Dr. Thomas Sander



Wird der Patient in der Zukunft so oder so ähnlich seine Wünsche äußern?: „Guten Tag, ich hätte gern das ProLax-Menü mit Versiegelung und den McInlay mit Spritze und ohne Zusatzstoffe.“ Das klingt zunächst absurd, ist aber von der Wahrheit nicht allzu weit entfernt.

Standardisierung und Markenbildung

Zwei Punkte der oben beschriebenen Bestellung sind beachtenswert:

- Es gibt eine Standardisierung (Menü).
- Die Leistungen werden markenbildend angeboten (McInlay).

Die Standardisierung von Leistungen steht im Zusammenhang mit einer Spezialisierung. Diese ermöglicht grundsätzlich eine höhere Effizienz in der Leistungserbringung. Abläufe können bei großer Durchsatzmenge leichter optimiert werden als bei kleiner, Kosten – und im Folgenden Preise – können reduziert werden. In der Zahnärzteschaft findet eine solche Spezialisierung bereits in großem Maße statt (zum Beispiel Implantologie und Prophylaxe). Eine Markenbildung ist dagegen ein langwieriger Prozess. „Echte“ Marken sind zum

In der letzten Ausgabe der ZWP hat der Autor erläutert, warum eine konsequente strategische Positionierung am Markt für Zahnärztinnen und Zahnärzte im Hinblick auf eine wirtschaftlich erfolgreiche Praxisführung so wichtig ist, und dass sie mit der Erfolgsformel: „Positionierung vor Spezialisierung“ sehr gute Zukunftschancen haben. Eine Möglichkeit der konzeptionellen Ausrichtung besteht auch darin, Markenbildung zu betreiben. Mit der Thematik der Markenbildung in Verbindung mit Franchise befasst sich der nachfolgende Artikel.

Beispiel Coca Cola, Nivea und Mc Donalds. Diese Marken sind bereits Jahrzehnte im Markt, und diese Zeit war auch erforderlich, um die Marken zu bilden. Markenbildung ist zudem sehr kostenintensiv. E.ON hatte nach der Umbenennung (Vorgänger VEBA und VIAG) in nur vier Monaten eine Bekanntheit von 93 Prozent erreicht. Aber allein die Kampagne „Mix it, Baby!“ kostete 22,5 Millionen Euro.

Was hat das nun mit Zahnärzten zu tun?

Die Standardisierung von Leistungen hat – wie oben angemerkt – bereits Einzug in die Zahnarztpraxen gehalten, soll aber an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden. Allerdings ist es dem Autor wichtig, erneut darauf hinzuweisen, dass die Standardisierung (in Verbindung mit der Spezialisierung) insbesondere für die Zahnärzte gefährlich ist, die diesen Prozess nur halbherzig und nicht konsequent verfolgen. Bitte beachten Sie stets die Erfolgsformel „Positionierung vor Spezialisierung“, weil Ihnen ansonsten wesentliche Marktanteile von unternehmerisch tätigen Zahnärzten oder weiteren Playern im Dentalmarkt, die die Leistungen aufgrund konsequenter Ausrichtung günstiger anbieten können, weggenommen werden.

Auch die Markenbildung hat bereits begonnen. McZahn ist bundesweit bekannt; man kann hier fast schon von einer „echten“ Marke sprechen. Allerdings ist diese – zumindest bei den meisten Zahnärzten –

wohl eher negativ besetzt. Weitere Marken sind zum Beispiel goDentis und MacDent. Schließlich ist noch anzumerken, dass es in manchen Städten Zahnärzte oder Praxen gibt, deren Namen allein schon „echte“ Marken darstellen. Solche Zahnärzte sind die Nr.-1-Zahnärzte ihrer Stadt und, das ist leicht nachvollziehbar, selten bereit, über die Verwendung neuer Marken nachzudenken.

Ist der Trend zur Marke auch für die Zahnarztpraxis von Bedeutung?

Bemerkenswert ist die Tatsache, dass die private Verbrauchsnachfrage in Deutschland bis 2040 um im Mittel 86 Prozent und bei der Gesundheit um 140 Prozent (Basis: 1998) steigen wird (AWM, 2004). Weiterhin wird der Anteil der über 60-Jährigen bis zur Mitte des Jahrhunderts von heute 24 Prozent auf 37 Prozent anwachsen. Das Einkommensmaximum wird heute zwischen 45 und 55 Jahren erreicht, vermutlich mit Tendenz nach oben. Kurzum: Die Zahnmedizin ist mit einem Bedarf an umsatzintensiven Leistungen im höheren Alter (z. B. Zahnersatz) im Zentrum eines geradezu explodierenden Marktes. Die Industrie hat dies bereits erkannt und begonnen, ihre Werbeaktivitäten vermehrt auf die ältere Generation auszurichten. Auch im Hinblick auf die Anbieter im Bereich der Zahnmedizin bedeutet dies, den Patienten in die Richtung bewegen zu müssen, in die er ihn haben will. Und das geschieht am besten über Emotion und

McDentist



Marke. So wird beispielsweise versucht werden, folgendes Bild (in Anlehnung an das eingangs gewählte Szenario) mit konsequentem Marketing zu etablieren:

„Die Inlays von McInlay, installiert von Ihrem McInlay-Zahnarzt, sind die besten in Deutschland mit den günstigsten Preisen.“ Wenn dieses „Bild“ bei den Verbrauchern erfolgreich installiert ist, wird ein erheblicher Marktanteil von den McInlay-Zahnärzten eingenommen werden, und zwar relativ unabhängig von der Qualität der Leistung, wenn die denn halbwegs stimmt. Oder mögen Sie den Big Mac wirklich?

Es ist lediglich eine Frage der Berechnung, wie viel Aufwand die Etablierung einer solchen Marke im Hinblick auf ein rentables Ergebnis erfordert. Und viele Player rechnen bereits.

der autor

Prof. Dr. Thomas Sander
 Professor für „Management ambulanter Versorgungsstrukturen“ an der Medizinischen Hochschule Hannover
 Themenschwerpunkte:

- Ökonomie von Arzt- und Zahnarztpraxen
- Neue Versorgungsformen (z.B. MVZ, Netzwerke, Berufsausübungsgemeinschaften)
- Entwicklung von Managementstrukturen für die zukunftsorientierte Praxis
- Qualitätsmanagement in Medizin und Zahnmedizin

Neben seiner Lehr- und Forschungstätigkeit ist der Autor in der Praxis als Unternehmensberater für niedergelassene Ärzte und Zahnärzte im Bereich seiner Themenschwerpunkte tätig.

Tel.: 05 11/5 32-61 75
 E-Mail: Sander.Thomas@MH-Hannover.de

Wie kann der Zahnarzt vom Markentrend profitieren?

Grundsätzlich kann der Zahnarzt natürlich versuchen, die Marke (seinen Namen) selbst zu entwickeln. Dem Autor ist ein Zahnarzt bekannt, der für den Aufbau seiner Marke innerhalb von vier Jahren nach eigenen Angaben 300.000 Euro investiert hat. Und er wird weiterhin erhebliche Ausgaben zur Stützung der Marke haben. Es ist fraglich, ob diese Investitionen jemals zurückfließen.

Deshalb bieten sich Verbünde an, z.B. in Franchise-Form. Und damit sind wir bei goDentis, McDent und Co. Zu den Leistungen des Franchise-Gebers gehören neben individuell inhaltlichen Positionen stets auch die Etablierung und die weitere Verbreitung der Marke als wesentliche Bausteine.

Der goDentis Franchise-Partnervertrag, der ein Prophylaxe-Programm und ein Zahnersatz-Programm enthält, beinhaltet eine Monatsgebühr in Höhe von 355 Euro für den Partner-Zahnarzt und ist jährlich kündbar. Er ist mit Gebietsschutz verbunden. Für Hamburg werden beispielsweise auf der Webseite www.godentis.de zurzeit sechs Partner-Zahnärzte ausgewiesen. Die vom Autor befragten Partner-Zahnärzte sind nach anfänglichen Schwierigkeiten jetzt zufrieden mit der Partnerschaft und werden diese fortsetzen. Zwar habe sich der Gewinn in dem Prophylaxe-Segment noch nicht erhöht, die Gebühr wird aber wieder eingespielt, und die Fortbildung und Standardisierung wird sehr positiv beurteilt.

McDent setzt in erster Linie auf Qualität beim Zahnersatz, Kronen und Inlays; die Einstiegsgebühr beläuft sich auf 3.500 Euro, der Monatsbeitrag auf 390 Euro (Schramm, 2007).

Das Angebot an guten Franchise-Systemen nimmt zu: Am 31. August startet das Netzwerk „Dental Highcare“ mit seiner Auftaktveranstaltung im Adlon in Berlin (www.dentalhighcare.de). Dieses System setzt ebenfalls auf Qualität, hier im Schwerpunkt der Implantologie, aber mit einem starken Akzent auf Öffentlichkeitsarbeit. Die Gebühren werden sich voraussichtlich im oben genannten Bereich bewegen.

Es ist den Zahnärzten zu empfehlen, die Entwicklung im Bereich der Netzwerke und hier beim Franchising zu beobachten und mit einer positiven Grundhaltung an dieses Konzept heranzugehen. Mit entsprechend kurzen Kündigungsfristen bewegen sich die oben genannten Beiträge in einem angemessenen Rahmen. Aus Sicht des Autors ist die Öffentlichkeitsarbeit (Etablierung der Marke) das wesentliche Kriterium bei der Wahl des Netzwerkes. Weitere Kriterien werden z.B. bei Schramm genannt oder können gern beim Autor erfragt werden (www.prof-sander.de).

Fazit

Zunächst einmal: Positionieren Sie sich, erkennen Sie Ihre Stärken und feilen Sie daraus Ihr Profil, Ihre Praxisstrategie. Danach oder parallel suchen Sie sich einen Franchise-Partner, der zu Ihnen passt. Und bei angemessenen Beiträgen und Kündigungszeiten sollten Sie dann wegen des in der Regel mit Gebietsschutz verbundenen Vertrages nicht allzu lange mit dem Abschluss warten.

Schließlich sei noch erwähnt, dass die Verbindung mit einem Partner aus der Wirtschaft (z.B. Dental Highcare) gegenüber zahnarztinternen Netzwerken den Vorteil der wirtschaftlichen Professionalität, z.B. in der Markenbildung hat. Und die wird immer bedeutsamer.

Literatur

AWM Centrum für angewandte Wirtschaftsforschung Münster, Vortrag 2004, www.wiwi.uni-muenster.de/insiwo/download/vortraege/Osnabrueck.pdf vom 19.07.2007
 Schramm, Alexandra, Franchise-Systeme für Zahnärzte, ZMK 6/2007

Unternehmensführung

Probleme lösen auf drei Ebenen

| Dr. Dr. Cay von Fournier

Viele Zahnärzte haben nie gelernt, ein Unternehmen zu führen. Sie tun es einfach. Sie haben verständlicherweise mehr Spaß an zahntechnischen Herausforderungen, im Umgang mit Patienten tun sie sich schon etwas schwerer und wenn es um betriebswirtschaftliche Angelegenheit geht, ergreifen viele die Flucht oder sitzen nächtelang über Zahlen. Sie kämpfen jeden Tag für den Erfolg der Praxis und tun dies nach bestem Wissen und Gewissen. Sie wollen und müssen sich auf dem Gesundheitsmarkt behaupten, egal, welche Entscheidungen die Politik ihnen auch vorgibt.



Um Probleme lösen zu können, müssen wir erkennen, dass Ursachen und Auswirkungen zwei ganz verschiedene Dinge sind. Als Arzt lernt man früh, dass Symptome zwar einen Rückschluss auf die zugrunde liegende Krankheit geben, jedoch eine Vielzahl unterschiedlicher Ursachen diese Symptome hervorrufen können. In der Medizin steht daher

vor jeder Therapie (Problemlösung) die Diagnostik oder besser die Differenzialdiagnostik (Analyse). Der Suche nach der eigentlichen Ursache einer Krankheit wird viel Aufmerksamkeit geschenkt. Oft ist es auch nicht nur eine Ursache, die zu einer Krankheit führt, sondern das Zusammenwirken von mehreren Gründen.

Das natürliche System

In der Wirtschaft ist das nicht anders. Hier könnte das Vorgehen der klassischen Medizin helfen, indem Symptome auch als solches gesehen und verstanden werden und dann ganzheitlich nach deren Ursachen gesucht wird. Schwierige Unternehmenssituationen wären auf diesem Weg schon heute wesentlich besser lösbar. Denn auch der Wirtschaft steht eine ganz neue Entwicklung bevor. Die körperlich messbaren Faktoren müssen immer mehr mit den seelisch nicht zu messenden „weichen Faktoren“ in Einklang gebracht werden. Der Mensch und dessen Kooperation werden zu dem wesentlichen Wettbewerbsfaktor der Zukunft werden. Die Ursachen vieler messbarer und materieller Probleme liegen auf einer nicht messbaren immateriellen Ebene. Wie ein menschlicher Organismus muss in Zukunft das Unternehmen oder die Praxis als ganzheitliches und natürliches System verstanden werden. Und bei einem solchen System gilt: Symptome sind selten die Ursachen.

Drei Ebenen eines Problems

Verschenden Sie nicht zu viel Zeit auf die Symptome, verstehen Sie lieber die zugrunde liegende Ursachen und lösen Sie hier die Probleme. Dabei haben Symptome immer drei Ebenen, auf denen die Ursachen und Probleme liegen können:

1. **Ebene Bewusstsein:** Einstellung (wird durch Grundsätze beeinflusst)
2. **Ebene Methode:** Wissen und Fähigkeiten (werden durch Aufgaben beschrieben)
3. **Ebene Technik:** Umsetzung (wird durch Werkzeuge anwendbar).

Diese Ebenen sind ebenso die natürlichen Wesensgrundlagen des Menschen, wie auch die eines Unternehmens, das ja aus Menschen besteht und von Menschen gestaltet wird.

Die erste Ebene des Bewusstseins und unserer Einstellung kann als seelische Dimension verstanden werden. Hier geht es um Grundsätze unseres Denkens, um Werte und die ethische Leitlinie unseres Handelns. Von der Einstellung eines Menschen hängt alles ab, seine Motivation, sein Engagement und auch sein Wille zur Kooperation. Wenn die Einstellung nicht stimmt, dann helfen auch Methoden und Techniken nicht. Hier irren viele Bücher, Manager und Politiker, welche die große Bedeutung der Werte oberflächlich übergehen. Zwar sind sich alle einig, dass Werte wichtig sind, bei diesem eher ober-

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 in Medizin- und Wirtschaftswissenschaften promovierte 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 sowie in dem Buch „10 Gebote für ein gesundes Unternehmen. Wie Sie langfristig Erfolg schaffen“ (Dr. Cay von Fournier, gebunden, 245 Seiten, 24,90 Euro, ISBN 3-593-37784-5).

flächlichen Bekenntnis bleibt es dann aber meist auch. Die reale Bedeutung unserer Werte und die daraus resultierenden Gedanken werden nicht weiter berücksichtigt. Diese Summe der Einstellungen findet sich in einer Unternehmenskultur wieder und ebenso in der Kultur eines Landes. Die Multikulti-Phantasien so mancher Firmen haben nach Fusionen sehr schnell zum Scheitern geführt. Die Identität einer Kultur basiert auf ihrem gemeinsamen Wertefundament. Dieses Fundament gilt es zu definieren, um einen Selbstwert entwickeln zu können. Erst wenn ich mir meines Wertes bewusst bin, kann ich auch den Wert des anderen schätzen. Die Einstellungsebene ist deshalb sehr wichtig für das Zusammenleben und -arbeiten der Menschen.

Die zweite Ebene der Methode beschreibt die materielle Ebene unseres Wissens und unserer Fähigkeiten, also unseres Denkens und unserer Handlungsfähigkeit. Diese Ebene wurde in der Vergangenheit sehr stark in den Vordergrund gestellt und ist Ziel der meisten Schulungen, bei denen es um Wissen und Fähigkeiten geht. Diese sind wichtig, keine Frage. Ein Fehler, der dabei allerdings gemacht wird, ist die Missachtung des achten Gebots. Menschen sind nicht für alle Wissensdisziplinen gleich befähigt und talentiert. Menschen sind unterschiedlich und in dieser Unterschiedlichkeit liegt auch der Reichtum einer jeden Kultur. Unternehmen

wachsen in Zukunft nur dann, wenn sie es verstehen, die Einmaligkeit eines jeden Menschen in einem gemeinsamen Wertesystem zur Entfaltung zu bringen. Dies ist eine der schwierigsten Aufgaben: Das Wissen und die Fähigkeiten des Einzelnen gemäß seiner Talente zu entwickeln. Die dritte Ebene ist die Ebene der Technik und des Handelns, also die Ebene der Umsetzung. Hier bedarf es konkreter Werkzeuge, um die Umsetzung zu erleichtern. Fehlen die Werkzeuge, so bleiben eine noch so gute Einstellung, ausgeprägtes Wissen und kompetente Fähigkeiten oft wirkungslos.

Beispiel Kundenorientierung

Betrachten wir diese Ebenen anhand eines praktischen Beispiels: Der gute Umgang mit Patienten und eine vorbildliche Kundenorientierung. Wer von uns wünscht sich nicht als Patient/Kunde besser behandelt zu werden. Dienstleistung ist oft ein Fremdwort, denn es fehlt sowohl an der Bereitschaft zu dienen, als auch an der Bereitschaft etwas zu leisten. Kundenorientierung findet ebenso auf den drei Ebenen statt. Wenn es Probleme mit der Kundenorientierung gibt, ist es sinnvoll herauszufinden, auf welcher der drei Ebenen das Problem wirklich liegt.

Nehmen wir an, Sie rufen bei einem Blumenfachhandel an, um einen schönen Strauß Blumen zu bestellen. Sie sind Stammkunde, weil Sie häufiger Men-

schen durch Blumen eine Freude machen. Eine Mitarbeiterin meldet sich freundlich, jedoch müssen Sie alle Ihre Daten immer wieder aufs Neue formulieren, da es in diesem Unternehmen ganz einfach an einer geeigneten Kundendatenbank fehlt. Dies ist die Ebene der Technik. Es kann auch sein, dass die Datenbank zwar existiert, jedoch die Verbindung zum Server über das Internet oft gestört ist oder ganz einfach der Computer immer wieder abstürzt. All dies sind Probleme mit der Kundenorientierung auf der Ebene der Technik, die sehr schnell zur Frustration der Mitarbeiter führen. Oft suchen wir allerdings die Probleme nur auf dieser Ebene, weil sie gut sichtbar und messbar sind. Sobald Sie einen Berater auf das Problem Kundenorientierung ansprechen, ist die Wahrscheinlichkeit groß, ein neues Informationssystem mit komplizierten Namen und Abkürzungen empfohlen zu bekommen. Oft ist das Problem jedoch auf einer anderen Ebene zu finden. Stellen Sie sich vor, Sie werden am Telefon freundlich begrüßt und Ihre Daten sind sofort vorhanden. Sie fühlen sich wie ein König. Die Mitarbeiterin ist freundlich (Einstellung) und die Technik funktioniert. Leider ist das Gespräch sehr unstrukturiert, denn die Mitarbeiterin ist neu und hat keine gute Einführung in ihre Aufgabe erhalten. Trotz vorhandener Daten und Freundlichkeit passieren schnell Fehler. Die Lieferadresse wird mit der Rechnungsadresse verwechselt oder es erfolgt kein freundliches Angebot zusätzlicher Leistungen. Kunden werden verärgert, das Unternehmen verliert Umsatz, weil der (zusätzliche) Nutzen nicht kommuniziert wurde. Wie Sie sehen, nützen die modernsten Computer und Schulungen und die talentiertesten Verkäufer nichts, wenn das Problem auf der Ebene des Bewusstseins existiert und das Unternehmen keine kundenorientierte Kultur hat.

Fazit

Immer sind es drei Ebenen (Bewusstsein, Methode, Technik), auf denen wir die Lösung eines Problems suchen müssen, indem wir die Ursachen betrachten und die Symptome analysieren. Dann gelingt Führung ebenfalls auf drei Ebenen: eine ganzheitliche erfolgreiche Lebensführung, Menschenführung und Unternehmensführung.

ANZEIGE

Perfekt unterfüttern.

Das dauerhaft weichbleibende ausgezeichnet haftende Prothesen-Unterfütterungsmaterial auf β-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®

R-krantz Dentalzergüsse GmbH
 Informationen unter Tel. 0 40 - 22 75 75 17
 Fax: 0 800 - 733 68 25 gel@krantz
 E-mail: info@r-krantz.com
 r-krantz.com



Bist zur Perfektion

Faszination Zahnarztpraxis

| Dipl.-Wirtsch.-Ing. (FH) Sabine Nemeč

Harley Davidson, BMW und Coca-Cola – starke Marken, die jeder kennt. Sie sind nicht zufällig so faszinierend geworden, sondern kompetente Markenmanager haben sie in einem langen Prozess dorthin entwickelt. Starke Marken haben einen großen Vorteil: man kennt sie und jeder hat ein Vertrauensverhältnis zu ihnen aufgebaut. Der Prozess einer eben solchen bekannten Marke aufzubauen heißt Markenführung. Markenführung bedeutet das Erkennen, Gestalten, Vermitteln und Steuern der Produktpersönlichkeit, im Fall der Zahnärztes also seiner Praxis.

Findet ein Patient einen Besuch beim Zahnarzt faszinierend? Oder eine implantologische Behandlung? Wohl eher nicht. Viel eher als ein notwendiges Übel. Die Gründe müssen nicht lange gesucht werden: unangenehme Erlebnisse, langwierige Behandlungen, Unsicherheit, Angst, Schmerzen und das Gefühl des Ausgeliefertseins. Eine Praxismarke lebt davon wie gut ihr Image und wie stark ihr faszinatives Potenzial ist. Denn dort wo Produkte und Dienstleistungen nicht faszinieren können, da müssen es andere Sachen tun – die Menschen.

Ganz vertraut

Eine starke Persönlichkeit ist die Voraussetzung für Vertrauen. Vertrauen entsteht, wenn sich jemand sicher fühlt, auf die Zusagen eines Anderen verlassen zu können. Jeder weiß, was die Marke ist und was sie kann – die Marke wird verlässlich nach innen und

außen. Andersherum kann man nur jener Marke vertrauen, die eine starke Persönlichkeit besitzt. Marke und Vertrauen hängen also eng zusammen. „Man vertraut nur dem, den man kennt“ (Heribert Meffert).

Vertrauen spielt deshalb für die Kunden und Patienten eine wichtige Rolle, weil sie das wahrgenommene Risiko verringert: Vertraut er einer Marke, kann er sie nutzen, ohne lange zu vergleichen. Kenne ich einen Zahnarzt oder habe von seiner Leistung Gutes gehört, steht einer erfolgreichen Behandlung nichts im Wege. Durch Vertrauen spart der Patient jene Kosten, die er zum Verringern des Risikos ausgegeben hätte, wie Informationskosten für die Suche nach geeigneten, zuverlässigen Anbietern oder finanzielle Reserven zum Abdecken von Risiken (Versicherung).

Vertrauen ist daher Grundlage von dauerhaften Beziehungen, da man dem eher treu bleibt, dem man vertraut. Besucht der Patient schon seit Jahren eine bestimmte Zahnarztpraxis und hat er dort gute Erfahrungen gemacht, wird er dieser Praxis auch weiterhin treu bleiben. Sein Wunsch, etwas Neues auszuprobieren, ist im Fall der Zahnarztleistung im Gegensatz zu Konsumgütern gering.

Wichtig zu wissen: Der Kunde verschenkt sein Vertrauen nicht gutwillig, die Praxis muss es sich verdienen und das Markenversprechen immer wieder unter Beweis stellen. „Vertrauen kann man nicht kommunizieren, man muss es sich verdienen“ (Prof. Rajiv Lal, Harvard Universität, USA). Folgende Aspekte können Vertrauen in die Marke festigen (angelehnt an den Marketingexperten Kaas):

Was Vertrauen schafft

- Vertrauen kann durch die eigene Inanspruchnahme der Dienstleistung entstehen.
- Jemand hat den Erfolg einer Dienstleistung bei anderen beobachtet oder ist durch persönliche Kommunikation darüber informiert.
- Vertrauen entsteht durch direkte Kommunikation des Zahnärztes mit seinen Patienten/Kunden.
- Vertrauen entsteht durch Berechenbarkeit. Dies wird vermittelt durch Stabilität und Kontinuität. Das Image spielt hierbei eine entscheidende Rolle.
- Vertrauen entsteht durch Selbstbindung des Anbieters: Dieser muss glaubhaft signalisieren, dass er von seiner Leistung überzeugt ist und sich mit der Marke dauerhaft im Markt engagieren will.

Vertrauen entsteht durch Sicherheit. Kontrollen und Gütesiegel des Staates und anderen Institutionen geben dem Patienten/Kunden einen Anhaltspunkt und unterstützen den Aufbau und den Erhalt der Geltung einer Praxismarke. Beispiel: EFQM, TQM und DIN ISO.

Faszinierend

Um das Faszinationspotenzial für eine Praxismarke aufzubauen, muss eine klare Markierung stattfinden – auf der Verstandes- und Emotionsebene jedes Patienten. Der Zahnarzt muss das emotionale Territorium für die eigene Praxismarke abstecken beziehungsweise eine emotionale Relevanz für den Patienten schaffen. Dazu gibt es vier Bereiche, die dazu beitragen können: Beziehungsorientierung, Sinnes-

kontakt

Dipl.-Wirtsch.-Ing. (FH)

Sabine Nemeč

Inhaberin von Nemeč + Team
Healthcare Communication

Oberdorfstr. 47

63505 Langenselbold

Tel.: 0 61 84/90 10 56

E-Mail: info@snhc.de

www.snhc.de

Agentur für Image, Marketing und Service für Zahnarztpraxen.

Seit 1999 bundesweit aktiv für Arzt-, KFO- und Zahnarztpraxen, Dentallabors sowie Universitätskliniken. Tätigkeitsschwerpunkte sind: Beratung zu Image und Marketing – Trainings zu Service und Teambildung

orientierung, Ideenorientierung und Zukunftsorientierung.

Einen besonderen Bereich bildet die Beziehungsorientierung. Wenn wir einen Schritt zurückgehen und auf das Leben und die Arbeit blicken, so stellen wir fest, dass sie von zwischenmenschlichen Beziehungen geprägt und bestimmt wird. Beziehungen zu meinem Partner, zu meiner Familie, zu mir selbst, zu meinen Kollegen, meinem Team, zu meinen Kunden. Aus dem Blickwinkel des Patienten sieht es ähnlich aus: Beziehungen zu meinem Partner, zu meiner Familie, zu meinem Arzt, zu meinem Zahnarzt usw. Unsere Lebensqualität wird durch die Qualität unserer Beziehungen bestimmt. Wie sind die Beziehungen im Team zu pflegen und extern, zum Beispiel zu den Patienten, dem Labor, anderen Lieferanten und den Netzwerkpartnern.

Jede Beziehung ist einzigartig und lässt sich weder in Formeln noch Regeln packen. Ausschlaggebend ist der Ent-

Fragen, die es sich zu beantworten lohnt:

1. Wer sind Ihre Patienten?
2. Was ist das brennendste Problem Ihres Patienten?
3. Was haben diese Patienten für einen Eindruck von Ihrer Praxis? Was für ein Image hat Ihre Praxis?
4. Welche Einstellung haben Ihre Mitarbeiter zu Ihren Patienten? Welches Verhalten legen sie an den Tag? Welchen Anteil tragen Sie daran?
6. Wie können Sie die Lebensqualität Ihrer Patienten und Ihrer Mitarbeiter verbessern?

Quelle: Börkircher & Nemeč, 2005

schluss und die Entschlossenheit, sich selbst und das Praxisteam als die Quelle aller Beziehungen zu verstehen. Wie sprechen Sie über einen Patienten? Ist es der 6er oder Herr Norbert Semmel,

ständnis für die Bedürfnisse des Patienten gemeint. Kennen Sie Ihre Patienten wirklich? Wissen Sie zum Beispiel, welche Ängste oder Probleme er hat? Diese Ängste und Probleme sind

„Um das Faszinationspotenzial für eine Praxismarke aufzubauen, muss eine klare Markierung stattfinden – auf der Verstandes- und Emotionsebene jedes Patienten.“

info

„Die Zahnarztpraxis als Marke – Qualität sichtbar machen“ Prof. Helmut Börkircher und Dipl.-Wirtsch.-Ing. Sabine Nemeč (Hrsg.) ISBN 3-934280-80-3



selbstständig mit einem eigenen Outdoor-Geschäft, mit einer Leidenschaft für die Jagd, der aber Angst vor dem Zahnarztbesuch hat? Beziehungsorientierung heißt weg von der Einstellung „wir gegen den Patienten“ und hin zu einer Partnerschaft. Weg von einer Kommunikation die erzählt - hin zu einem gemeinsamen Dialog. „Shared Decision Making“ (Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen) ist grundlegend für den Aufbau einer guten Beziehung. Um die Beziehungen zu Patienten zu begreifen und entsprechende Maßnahmen zu entwickeln, ist es wichtig mit ihnen in Kontakt zu bleiben. Vertrauen entsteht durch regelmäßigen Kontakt mit dem Patienten. Damit ist neben dem regelmäßigen Kontakt mit dem Patienten durch Patienten News, Anzeigen, Rundbriefe, Internet-Downloads, auch das Ver-

ein entscheidender Faktor für die Behandlung, für das Wohlfühlen beim Zahnarztbesuch und seine finanziellen Möglichkeiten. Ein aktiver Geschäftsmann hat andere Bedürfnisse als ein aktiver Rentner, eine vielbeschäftigte Mutter von 37 Jahren mit Teilzeitarbeit hat andere als eine berufstätige Single-Frau von 28 Jahren. Patienten lassen sich schon lange nicht mehr pauschal in Gruppen einteilen. Auch die klassische Werbung denkt um: von der Zielgruppe zur Zielperson. Ganz gleich ob der Zahnarzt präsent ist oder der Patient Kontakt mit der Praxis-Website hat, es gilt Respekt für die Belange der Patienten zu zeigen und ihnen die emotionale Erfahrung geben, die sie wollen. Die Praxis sollte nicht an den Zähnen des Patienten arbeiten, sondern zwischen seinen Ohren.

Rechnen sich Ihre Inlays?

| Prof. Dr. Johannes Georg Bischoff

In der konservierenden Zahnmedizin haben sich Keramikinlays bewährt – gefertigt im chairside CAD/CAM-System oder aus dem zahntechnischen Labor. Mit einem neuen Planungsinstrument aus dem Internet lässt sich schnell und leicht berechnen, wie wirtschaftlich diese Versorgungsform für die einzelne Praxis ist, auch im Vergleich zu Versorgungsformen mit Komposit.

Die Berechnung der Wirtschaftlichkeit eines CAD/CAM-Systems scheint auf den ersten Blick einfach. Legt man eine Leasingrate für ein solches Gerät in Höhe von 1.215 Euro zugrunde und wird für das Inlay dem Patienten 220 Euro in Rechnung gestellt, so verbleiben nach Abzug des Verbrauchsmaterials von 15 Euro (inkl. Strom) 205 Euro. Bei dieser „Kalkulation“ rechnet sich die Investition schon ab dem sechsten Inlay. Doch die Wirklichkeit ist komplexer. Benötigt der Zahnarzt mit einem solchen Gerät mehr oder weniger Behandlungszeit pro Versorgung? Der eine Zahnarzt sieht eine große Zeiterparnis darin, dass der zweite Behandlungstermin entfallen kann. Der andere rechnet mit einem Mehraufwand durch die Bedienung des Gerätes. Und: Was kostet diese Behandlungsstunde eigentlich wirklich?

Labor-Inlay

Der Wettbewerb unter den Laboren hat mittlerweile dazu geführt, dass CAD/CAM-Inlays bereits ab 99 Euro angebo-

ten werden. Ist der Zahnarzt mit der Qualität der Inlays und dem Service zufrieden, entstehen dem Zahnarzt daraus weitere Spielräume zur Absicherung oder zur Erhöhung seines Honorars. Setzt man diesen extrem niedrigen Preis für die Wirtschaftlichkeitsberechnung von chairside gefertigten Inlays an, so müssten wesentlich mehr Inlays mit diesem Gerät gefertigt werden, damit es sich rentiert.

Komposit oder Inlay?

Genauso individuell sind die wirtschaftlichen Auswirkungen von Inlays im Unterschied zu Kompositfüllungen zu berechnen. Die notwendigen Behandlungszeiten, das konkrete Abrechnungsverhalten und die Materialkosten dieser alternativen Versorgungsformen sind zu vergleichen. Nur so findet der Zahnarzt heraus, welche Behandlungsform für seine Praxis attraktiver ist.

Hilfe im Internet

Diese komplexen Wirtschaftlichkeitsvergleiche lassen sich mit Planrad® schnell, unkompliziert und kostenlos via Internet mit den eigenen Praxisdaten kalkulieren. Sie geben dem Praxisinhaber unabhängige Planungssicherheit und eine zahlenmäßig seriöse Grundlage für seine Investitionsentscheidungen.

Hierzu ein einfaches Anwenderbeispiel: Bei einer Versorgung mit einem Vollkeramik-Inlay aus dem Labor oder mit einem via CAD/CAM-Gerät chairside erstellten Inlay zahlt der Patient durchschnittlich jeweils 330 Euro. Davon entfällt jeweils ein Honorar von 150 Euro auf die zahnärztliche Tätigkeit und 180 Euro auf das Inlay als solches. In beiden Fällen beträgt die Arbeitszeit des Zahn-

arztes etwa 40 Minuten. Die Kosten pro Behandlungsstunde betragen – ohne Labor – 200 Euro/Std. Planrad® errechnet nun mit einem Mausklick, dass sich bei zehn geplanten Inlays pro Monat das Praxisergebnis um 5.220 Euro pro Jahr verbessern würde.

Für Kompositfüllungen rechnet die Praxis durchschnittlich 90 Euro pro Behandlung ab und braucht dafür im Schnitt 30 Minuten. Würde die Praxis statt dieser Kompositfüllungen nun chairside erstellte CAD/CAM-Inlays einsetzen, würde das Ergebnis pro Inlay um 191 Euro höher ausfallen als bei einer Kompositfüllung.



Planrad® unter www.praxisnavigation.com

Der Wunsch des Patienten verbunden mit dessen finanziellen Möglichkeiten beeinflusst natürlich die Wahl der Füllungstherapie. Dabei obliegt es aber dem Zahnarzt, die zahnmedizinisch angezeigte Behandlung vorzuschlagen und zu begründen. Umso besser, wenn er dabei auch die wirtschaftlichen Konsequenzen seiner Entscheidung kennt.

der autor

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

info

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

Außergewöhnliche Kommunikation – ein Erfolgsgarant

| Sabine Rehra, Heiner Kirchkamp



Außergewöhnliche Kommunikation fällt auf, macht neugierig und bewegt Menschen, mit Ihnen in Kontakt zu treten, Sie und Ihre besonderen Leistungen kennenzulernen. Sie bewegt also zum Wunschpatienten, spricht Kunden, Erfolg und Bekanntheit. Doch am Anfang steht die Philosophie. Eine medizinisch gute Ausbildung ist das absolute Muss. Zum kontinuierlich steigenden Erfolg ist es darüber hinaus unerlässlich, mental richtig aufgestellt zu sein. Dies ist die Grundlage, sich und seine professionellen Leistungen konsequent der Öffentlichkeit zu präsentieren und zielgerichtet seinen Weg zu gehen, mit klarer Strategie.

Arzte dürfen werben – wenn, je nach Voraussetzung, einige Regeln eingehalten werden (UWG, MBO). Schön und gut. Deshalb ist über „richtige“ Werbung, Marketing, PR speziell auch in der Medizin schon viel geredet und geschrieben worden. Von kreativen Köpfen bis hin zu Trittbrettfahrern. Tagtäglich flattern Medizinern Offerten diverser Agenturen ins Haus oder man fragt unaufgefordert höflich bis penetrant telefonisch an. Diverse Budgettöpfe wurden bereits geleert in der Hoffnung auf gesteigerte Patientennachfrage. Oftmals bleibt die Erkenntnis, dass neben dem leeren Geldbeutel auch die Warteräume leer bleiben (Checkliste zur Beraterwahl siehe Kasten).

08/16 statt „me too“

Grundlage jeder professionellen Kommunikation, egal ob durch geeignete Spezialisten im eigenen Hause oder ein beauftragtes Unternehmen, ist eine ausführliche „Anamnese“: Welche Leistungen bietet der Mediziner an? Welche besonderen Voraussetzungen sind gegeben seitens des Arztes (Ausbildung, Weiterbildung, Zertifizierung etc.), seitens der Praxis/Klinik (Qualitätssicherung u. ä.), der Einrichtung (OP-Ausstattung, Gerätetechnik etc.), des Teams (Service etc.)? Welche Patienten werden bevorzugt? Wo will der Mediziner in ein, zwei, fünf und zehn Jahren stehen? Und, und, und. Die Liste ist lang. Daraus entsteht ein klares, insbesondere auch zur Persönlichkeit des Spezialisten passendes Profil mit definierten Alleinstellungsmerkmalen, die diesen Experten von seinen Kollegen abgrenzen. Und genau dieses Besondere, die eigene Philosophie wird jetzt aus Überzeugung gelebt und konsequent an den Patienten kommuniziert. Nur wer um Ihre besonderen Leistungen weiß, kann sich im Vergleich mit anderen Offerten überzeugt für Sie entscheiden.

Markenkommunikation

Bekannte Marken wie Coca Cola, Mercedes Benz oder Tempo haben es plakativ vorgemacht: ein konsequentes Erscheinungsbild und allgegenwärtige Präsenz.

Marken wie „Tempo“ sind durch den hohen Bekanntheitsgrad sogar zum Synonym für „Papiertaschentücher“ geworden. Grundsätzlich lässt sich das Modell auch seriös auf eine Praxis oder Klinik übertragen, Medizin als Marke. Die entscheidenden Schritte hierzu: Das erarbeitete Profil, die Positionierung fließt ein in die Corporate Identity und das Corporate Design mit ent-

„Eigene Wege gehen, nicht ausgetretene Pfade beschreiten, ist der entscheidende Wegweiser zum Erfolg.“

sprechendem Logo, Marke/Klinikname, ggf. markantem Slogan, Geschäftsausstattung und die einzelnen Kommunikationsmaßnahmen wie Flyer, Anzeigen, Plakate und vieles mehr. Entscheidend ist neben der verbalen Darstellung und Ausformulierung der Alleinstellungsmerkmale speziell auch die visuelle Umsetzung und Ideen zu besonderen Darstellungsmöglichkeiten und -formen, die einen Mediziner von der breiten Masse abhebt.

Duales System zum Erfolg

Eigene Wege gehen, nicht ausgetretene Pfade beschreiten, ist der entscheidende

die autoren

Sabine Rehra, Heiner Kirchkamp
med.manufaktur
 Unternehmensberatung für
 Medizinkommunikation GmbH
 Königsallee 90
 40212 Düsseldorf
 Tel.: 02 11/30 13 13-0
 E-Mail: info@medmanufaktur.de
 www.medmanufaktur.de

tipp

Die vollständige Liste „Die 17 Gebote“ kann bei den Autoren angefordert werden.



Um „Risiken und Nebenwirkungen“ zu vermeiden, machen Sie hier den kritischen Vergleich.

Checkliste Beraterwahl: DIE 17 GEBOTE (Auszug)

Folgende Fragen sollten Sie beim wahren Spezialisten für Medizinkommunikation mit „JA“ beantworten können:

- Hat sich das PR-Unternehmen oder die Werbeagentur nachweislich seit mindestens zehn Jahren auf die Kommunikation von Medizinthemen spezialisiert?
- Kann die Marketing-/PR-/Werbefirma belegen, dass sie bzw. die Geschäftsleitung Erfahrungen aus der Betreuung namhafter Markenartikler mit einbringt?
- Können die Berater belegen, dass sie die rechtlichen Rahmenbedingungen für Medizinkommunikation aus eigener langjähriger Erfahrung kennen und somit von vornherein Risiken etwa durch Abmahnungen reduzieren helfen?
- Können die Berater aus unterschiedlichen Bereichen der Medizin praktische Kommunikationserfahrung vorweisen und belegen?
- Sind auch konkrete Arbeits- und Erfolgsbeispiele im Zusammenhang mit der verantwortlichen Betreuung namhafter medizinischer Fachgesellschaften vorweisbar?
- Können die Berater belegen, dass sie alle erforderlichen Kommunikationskanäle in der Medizin-PR aus praktischen Erfahrungen nicht nur kennen, sondern auch beherrschen?
- Verfügen die Berater erwiesenermaßen über einen Pool von ausgewiesenen Journalistinnen und Journalisten, die sich ausschließlich oder vorwiegend auf medizinische Themen und damit im Zusammenhang stehende Artikel/Sendungen konzentrieren?
- Ist das Beratungsunternehmen so gut mit Journalistinnen und Journalisten vernetzt, dass sie von diesen auch Hinweise auf zukünftige Themen erhalten und darüber hinaus offen sind, vom Berater Themenvorschläge unmittelbar aufzugreifen?
- Kann die Geschäftsleitung des Beratungsunternehmens auch eigene Buchpublikationen aus dem Bereich Medizin unter eigener Autorentätigkeit vorweisen, und hat die Geschäftsleitung schon selbst aktiv etwa bei Fernsehsendungen zur Thematik Medizin als Experte/Ratgeber mitgewirkt?
- Verfügt der Berater über einen glaubwürdigen und direkten „Draht“ zu einer neutralen Institution, wie prototypisch einer gemeinnützig klassifizierten Stiftung, um ggf. bestimmte Botschaften erfolgreich an die Stiftung herantragen zu können?

Wegweiser zum Erfolg. Jetzt ist diese Einzigartigkeit, diese besondere Botschaft bzw. Philosophie mit entsprechend außergewöhnlichen Maßnahmen bekannt zu machen – selbst initiierte Marketingmaß-

weise verzahnt ineinander und präsentieren ein überzeugendes Bild in der Öffentlichkeit. Ist der „neue“ Patient dann in der Praxis bzw. Klinik, sollten der Empfang und das Beratungsgespräch selbst-

„Der persönliche Kontakt zu ausgewählten Medien ist und bleibt das A und O. Öffentlichkeitsarbeit ist people business: Kontakte, Kontakte, Kontakte!“

nahmen ergänzt durch geeignete Medienpräsenz mittels gezielter PR-Arbeit. Der eigene Kontaktaufbau zu Journalisten durch beispielsweise spezielle Veranstaltungen, Einladungen und Besuche sowie Kontaktpflege sind dabei ein wesentliches Element. Die einzelnen Bereiche und Maßnahmen greifen idealer-

verständlich genau so professionell und überzeugend sein wie die Außendarstellung und natürlich die medizinische Behandlung.

PR-Arbeit: Do's und Dont's

Wenn PR und Journalismus aufeinanderprallen, kann es mitunter zu erheb-

lichen „Blessuren“, sprich jäh gescheiterten Versuchen kommen, da die Erwartungshaltung auf beiden Seiten oft unterschiedlich ist. Mehr oder weniger erfahrene PR-Leute preisen beispielsweise ein Produkt als die Neuheit schlechthin und sind aufgebracht, dass es „die Medien“ nicht interessiert. Der informierte Journalist seinerseits ist im Gegenzug gelangweilt, da ein ähnliches Produkt bereits existiert und hierüber schon berichtet wurde. Bei der Themenfindung sind unterschiedliche Überlegungen bezüglich Neuigkeit, Skandal, Prominenz, Sensation, Unterhaltung und vieles mehr zu berücksichtigen. Kommunikationswissenschaftler der Uni Münster haben – um genau diese Forderungen einmal plakativ darzustellen – die optimale BILD-Schlagzeile wie folgt entwickelt: „Deutscher Schäferhund leckte bei Marilyn Monroe größten Brustkrebs der Welt weg.“ Vom Phantom zur Realität: „Wir sind Papst“ – titelte die BILD seinerzeit kurz und knackig. Neben der unglücklichen Themenfindung wird mitunter noch ein ganz entscheidender grundlegender Fauxpas begangen: „Die Medien“ sind in der Themenfindung, Aufbereitung und Ansprache grundsätzlich zu differenzieren. Eine Story ist fürs Fernsehen anders aufzubereiten als beispielsweise für ein Frauenhochglanz- oder Wirtschaftsmagazin, die sogenannten Yellows oder Tageszeitungen.

Und ab und zu selektieren Redaktionen einfach auch nach persönlichen Präferenzen: Mit welchem Arzt habe ich schon mal Kontakt gehabt und gute Erfahrungen gemacht? Professioneller Auftritt beim Dreh oder Interview, bestens aufbereitetes Informations- und Bildmaterial und vieles mehr hinterlassen bei Redakteuren und Journalisten bleibende Eindrücke. Der persönliche Kontakt zu ausgewählten Medien ist und bleibt das A und O. Öffentlichkeitsarbeit ist people business: Kontakte, Kontakte, Kontakte! Zusätzliche regelmäßige Aussendungen von Pressemitteilungen an einen individuell zusammengestellten, breiter gefächerten und stets aktualisierten Verteiler ergänzen die professionelle Medienarbeit, bei der über das Dargestellte hinaus selbstverständlich noch viele weitere Faktoren zur erfolgreichen Platzierung zu berücksichtigen sind.

Bundesmantelvertrag

Selbstständig arbeiten = selbstständig arbeiten?

| RA Jörg Brochnow, RA Dirk Errestink



Nach den bereits erfolgten Änderungen im SGB V und der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte ist nun seit 1. Juli 2007 die letzte erforderliche rechtliche Regelung in Kraft, um neue Möglichkeiten der zahnärztlichen Berufsausübung angehen zu können. Obwohl die ärztlichen und zahnärztlichen Zulassungsverordnungen nahezu identisch formuliert sind, beschränkt der Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) die Möglichkeiten zahnärztlicher Berufsausübung.

Nunmehr ist auch in der GKV einiges möglich, was vor der Reformierung der meisten zahnärztlichen Berufsordnungen noch völlig undenkbar war. Die Neuregelungen betreffen insbesondere die Anstellung von Zahnärzten, die Genehmigung von Zweigpraxen und die Möglichkeit der Schaffung von überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften. Jeder Zahnarzt kann „am Vertragszahnarztsitz“ zwei vollbeschäftigte oder vier halbezeitbeschäftigte Zahnärzte anstellen. Die Regelung ist ziemlich unscharf formuliert.

Insbesondere wird nicht klar, was bei Gemeinschaftspraxen damit gemeint ist. Vorstellbar ist hier nur, dass die entsprechende Anzahl an angestellten Zahnärzten pro Vertragszahnarzt möglich ist, in einer Zweier-Gemeinschaftspraxis also vier Anstellungen Vollzeit. Der zugelassene Vertragszahnarzt haftet natürlich auch für seine angestellten Zahnärzte und rechnet deren Leistungen im eigenen Namen ab. Die Anstellung eines Zahnarztes wird regelmäßig nur dann Sinn machen, wenn im jeweiligen HVM auch für angestellte Zahnärzte ein entsprechendes Budget zugewiesen wird. Spannend wäre die Frage, wie diese Regelungen im Bereich der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie aussehen. Der Bundesmantelvertrag Ärzte sieht vor, dass pro Vertragsarzt mindestens drei Ärzte angestellt werden können, bei entsprechender sachlicher Begründung auch mehr. Ein Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurg mit Doppelapprobation könnte also ohne Weiteres drei weitere Kollegen mit derselben Qualifikation sowie zwei Zahnärzte anstellen. Derartige Überlegungen dürfen jedoch nie isoliert zulassungsrechtlich betrachtet werden, sondern müssen immer auch die entsprechenden Budgetregelungen

im jeweiligen HVM berücksichtigen. So sinnvoll eine entsprechende Anstellung von Zahnärzten in diesem Falle auch sein mag, in Hinsicht auf die Gestaltung der Arbeitsverträge, insbesondere eines nachvertraglichen Wettbewerbsverbots, der Praxisausstattung und weiterer Überlegungen ist in jedem Falle in der Zukunft hohe Flexibilität gefragt. Zahnärzte können ab sofort unter engen Voraussetzungen auch Zweigpraxen betreiben. Für die Genehmigung von Zweigpraxen sind insbesondere zwei Voraussetzungen erforderlich, die die Zulassungsverordnung vorgeben:

1. Es muss eine Verbesserung der Versorgung am Ort der Zweigpraxis vorliegen und
2. es darf die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes nicht beeinträchtigt werden.

Zweigpraxis

Während die sogenannte Bedarfszulassung (gesperrte Gebiete) bei der Zulassung von Vertragszahnärzten seit 1. April 2007 völlig aufgehoben ist, wird sie durch den BMV-Z für die Genehmigung von Zweigpraxen quasi wieder ein-

die autoren

RA Jörg Brochnow
 Fachanwalt für Medizinrecht
 Eisenbeis & Reinhardt
 Rechtsanwalts-gesellschaft mbH
 Dresden
 Tel.: 03 51/4 65 21 60

RA Dirk Errestink
 Eisenbeis
 Rechtsanwalts-gesellschaft mbH
 Essen
 Tel.: 02 01/56 58 10 10

geführt. Nach der Regelung soll die erforderliche „Verbesserung der Versorgung“ nämlich nur vorliegen, wenn bedarfsplanungsrechtliche Unterversorgung vorliegt. In Betracht kommt aber auch, dass regional oder lokal spezielle Leistungen, Behandlungs- und Untersuchungsmethoden sonst nicht erbracht werden. Der BMV-Z schafft eine merkwürdige Regelung der Zeiteinteilung an den einzelnen Orten. Zunächst mal muss sich der Zahnarzt, wenn er zwischen seiner Vertragszahnarztpraxis und der Zweigpraxis pendelt, länger an seiner Vertragszahnarztpraxis aufhalten. Wenn er, was der Regelfall sein dürfte, einen Zahnarzt anstellt, um Patienten in der Zweigpraxis behandeln zu können, hat er zwei Möglichkeiten. Entweder er stellt den Zahnarzt bei seiner Vertragszahnarztpraxis („Hauptniederlassung“) ein – in diesem Fall darf der angestellte Zahnarzt maximal 1/3 seiner Arbeitszeit an der Zweigpraxis verbringen. Oder er stellt den angestellten Zahnarzt direkt für die Zweigpraxis an, dann darf dessen regelmäßige Arbeitszeit nur so lang sein wie das doppelte derjenigen Arbeitszeit, die der Vertragszahnarzt in dieser Zweigpraxis bringt. Letzterer muss aber wegen der „ordnungsgemäßen Versorgung“ der Hauptpraxis 2/3 seiner Arbeitszeit dort verbringen. Hält er dort also wöchentlich 30 Sprechstunden ab, darf er an seiner Zweigpraxis noch 10 Stunden arbeiten, der dort angestellte Zahnarzt darf in diesem Falle nur noch 20 Stunden arbeiten. Der Begriff des „sich zerteilen müssen“ drängt sich tatsächlich bei den Regelungen auf. In einem gemeinsamen Rundschreiben der BMV-Z Partner begründen diese die Norm mit der Rechtsprechung des BSG zur Präsenzpflcht. Diese Rechtsprechung besagte, dass die vertrags(zahn)ärztliche Tätigkeit eines zugelassenen Vertrags(zahn)arztes „zweifelsfrei seine Haupttätigkeit darstellen müsse“, weitere ausgeübte Tätigkeiten müssen deshalb einen „deutlich geringeren Umfang als halbtags“ haben. Unter den verschärften Zulassungsbedingungen für eine Zweigpraxis ist klar, dass gerade die Tätigkeit des Zahnarztes an seiner Zweigpraxis im besonderen Maße der Versorgung der GKV-Versicherten dient. Gerade diese Patienten sind ja sonst regelmäßig unterversorgt. Natürlich ist die Tätigkeit an der Zweigpraxis

deshalb auch vertragszahnärztliche Tätigkeit. Etwas anderes wäre z. B. die Tätigkeit in einer rein privatärztlichen implantologischen Teilgemeinschaftspraxis. Diese Rechtsprechung passt also nicht so recht auf das Problem. Der Widerspruch besteht aber auch in sich. Bei Einhaltung dieser Vorgaben wird die Zweigpraxis mit einem Angestellten gar nicht ausreichend geöffnet sein können. Da sachlicher Grund der Genehmigung der Zweigpraxis aber die Unterversorgung ist, wird die Regelung in sich paradox. Eine weiter bestehende partielle Unterversorgung würde zugunsten einer umfangreichen „Überwachung“ des angestellten Zahnarztes in Kauf genommen. Weiterer Widerspruch: Da es keine Bedarfszulassung mehr gibt, könnte jeder Vertragszahnarzt ohne jede Einschränkung sich dort niederlassen. Er könnte dann auch ohne Einschränkung eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft begründen. Offenbar traut man angestellten Ärzten fachlich mehr zu als angestellten Zahnärzten. Ärzte dürfen nämlich sogar fachübergreifend anstellen und können den angestellten Arzt „allein zur Durchführung der Behandlung an dieser Nebenbetriebsstätte“ beschäftigen (§ 15a BMV-Ä).

MVZ, Kopfzentrum, Nebenbetriebsstätte

Begriffe wie Medizinisches Versorgungszentrum, Kopfzentrum, Nebenbetriebsstätte tauchen im gesamten Vertrag einschließlich aller Anlagen nicht auf. Offenbar gehen die Mantelvertragspartner davon aus, dass Zahnärzte nicht auf die Idee kommen könnten, derartiges zu beantragen. Abgesehen davon, das sowohl die „Kopfzentren“ (gemeinsame ärztliche Leitung eines MVZ durch Ärzte und Zahnärzte) als auch Zahnärzte-MVZ im SGB V geregelt sind, findet sich auch ein interessanter Aspekt hierzu bei der Gebührenordnung der Zulassungsaus-schüsse Zahnärzte. Dort hat man die MVZ nicht vergessen. Gemäß § 46 Abs. 1 lit.c Zahnärzte-ZV kostet ein Antrag, „mit dem der Zahnarzt das medizinische Versorgungszentrum anstrebt“, 120,00 Euro. Das Zwischenfazit zur Einführung der neuen BMV-Z lautet daher: Nicht alles, was im BMV-Z nicht geregelt ist, ist auch unmöglich.

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

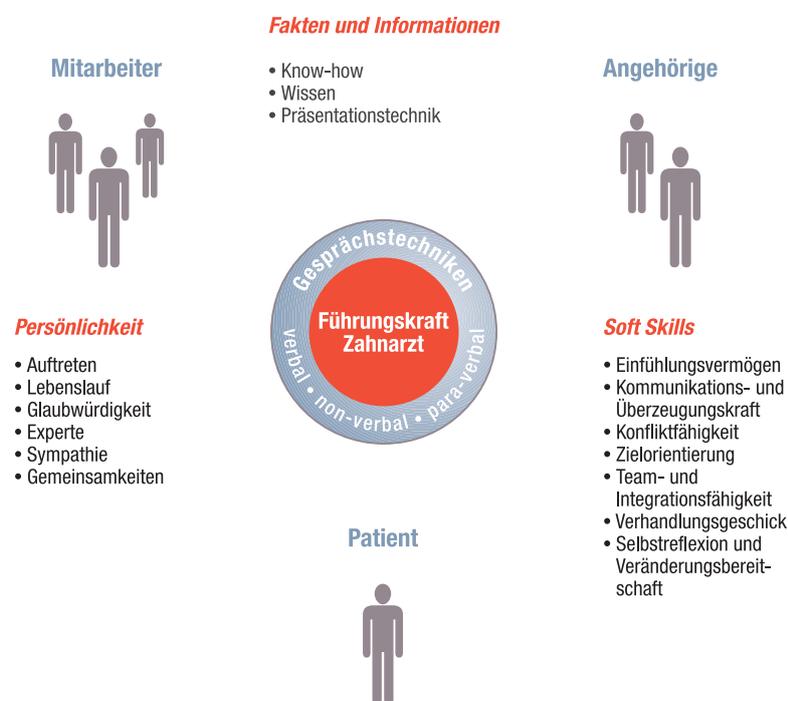


CLARIDENTIS
Die integrierte Versorgung in der Zahnmedizin

Der Zahnarzt als Führungspersönlichkeit

| Lea Höfel

In den meisten Fällen befindet sich der Zahnarzt in einer Führungsposition. Besitzt er eine eigene Praxis, so hat er wahrscheinlich Mitarbeiter. Aber auch in Kliniken oder universitären Einrichtungen führt er die mitwirkenden AssistentInnen. Abgesehen vom Personal, welches um einen Zahnarzt herum zu finden ist, nimmt er auch gegenüber den Patienten eine gewisse leitende und wegweisende Stellung ein. Zusätzlich erweitert sich das Klientel noch auf die Angehörigen, zum Beispiel bei Kindern oder älteren Patienten.



techniken sollte er sowohl verbal als auch non-verbal beherrschen und neuerdings ist immer häufiger von Soft Skills oder Schlüsselkompetenzen zu hören und zu lesen. Dazu gehören Einfühlungsvermögen, Kommunikations- und Konfliktfähigkeit, Team- und Integrationsfähigkeit und Selbstreflexion, um nur ein paar zu nennen.

Wandel der Führungsstile

Die Führungsstile haben sich in den letzten Jahrzehnten rapide geändert. Während früher noch eine klare Trennung von Führung und Mitarbeitern herrschte, wird heutzutage eher auf Kooperation und Zusammenarbeit Wert gelegt. Der traditionelle autoritäre Stil bestand aus Anweisungen und Befolgen. Diese Denkweise änderte sich in den 80er-Jahren. Kooperation wurde angestrebt, die Mitarbeiter bekamen mehr Verantwortung zugeteilt und sollten nicht nur Rückmeldung empfangen, sondern auch selbst geben. Im neuzeitlichen demokratischen Führungsstil wird die Mitarbeit der Angestellten noch höher geschätzt. Sie sollen eigenständige Ideen entwickeln und aktiv am Arbeitsgeschehen mitwirken. An diesem Punkt tut sich manch ein moderner Chef schwer. Der Zahnarzt beginnt zu zweifeln, ob es gut ist, dem Praxispersonal zu viele Freiräume zu geben. Wird die Arbeit dann ordentlich erledigt? Wird man selbst noch als Vorgesetzter anerkannt? Wie fassen die Patienten das Arbeitsklima auf?

All diese Aspekte sind dem Zahnarzt in seiner Ausbildung leider überhaupt

Anforderungen an die Führungsposition „Zahnarzt“.

Die Rolle der Führungskraft jedoch überfordert den einen oder anderen Zahnarzt und behindert ihn während der Arbeit und im Umgang mit seinen Mitmenschen.*

Multitalent Zahnarzt

Ein kurzer Blick auf die Vielfältigkeit einer Chefposition zeigt gleich die enormen Anforderungen an den Zahnarzt. Er arbeitet ständig im Spannungsfeld zwischen Humanität und Effektivität, Aufgaben- und Mitarbeiterorientierung. Er ist ein Multitalent und besteht aus Mit-

arbeitercoach, Experte, Verantwortlichem, Krisenmanager, Lernendem und dabei doch auch Leitendem. Arbeitet er in einer größeren Einrichtung, hat er wahrscheinlich nicht nur Mitarbeiter zu leiten, sondern muss auch noch Vorgesetzte zufriedenstellen. Und welche Fähigkeiten werden von ihm verlangt? Er sollte Fakten und Informationen liefern, über die neuesten Entwicklungen auf dem Laufenden sein, einen grandiosen Lebenslauf vorweisen, in seiner Persönlichkeit glaubwürdig, sympathisch und durchsetzungsfähig sein. Gesprächs-



nicht vermittelt worden. Fachlich mag er hochgradig kompetent sein, dies nutzt ihm jedoch wenig, wenn er nicht in der Lage ist, seine Mitarbeiter zufriedenzustellen und auf seine Patienten glaubwürdig zu wirken.

Führung von Mitarbeitern

Ein erster Schritt in die richtige Richtung ist die innere Einstellung, dass man keine Chefposition im klassischen, autoritären Sinn innehat. Arbeit wird nicht mehr als einziger Sinn im Leben angesehen. Faktoren wie Zufriedenheit und Anforderung rücken in den Vordergrund. Bezogen auf das Praxispersonal bedeutet dies, dass die Mitarbeiter gefordert und gefördert werden möchten. Motivation entsteht nur zu zehn Prozent aus materiellen Anreizen. Den weitaus größeren Anteil an Mitarbeitermotivation haben psychosoziale und intellektuelle Bedürfnisse wie Ehrlichkeit, Vertrauen, Gerechtigkeit, Mitwirkung oder Herausforderung. Gelegentliche Kleinkriege oder Heimlichkeiten unter den Angestellten lassen oft sehr schnell nach, sobald jeder eine verantwortungsvolle Position eingenommen hat. Das Personal möchte das Gefühl haben, dass sie als Person wertgeschätzt werden. In diesem Zuge muss sich der Zahnarzt die Zeit nehmen und ein Ohr dafür entwickeln, was die Bedürfnisse und Wünsche der Mitarbeiter sind. Eine Arbeitsstruktur, an der die Angestellten mitgestalten dürfen, wird eher eingehalten als eine, die ihnen vorge-schrieben wird. Nutzen Sie als Zahnarzt die Erfahrungen und Ideen ihrer Angestellten, um eine reibungslos laufende Praxis zu haben.

Führung von Patienten

Auch im Zusammenhang mit den Patienten und Angehörigen ist es immer wieder wichtig, sich vor Augen zu führen, dass niemand belehrt, sondern informiert werden möchte. Halten Sie sich an einen Gesprächsleitfaden aus Einleitung (kurzer Small Talk), Klärung (was ist das Problem), Argumentation (für und wider) und Zielklärung (wer möchte was) und letztendlich einer verbindliche Festlegung. Natürlich sind Sie als Zahnarzt immer noch der Experte und letztendlich der Entscheidungsträger, doch der Patient sollte an dem Plan mitwirken. Ein Patient, der alles hinterfragt, fällt sofort als Person auf, die an der Zielfindung arbeiten möchte. Doch auch der Patient, der scheinbar alles mit sich machen lässt, sollte in gewissem Grad mitentscheiden. Denn wenn er später einmal unzufrieden mit dem Ergebnis sein sollte, kann er es nicht nur dem Zahnarzt in die Schuhe schieben. Die persönliche Weiterbildung des Zahnarztes in Richtung Führungslehre sollte jedem ans Herz gelegt werden. Die zeitliche und finanzielle Investition wird sich in kürzester Zeit positiv im Praxisalltag bemerkbar machen, da das Personal zufriedener und effektiver arbeiten wird, Stressfaktoren minimiert werden und die Patienten immer wieder gerne zu Ihnen kommen werden.

(*Bei „er“ oder „der Zahnarzt“ sind natürlich auch immer die weiblichen Zahnärztinnen gemeint. Der Einfachheit halber beschränke ich mich hier auf die männliche Anrede.)

Marketingfibel nicht nur
für Gesundheitsberufe
APOSTELMARKETING®

624 Seiten mit über 1.000 Abbildungen!

„APOSTELMARKETING®
verwandelt Menschen in
begeisterte, selbsttätige
Botschafter.“



APOSTELMARKETING®

ist das Handbuch für erfolgreiches, ethisches Unternehmertum. Platz für eigene Notizen, Ideen und gezielte Fragestellungen bezüglich Ihre eigenen Praxis erleichtern eine individuelle Umsetzung des Konzeptes. Sie werden erkennen, wie viel Potenzial schon in Ihrem Unternehmen steckt.

Starten Sie Ihr persönliches
APOSTELMARKETING®!



Die Autoren
Kerstin Sieper
Dr. Achim Sieper

FAXBESTELLUNG 03 41/4 84 74-2 90

oder per E-Mail grasse@oemus-media.de

oder Post Oemus Media AG
Hollweinstraße 29
04229 Leipzig

APOSTELMARKETING® ALL DENTE Verlag GmbH
2006, 624 Seiten mit über
1.000 Abbildungen
ISBN: 3 9808 979-8-2

Exemplare 119,00 Euro zzgl. Versand

Name

Strasse

PLZ/Ort

Telefon/Fax

E-Mail

Zahnerhaltung oder Praxiserhaltung?

Auch wenn in der Politik große Worte über Zahnerhaltung fallen, wird dem Zahnarzt spätestens beim Lesen der Einladung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung klar, wer hier die Zeche zahlen soll.

Ein Fallbeispiel aus der Praxis: Einem Kassenpatienten wurde der Zahn 38 durch eine privat berechnete Wurzelbehandlung erhalten. Ohne Wissen und Zustimmung des behandelnden Zahnarztes schrieb dieser Patient nach der erfolgreichen Zahnerhaltung einen Brief an Frau Ulla Schmidt, den ich wegen seiner Authentizität und seines Wahrheitsgehaltes hier aus Gründen des Allgemeininteresses auszugsweise wörtlich zitieren möchte:

„Sehr geehrte Frau Schmidt! Unlängst hatte ich als Kassenpatient seit ca. 50 Jahren erstmals wieder Zahnschmerzen. Es betraf den Zahn Nr. 38. Mein Zahnarzt eröffnete mir, dass die Wurzelbehandlung an diesem Zahn von der Kasse nicht getragen wird. Ich hätte deshalb die Wahl, den Zahn auf Kosten der Kasse ziehen oder ihn auf eigene Rechnung für geschätzte 600,- bis 800,- Euro behandeln zu lassen. Ich entschied mich für die zweite Alternative. Als Beleg dessen lege ich die Rechnung in Kopie bei. Der Zahn wurde erhalten. Dieser Vorgang wirft für mich Fragen auf, die meines Erachtens in Ihre Kompetenz fallen. Erstens gehe ich davon aus, dass jährlich Zehntausende von Zähnen gezogen werden, die erhaltungswert sind. Das betrifft nicht nur Weisheitszähne, sondern auch Zähne neben Zahnlücken, die irgendwann als Halt für eine Prothese gebraucht werden könnten. Dies ist nicht das Beste für den Patienten aus medizinischer Sicht. Es erfolgt, weil das Ziehen billiger ist als das Erhalten und weil die Pa-

tienten das Erhalten nicht bezahlen können. Zweitens trifft in diesem Fall der Patient eine medizinische Entscheidung. Natürlich stimmt er in jedem Fall der Behandlung zu, die er für die geeignetste hält und zu der der Arzt ihm rät. Aber in diesem Fall stellt ihn der Arzt vor zwei Alternativen ohne ihm zu sagen, welche die medizinisch bessere ist. Sonst würde er den Patienten zu einem Geschäft überreden. Also trifft der Patient eine für sich ungünstige medizinische Entscheidung aus finanziellen Erwägungen. Drittens drängt sich bei diesem Sachverhalt die Frage auf, ob es in unserem Land nicht doch eine Zwei-Klassen-Medizin gibt, die hier für den Patienten konkret erlebbar wird...“

Natürlich wurde die Stimme des Volkes im Bundesministerium für Gesundheit zwar gehört, aber nicht wahrgenommen. Es wurde dem Patienten beschieden, dass die Wurzelbehandlung von Molaren (Backenzähne 6 und 7) grundsätzlich eine Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung sei und dass die Spitzenverbände der Krankenkassen in ihrem Rundschreiben vom 19. April 2004 mitgeteilt haben, dass der Grundsatz gilt, jeden Zahn, der erhaltungsfähig und erhaltungswürdig ist, zu erhalten. Da in diesem Brief nur auf die Molaren und nicht den Weisheitszahn Bezug genommen wurde, ließ unser bemerkenswerter Patient nicht locker und präzisierte seine Fragen in einem zweiten Schreiben, dass ich ebenfalls aus Gründen des Allgemeininteresses hier wörtlich auszugsweise wiedergeben möchte:

„... Mir ging es mit meiner Anfrage nicht primär um meinen Einzelfall, sondern um Probleme, die sich verallgemeinernd aus meiner Sicht ergaben. Dabei spielt es keine Rolle, in wie viel Fällen die Wurzelbehandlung vom Patienten zu tragen ist. Ich war vielmehr überrascht, dass es überhaupt Fälle gibt, in denen die Versicherung den Patienten im Stich lässt. Deshalb erlaube ich mir, meine Fragen zu konkretisieren: Trifft es zu und ist es gewollt, dass bei gesetzlich versicherten Patienten auf Kosten der Kasse Zähne gezogen werden, die erhaltungsfähig sind, wogegen die Erhaltung dieser Zähne, z.B. durch Wurzelbehandlung, von der Kasse nicht getragen wird? Ist es gewollt, dass der Patient in diesen Fällen nicht vor die Frage gestellt wird: Ziehen oder Erhalten?, sondern vor die Frage: Ziehen kostenlos oder Erhalten für 600,-, 800,- oder 1.000,- Euro?...“

Anscheinend wurde hier das BMG im vitalen Nerv getroffen, denn in seiner Antwort verstieg es sich zu der wörtlichen Formulierung: „Allgemeine Aussagen, dass Wurzelbehandlungen an Weisheitszähnen



von der Kasse nicht getragen werden, entsprechen nicht dem geltenden Recht und sind daher falsch.“ Offenbar liest man im BMG nicht den Kommentar von Raff/Liebold/Wissing, wo es zu dem gleichen Thema der Kons-Richtlinie 9 unter anderem heißt: „Der Verlust eines Weisheitszahnes bei ansonsten vorhandenen Molaren führt niemals zur Freundsituation.“ Und auch ein Prüfungsausschuss, der Behandlungen nach den Kriterien „notwendig, ausreichend, wirtschaftlich“ abklopft, wird für eine solche Phrase nur ein eiskaltes Lächeln übrig haben. Spätestens beim Lesen der Einladung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung wird dem Zahnarzt klar, wer hier für diese politische Fiktion einer Ein-Klassen-Medizin zur Kasse gebeten werden soll.

Wie kann man sich nun gegen diesen Lug und Trug schützen? Zunächst muss der Behandler die Richtlinien genau kennen – dies ist Chefsache und nicht delegierbar. Dann bleibt die mühevolle Aufgabe, bei jeder nicht richtlinienkonformen Zahnerhaltung den Patienten gründlich mündlich und schriftlich aufzuklären. Scheut man diese Konfrontation, so wird das über den Schein abgerechnete Honorar zum „Schein“-Honorar. Eine gute Hilfe bei dieser Überzeugungsarbeit leistet die Synadoc-CD, die bei einem gegebenen Befund für eine geplante Wurzelbehandlung automatisch anzeigt, ob diese richtlinienkonform ist. Dies sorgt für eine bessere Neutralität der Beratung. Außerdem wird neben einer ausführlichen Privatvereinbarung ein detaillierter Erklärungsbogen für den Patienten ausgedruckt. Eine kostenlose Probeversion kann man sich über das Internet (www.synadoc.de) oder telefonisch unter 0700/67 33 43 33 bestellen.

die Autorin



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: 0700/07 96 23 62
E-Mail: gs@synadoc.ch

Ansparabschreibung ab 2007 ade?



ADVISION
Der Spezialist für Zahnärzte

StB Daniel Lüdtké,
ADMEDIO Pirna

Sowohl der Bundestag als auch der Bundesrat haben das Unternehmensteuerreformgesetz 2008 beschlossen. Eine der wesentlichsten Änderungen für den Bereich der Zahnärzte ist der Wegfall der bisherigen Ansparabschreibung. Diese wird zukünftig durch einen neuen, bereits ab 2007 geltenden Investitionsabzugsbetrag ersetzt.

Investitionsabzugsbetrag

Bisher konnten sowohl Zahnärzte als auch andere Freiberufler eine den Gewinn mindernde Rücklage bis zu 154.000 EUR, bei Existenzgründern bis zu 307.000 EUR bilden. Diese wurde spätestens nach zwei Jahren aufgelöst und durch tatsächlich getätigte Investitionen kompensiert oder erhöhte den Gewinn in den Folgejahren bei nicht erfolgter Investition.

Zukünftig können Steuerpflichtige Investitionen in abnutzbare bewegliche Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens wie bisher mit bis zu 40% der voraussichtlichen Anschaffungskosten gewinnmindernd berücksichtigen. Der sogenannte Investitionsabzugsbetrag wird nicht mehr wie bisher innerhalb der Gewinnermittlung als Betriebsausgabe abgezogen, sondern außerhalb der Gewinnermittlung berücksichtigt. Somit ist zukünftig dem Finanzamt eine Aufstellung einzureichen, aus der sich die voraussichtliche Investition hinsichtlich der Funktion sowie der voraussichtlichen Anschaffungskosten für jedes einzelne Wirtschaftsgut ableiten lässt. Begünstigt sind u.a. Freiberufler, die ihren Gewinn nach der sog. Einnahmenüberschussrechnung ermitteln, zukünftig nur noch – und das ist neu – wenn der Gewinn vor Bildung des Investitionsabzugsbetrages nicht mehr als 100.000 EUR beträgt. Diese Gewinngrenze gilt sowohl für Einzelpraxen wie auch für Gemeinschaftspraxen, da sie nicht personen-, sondern betriebsbezogen ist. Bisher gab es keine Vorgaben für die Inanspruchnahme der Ansparabschreibung. Dies bedeutet – zumindest für fast alle Gemeinschaftspraxen, die den Gewinn nach der Einnahmenüberschussrechnung ermitteln –, dass Ansparabschreibungen aus 2006 und Vorjahren, welche nach altem Recht gebildet wurden, bei nicht erfolgter Investition spätestens in 2008 aufgelöst werden müssen, ohne die Gewinnerhöhung durch die Neubildung eines Investitionsabzugsbetrages ausgleichen zu können. Somit kann es in 2008 zu einer zusätzlichen Steuerbelastung kommen, da neben dem laufenden Gewinn die Gewinnerhöhung aus der aufgelösten Rücklage zusätzlich versteuert werden muss. Für alle, welche bereits in 2006 eine aus dem Jahr 2004 ge-

bildete Rücklage auflösen mussten, ist wichtig, dass eine erneute Rücklagenbildung nach altem Recht nur noch in 2006 möglich ist. Es besteht somit nicht mehr in 2007 die Möglichkeit, von der alten Ansparabschreibung zu profitieren.

Beispiel: A und B sind Zahnärzte und betreiben gemeinsam eine Gemeinschaftspraxis. Diese hatten zum 31.12.2005 eine Ansparabschreibung von 154.000 EUR gebildet. Zum 31.12.2006 entschließen sie sich, einen Teil der Rücklage von 54.000 EUR gewinnerhöhend aufzulösen. Der verbleibende Teil von 100.000 EUR aus der Rücklage zum 31.12.2005 muss zwangswise zum 31.12.2007 aufgelöst werden. Eine Neubildung der Rücklage in 2007 ist nicht mehr möglich. Daher ist zu überlegen, ob eine Neubildung einer Ansparabschreibung noch jetzt in 2006 sinnvoll ist, und somit die Zwangsauflösung von 2007 auf 2008 verlagert werden kann. Es sollte auf jeden Fall geprüft werden, wie die bestehenden Rücklagen sukzessive aufgelöst werden können und es somit zu einer Abmilderung der Steuerbelastung kommt.

Wirtschaftsgüter

Begünstigte Wirtschaftsgüter für den neuen Investitionsabzugsbetrag sind alle abnutzbaren beweglichen Investitionen des Anlagevermögens. Somit fallen zukünftig auch gebrauchte Wirtschaftsgüter darunter. Der Investitionszeitraum hat sich von zwei auf drei Jahre verlängert. Somit muss die voraussichtliche Investition erst im dritten Jahr nach Bildung des Investitionsabzugsbetrages durchgeführt werden. Abweichend von der bisherigen Regelung dürfen jedoch nur solche Wirtschaftsgüter mit berücksichtigt werden, welche im Jahr der tatsächlichen Investition und in dem darauf folgenden Jahr fast ausschließlich, d.h. zu mind. 90% für die Praxis genutzt werden. Somit ist die Bildung eines Investitionsabzugsbetrages für z.B. einen Pkw zukünftig nahezu ausgeschlossen. Der Höchstbetrag für die Investitionsabzugsbeträge wurde von bisher 154.000 EUR auf 200.000 EUR erhöht. Dabei sind bestehende Ansparabschreibungen

nach altem Recht zu berücksichtigen. Wird die begünstigte Investition durchgeführt, können bis zu 40% der tatsächlichen Anschaffungskosten gewinnmindernd berücksichtigt werden. Dadurch reduziert sich die Bemessungsgrundlage für die zusätzlich mögliche lineare Abschreibung sowie die Sonderabschreibung. Diese kann zukünftig auch ohne die Bildung eines Investitionsabzugsbetrages in Anspruch genommen werden.

Beispiel: Zahnarzt Z bildet zum 31.12.2007 einen Investitionsabzugsbetrag für eine Einheit mit 40% von 100.000 EUR Anschaffungskosten. Die Einheit wird 2009 für 100.000 EUR angeschafft.

	2007	2009
Gewinnminderung	- 40.000,00 €	0,00 €
Gewinnerhöhung	0,00 €	+ 40.000,00 €
abzgl. Absetzung von 40 %		- 40.000,00 €
abzgl. Sonderabschreibung 20 %		- 12.000,00 €
abzgl. Lineare Abschreibung 10 %		- 6.000,00 €
gesamt:	- 40.000,00 €	- 18.000,00 €

Sollte die Investition nicht erfolgen, wird der ursprüngliche Investitionsabzugsbetrag in 2007 rückgängig gemacht. Die sich ggf. daraus für 2007 rückwirkend ergebende Steuernachzahlung ist mit bis zu 6% pro Jahr zu verzinsen.

Existenzgründer

Sonderregelungen für Existenzgründer bestehen zukünftig nicht mehr. Jedoch können alle, die bis zum 31.12.2006 eine Ansparabschreibung für Existenzgründer bilden durften, diese auch über den verlängerten Investitionszeitraum von 5 Jahren – also bis zum 31.12.2011 – fortführen. Dies betrifft alle, die im Jahre 2001 oder später erstmals im Rahmen ihrer Praxiseröffnung selbstständig tätig waren.

Alle Informationen zur Ansparabschreibung erhalten Sie unter der Tel.: 035 01/5 62 30 oder unter www.admedio.de

Steuertermine im August

Fälligkeit: Freitag, 10.08.

- | | | |
|---|--------------------|-------------------|
| Ende der Schonfrist bei Zahlung durch | Überweisung | Scheck/bar |
| • Lohnsteuer, Kirchensteuer, Solidaritätszuschlag | 13.08. | 10.08. |
| • Umsatzsteuer für Monatszahler ¹ | 13.08. | 10.08. |

Fälligkeit: Freitag, 15.08.³

- | | | |
|----------------------------|--------|---------------------|
| • Grundsteuer ² | 20.08. | 15.08. ³ |
| • Gewerbesteuer | 20.08. | 15.08. ³ |

Verschiebt sich der Fälligkeitstag eines Steuertermins durch Samstag, Sonntag oder Feiertag, so ist dies berücksichtigt. [1] Dauerfristverlängerung ist auf Antrag möglich. [2] Bei Halbjahreszahler und Jahreszahler – Mögliche Termine für Kleinbeträge nach Bestimmung der Gemeinde. [3] in Regionen, in denen Mariä Himmelfahrt ein Feiertag ist, verschiebt sich das Ende der Schonfrist vom 15. August auf den 16. August.

Buchrezension

„Der Problempatient“

Tagtäglich helfen wir Zahnärzten sehr viel „gefallen“. Oft bringt unseren Patienten. Auch dann, wenn ihre Beschwerden keine somatischen, sondern psychische Gründe haben. Aber wer hilft den Zahnärzten? „Koryphäen-Killer“, „Psychogene Prothesenunverträglichkeit“, „Lehrerinnen mit Doppelnamen“ – dies sind nur einige der Schlagworte, die die meisten von Ihnen nachts manchmal nicht schlafen lassen. „Einem neuen Patienten sollte man stets mit äußerstem Misstrauen begegnen!“ Wer frisch von der Uni kommt und noch alles Vertrauen dieser Welt in seine Patienten hat, kann diesen beinahe zynischen Ausspruch eines älteren Kollegen nicht verstehen. Ganz schnell aber lernt er, dass dieser Spruch wahr ist. Zahnmedizinisches Fachpersonal und Zahnärzte lassen sich von ihren Patienten

sehr viel „gefallen“. Oft bringt das den Praxisalltag, ja mitunter das gesamte psychische und physische Befinden aus dem Gleichgewicht. Zwar rufen diese „besonderen“ Patienten in den allermeisten Fällen Probleme und Situationen nicht bewusst hervor, etwa um den Behandler zu ärgern. Es handelt sich vielmehr um unbewusste Verhaltens- und Persönlichkeitsmuster, die man erkennen muss, um sie bewältigen zu können. Haben Sie sofort eine Antwort oder eine Therapie zur Hand, wenn Ihr Patient über eine (scheinbare) Materialunverträglichkeit klagt? Was machen Sie, wenn die besorgte Mutter nach einer Methode fragt, ihrem einjährigen Kind das Daumenlutschen abzugewöhnen? Wie bringt man das Kind mit dem ADHS zur Raison? Wie stehen



Sie zu Akupunktur, Homöopathie und Kinesiologie? In einem langen Zahnarztleben erlebt man viele Problempatienten. Häufig fehlt die Information, was dahinter steckt und eine Erläuterung, wie damit umzugehen ist. Das Buch „Der Problempatient“ soll Ihnen bei der Bewältigung der Anforderungen, welche an Sie gestellt werden, eine Hilfestellung leisten. Dr. Hans Sellmann, Medizinjournalist, aber nach wie vor engagiert in der eigenen Kassenpraxis tätig,

betont ausdrücklich, dass es sich bei diesem Buch um seine persönliche Meinung handelt. Zwar habe er versucht, sorgfältig zu recherchieren und, auch wenn es angesichts mancher alternativer Praktiken schwer fiel, neutral zu bleiben. Seine Ethik- und Moralvorstellungen gebieten es ihm aber wahrhaftig zu sein. Mit dieser Einstellung habe er den meisten seiner Patienten erfolgreich helfen können. Nach der Lektüre dieses Buches – die Lexikonstruktur soll den schnellen Zugriff auf die einzelnen Stichworte erleichtern – werden auch Sie im Umgang mit Ihren Problempatienten demnächst weniger Probleme haben.

Dr. Hans Sellmann
„Der Problempatient“
 ISBN 3-924931-87-91
 Auflage 2007, ZFV Herne
 Tel.: 0 23 23/59 31 41
 Fax: 0 23 23/59 31 55
 Bestell-Nr.: 62 163
 49,00 Euro

my magazin „beauty“ ging erfolgreich in die Luft

Zwei neue Starts in Vorbereitung

Die im Hochglanzformat erschienene Sonderausgabe des my magazins zum Thema „beauty“ ging im Juli/August mit der LTU erneut erfolgreich in die Luft. Die Publikumszeitschrift der Oemus Media AG informiert journalistisch exakt aufbereitet im trendigen Layout

über die gängigen Verfahren der ästhetischen Chirurgie und der ästhetisch/kosmetischen Zahnmedizin. Die Resonanz bei den Fluggästen der LTU, bei der das informative Magazin ab Juli verteilt wurde, ist überaus positiv und zeigt, dass diese Form der Kunden/Patientenkommunikation überdurchschnittliche Aufmerksamkeit findet. Bereits die ersten beiden Ausgaben des my magazins wurden von zahlreichen Kliniken und Praxen genutzt, um sich auf eine neue Weise einem breiten Publikum zu präsentieren. Auf Grund des großen Erfolges wird es auch im kommenden Jahr wie-

der zwei Ausgaben des mymagazins zum Thema „Schönheit“ geben, die als Fluggastmagazine deutscher Airlines verbreitet werden: Im Juni 2008 erscheint das my magazin „beauty“ (Alles zum Thema „beauty“) und im Oktober 2008 wird es eine Neuauflage des my magazins „face“ (Alles zum Thema „orofaziale Ästhetik“) geben.



Interessierte Kliniken und Praxen sollten sich aufgrund der begrenzten Kapazitäten für Porträts rechtzeitig mit dem Verlag in Verbindung setzen.

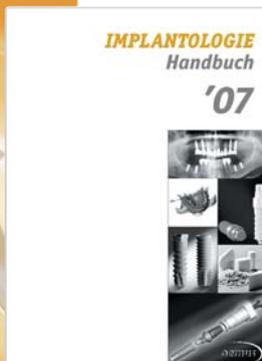
Weitere Informationen zum my magazin „face“ und „beauty“:
Oemus Media AG, Frau Heike Isbaner, Tel.: 03 41/48 47 42 21, E-Mail: h.isbaner@oemus-media.de



Handbuch „Implantologie“

Sollte in keiner Praxis fehlen

Alle wichtigen Informationen zum Thema Implantologie auf einen Blick, alle für den deutschen Markt relevanten Implantatsysteme im systematischen Vergleich sowie Übersichten für viele weitere Produkte rund um die Implantologie – das bietet Ihnen das in der zwölften überarbeiteten Auflage erschienene Handbuch „Implantologie“. In diesem umfassenden Kompendium finden neben Einsteigern auch versierte Anwender und Spezialisten alle wichtigen Informationen rund um den Implantologie-Markt. Renommiertere Autoren aus Wissenschaft, Praxis und Industrie informie-



ren und geben Tipps für diesen Trendbereich der Zahnheilkunde sowie dessen wirtschaftlich sinnvolle Integration in der täglichen Praxis. Zahlreiche Fallbeispiele und mehr als 270 farbige Abbildungen dokumentieren das breite Spektrum der Implantologie. Thematische Marktübersichten ermöglichen die schnelle Information über Implantatsysteme, Ästhetikkomponenten, Knochenersatzmaterialien, Membranen sowie implantologisches Equipment. Anhand dieser Übersichten kann sich der Leser schnell und einfach informieren. Langwieriges Wälzen von umfangreichem Prospektmaterial entfällt und Preisvergleiche werden möglich. Zusätzlich vermittelt das Handbuch „Implantologie“ Wissenswertes über die Organisationen der implantologisch tätigen Zahnärzte, Fortbildungsangebote und berufspolitische Belange – eine Informationsgrundlage, die in keiner implantologisch interessierten Praxis fehlen sollte. Das aktuelle Handbuch erhalten Sie für 50 € zzgl. MwSt. und Versandkosten. Weitere Infos finden Sie auf S. 59 und bei: **Oemus Media AG, Andreas Grasse, Tel.: 03 41/4 84 47-2 01 E-Mail: grasse@oemus-media.de**

Implantologie-Ratgeber

Patientenbindung mit Ihrem eigenen Buch

Haben Sie schon mal ein Buch herausgegeben? Diese Möglichkeit bietet Ihnen jetzt der nexilis verlag zum Thema Implantologie – mit verhältnismäßig geringem Aufwand an Zeit und Geld. Sie sind spezialisiert und bieten in Ihrer Praxis die Implantologie erfolgreich an. Sie möchten Ihre Patienten mit einem besonderen Angebot begeistern und mit einer ungewöhnlichen Publikation Ihr Praxismarketing erweitern? Werden Sie Herausgeber eines auf Ihre Praxis zugeschnittenen Ratgebers. Der Patient will sich informieren und informiert werden. Er kann dies bereits auf vielfältige Weise tun: über Bücher, Zeitschriften, Broschüren, das Internet. Was es für den Patienten noch nicht gibt: fachliche Aufklärung, hochwertig aufbereitet, aus der Hand seines Arztes. Ein Buch, das Ihren Namen trägt und von Ihnen überreicht wird. Ein Buch, welches über Ihre Spezialisierungen informiert, Ihre Praxis vorstellt und Ihre Fälle dokumentiert. Ein Buch zum Mitnehmen, Nachschlagen, Weitergeben. Nicht nur der sehr flüssige und elegante Text, sondern auch die dreidimensionalen Grafiken von implantologischen Lösungen machen dieses Buch sehr leserfreundlich und vermitteln ein Bild alternativer Versorgungsleistungen. Wer seine Patienten mit innovativen Leistungen versorgen will, sollte ebenso hochwertig darüber informieren. Dieser Ratgeber ist modern und handlich in seiner Gestaltung, inhaltlich übersichtlich und praxisnah. Sie gewinnen Ihre Patienten mit etwas, was diese nicht erwarten: mit Ihrem Buch!



nexilis verlag GmbH
Tel.: 0 30/39 20 24 50
www.nexilis-verlag.com

Tödliches Frostschutzmittel

Gefälschte Zahnpasta im Umlauf



Die Gesundheitsbehörden der EU-Länder fahnden nach verseuchter Zahnpasta, die mit dem Frostschutzmittel Diethylenglykol versetzt ist. Es handelt sich um gefälschte Produkte, die in China hergestellt wurden und nun den Weltmarkt überschwemmen. In Spanien wurden bereits 200.000 und in Südtirol 20.000 Tuben gefälschter „Colgate“- und „Aloe“-Zahnpasta sichergestellt, in England fand man Frostschutzmittel in „Sensodyne“-Tuben. Verhöckert wird die in China produzierte Ware meist auf Flohmärkten. Massenweise gelangten die Plagiate auf den US-Markt, nach Panama, in die Dominikanische Republik, nach Japan und Kanada. Die illegal importierten Produkte der Marken „Excel“ und „Mr. Cool“ werden für den Tod von mehr als 50 Menschen in Panama verantwortlich gemacht. Auch die deutschen Behörden sind alarmiert, bestätigt Jochen Heimberg vom Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL). Produktfälschungen seien zwar kein neues Problem, aber im Hygienebereich wie der Zahnpflege noch nicht vorgekommen. „Hier sind eigentlich die Gewinnspannen viel zu niedrig“, so Heimberg. Zumal die Tuben auch noch 50 Cent billiger als die Originalware verkauft werden. Das verwendete Frostschutzmittel Diethylenglycol wird zugesetzt, um die Zahnpasta dickflüssiger zu machen. Das Mittel könne Schwindel, Erbrechen sowie Nieren- und Leberschäden verursachen – allerdings nur, wenn die Zahnpasta auch geschluckt werde. Gleichzeitig bemüht sich die EU darum, die Verbraucher nicht zu stark zu verunsichern. „Es gibt in der Europäischen Union weder Unfälle noch Vorfälle“, erklärt ein hochrangiger EU-Beamter. Erweist zudem darauf hin, dass China den Zusatz von Diethylenglykol mittlerweile verboten habe.



Minimalinvasive Techniken in der Zahnerhaltung

| Petra Hahn

Durch das gestiegene Gesundheitsbewusstsein und die Verbreitung von Prophylaxemaßnahmen in der Bevölkerung kam es in den letzten Jahrzehnten zu einer deutlichen Reduktion der Karies. Durch diese Veränderung der Kariesprävalenz, wie auch durch die heute sehr genauen Kenntnisse der Ätiologie der Karies, waren die Voraussetzungen für die Entwicklung der minimalinvasiven Therapie im Bereich der Zahnerhaltung gegeben.



Abb. 1:37 Fissurenkaries.



Abb. 2:37 Kariöse Kavität eröffnet.

Die minimalinvasive Kariestherapie umfasst zum einen die kausale Therapie der Erkrankung Karies, die durch individuelle Prophylaxemaßnahmen die Kariesaktivität reduziert und dadurch neue Erkrankungen verhindert, und zum anderen die weitestgehende Schonung der gesunden Zahnschicht während der restaurativen Therapie. Die beste minimalinvasive Vorgehensweise ist diejenige, die den „Bohrer“ überflüssig macht.

Diagnostik

Das klinische Bild der Karies hat sich verändert. Offene kariöse Läsionen werden immer seltener diagnostiziert. Wir finden heute eine große Zahl an Initialläsionen (Micheelis und Schiffner, 2006). Durch die Prophylaxe schreitet ein einmal entstandener kariöser Zerstörungsprozess langsamer fort oder kommt zum Stillstand. Bricht durch die Progression der Karies die Oberfläche ein, zeigt sich in den meisten Fällen eine eher kleine Kavitation – mit gegebenenfalls weit unter-

minierendem Defekt im Dentin. Um eine kariöse Zerstörung möglichst früh zu diagnostizieren, ist eine sensible Kariesdiagnostik notwendig. Mit der rein visuellen Diagnose wird eine Dentinkaries im Bereich der Fissuren und der Approximalflächen beim Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den meisten Fällen übersehen. Die Sensitivität (Wahrscheinlichkeit mit der ein Test kariöse Zähne als kariös erkennt) liegt in der Regel unter 30% (Ismail 1997, Poortermann et al. 1999). Die Diagnose mit dem zusätzlichen Hilfsmittel Sonde führt zu keiner Verbesserung der Diagnosegenauigkeit gegenüber der rein visuellen Diagnose. Deshalb ist der Einsatz von Hilfsmitteln wie Bissflügelröntgenbildern und z. B. Laserfluoreszenzgeräten zur Unterstützung der Diagnose empfehlenswert (Lussi & Hotz 1995, Hahn 2001)

Therapieentscheidung

Eine früh diagnostizierte, noch auf den Schmelz begrenzte Karies kann durch die Verbesserung der Ernährung und der

Mundhygiene, durch Fluoridierungsmaßnahmen, Versiegelungen und antibakterielle Methoden zum Stillstand gebracht werden. Im Wurzelbereich kann auch eine Karies, die bereits zur Erweichung des Dentins geführt hat, „ausheilen“. Wenn die kariöse Zahnfläche nicht mehr „prophylaxefähig“ ist (z. B. nach einem Einbruch der Oberfläche mit untermnierender Ausbreitung) oder bei ästhetischer Beeinträchtigung, bei nicht kooperativen Patienten oder bei tieferen Defekten (zum Schutz der Pulpa vor der Penetration der Mikroorganismen) muss invasiv therapiert werden.

Bei kleinen Defekten an größtenteils intakten Restaurationen kann, nach genauer Abwägung des notwendigen Aufwandes, der Risiken und der Prognose, auch eine Reparatur erwogen werden. Insbesondere bei der Restauration von Einzelzähnen ist häufig eine defekt orientierte und damit zahnschonende Versorgung möglich.

Präparation

Die Entwicklung der Adhäsivtechnik ermöglicht durch den möglichen Verzicht auf eine retentive Präparation die Voraussetzung für eine substanzschonende Therapie, sowohl kleiner als auch großer Substanzdefekte. Beim Einsatz adhäsiver Füllungsmaterialien bestimmt hauptsächlich die Ausdehnung der Karies die Form und Größe der Kavität, nicht die Notwendigkeit, eine Makroretention schaffen zu müssen.

Bei der invasiven Erstversorgung der im frühen Stadium diagnostizierten Defekte verlangt die schonende Präparation klei-



Abb. 3: 37 Zustand nach Kariesexkavation.

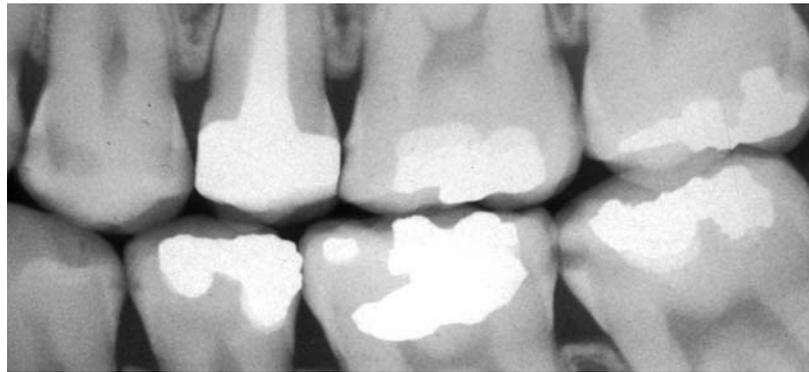


Abb. 4: Bissflügelröntgenbild mit C2, C3 und C4 Läsionen.

ner Kavitäten heute kleinere Instrumente und auch neue Präparationstechniken. Mikrodiamanten und -Hartmetallinstrumente verschiedener Hersteller erlauben eine zierliche Präparation des Zugangs zur Karies (Primärpräparation). Gerade bei sehr kleinen Kavitäten wird dann die Präparation der approximalen Präparationsränder (Sekundärpräparation) zu einer besonderen Herausforderung. Viele Studien zeigen, dass es in 70 bis 100% der Fälle zu Nachbarzahnverletzungen kommt (Lussi 1995, Hahn et al. 2000). Dies erhöht das Kariesrisiko der Approximalfläche um ein

Vielfaches (Qvist 1992). Mit oszillierenden Instrumenten wie einseitig diamantierten Feilen (z.B. Bevelshape, Intensiv, CH) oder ultra-/schallaktivierten, einseitig diamantierte Instrumente im Ultra-/Schallhandstück (z.B. EMS, Deutschland oder Sonicsys, KaVo, Deutschland) kann dies erfolgreich vermieden werden. Durch die grazile, anatomische Gestaltung der Instrumente ist ein Zugang auch bei kleinen Kavitäten möglich. Die Vorteile liegen außerdem in dem kontrollierten Substanzabtrag ohne Verletzung der Nachbarzähne (Hahn 2000).

Kariesexkavation

Auch im Bereich der Kariesexkavation hat die Schonung des gesunden Gewebes eine wichtige Bedeutung. Insbesondere bei tiefen Läsionen versuchen wir eine Überexkavation zu vermeiden, um die Gefahr einer Pulpaverletzung zu reduzieren. Ziel der Kariesexkavation ist die Entfernung des infizierten Dentins, während das demineralisierte Dentin belassen werden kann. Bei der Exkavation mit dem konventionellen Rosenbohrer kann es zu einer Überexkavation bis in den Bereich der Demineralisa-

ANZEIGE



Colorbe „Chromotone Technology System“

Wie kann man seine Arbeit durch einen Farbwechsel vereinfachen?

Zwischenlichter sind ein Schritt vorwärts wenn sie in zwei Schritten in der Abbildungsmaschine gelüftet sind. Ihre Arbeit wird vereinfacht durch die Farbwechseltechnologie mit dem Colorbe SET. Die Colorbe SET ist ein System mit Farbwechsel und 2-Schritt-Technologie. Die Colorbe SET ist ein System mit Farbwechsel und 2-Schritt-Technologie. Die Colorbe SET ist ein System mit Farbwechsel und 2-Schritt-Technologie.

Die Colorbe SET hat 2-Schritt-Technologie. Die Colorbe SET hat 2-Schritt-Technologie. Die Colorbe SET hat 2-Schritt-Technologie.

Mit dem Colorbe SET ist die Arbeit vereinfacht. Die Colorbe SET ist ein System mit Farbwechsel und 2-Schritt-Technologie.



Colorbe Set

Die Colorbe SET ist ein System mit Farbwechsel und 2-Schritt-Technologie. Die Colorbe SET ist ein System mit Farbwechsel und 2-Schritt-Technologie.

Die Colorbe SET ist ein System mit Farbwechsel und 2-Schritt-Technologie. Die Colorbe SET ist ein System mit Farbwechsel und 2-Schritt-Technologie.



Die Colorbe SET ist ein System mit Farbwechsel und 2-Schritt-Technologie. Die Colorbe SET ist ein System mit Farbwechsel und 2-Schritt-Technologie.



Abb. 5: Ineffiziente Füllung 34 distal.



Abb. 7: Präparierte Kavität 34.



Abb. 6: Sekundärpräparation mit SONICflex bevel.



Abb. 8: Kompositfüllung 34.

tionszone kommen (Hahn et al. 2001). Eine gegebenenfalls vermeidbare Eröffnung der Pulpa ist die Folge. Durch die Entwicklung selektiver Exkavationstechniken soll dieses Risiko vermieden werden. Hierzu zählen die chemome-

chanische Exkavation (Carisolv, Mediteam, Schweden) oder die Verwendung von Polymer-Bohrern (Smart Bur, SS White, Deutschland), die in der Härte so eingestellt sind, dass eine Überexkavation vermieden werden soll. Der Zeitauf-

wand bei der Anwendung von Carisolv macht seinen Einsatz in der täglichen Praxisroutine problematisch. Der Smart Bur ist sehr vielversprechend, allerdings arbeitet der Hersteller noch an der Verbesserung der Effektivität. Eine Neuentwicklung ist die Kariesexkavation auf enzymatischem Wege. Sie ist aber noch nicht auf dem Markt erhältlich.

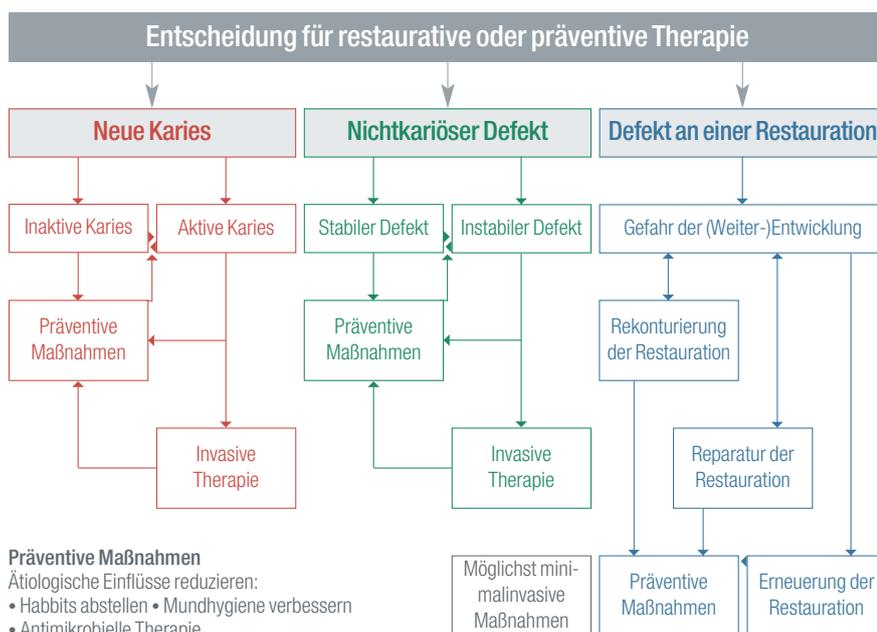
Auch die zweizeitige Kariesexkavation, als Methode zur Reduktion der Gefahr der Pulpaeröffnung bei sehr tiefen Kavitäten ist eine vielfach beschriebene und mit Erfolg durchgeführte Methode. (Bjørndal et al. 1997) Das Risiko einer Verletzung der Pulpa kann bei dieser Technik deutlich reduziert werden. Nach dem Belassen von Karies und dem dichten Verschluss des Defektes wird eine Wiedereröffnung nach drei bis sechs Monaten empfohlen.

Material und Füllungstechnik

Durch die kontinuierliche Weiterentwicklung der Haftvermittler und der Komposit-Füllungsmaterialien haben wir heute die Möglichkeit, Zahndefekte unterschiedlichster Ätiologie mit sehr geringer Opferung an gesunder Zahnschubstanz dauerhaft und ästhetisch zu versorgen: z.B. traumatisch bedingte Zahnfrakturen, ästhetische Frontzahn-umformungen, kariös bedingte Defekte unterschiedlichster Ausdehnung oder auch Reparaturen vorhandener Restaurationen. Die physikalischen Eigenschaften der Komposite haben heute ein Niveau erreicht, das den Einsatz zur Versorgung aller Kavitätenklassen erlaubt. Auch das anfangs so kritisierte Abrasionsverhalten ist bei den modernen Kompositen heute mit dem des Schmelzes vergleichbar. Entscheidend für den Erfolg der Adhäsivtechnik ist – neben der richtigen Verarbeitung der Materialien – vor allem die sichere Trockenlegung des zu versorgenden Zahnes.

Die Entwicklung der sogenannten „Compules“ mit schmalen Öffnungen erlaubt die Injektionstechnik. In Kombination mit den niedrig viskosen (Flowables) oder erwärmten, höher gefüllten Kompositen ist es möglich, auch sehr kleine Kavitäten blasenfrei zu füllen, indem die Kavität vom Boden her aufgefüllt wird.

Die kleinen Restaurationen sind zwar häufig aufwendig zu präparieren, zu ex-



Schema „Entscheidung für restaurative oder präventive Therapie“

kavieren und zu füllen, aber die mit einer Restauration assoziierten Probleme wie z. B. Verschleiß, Spaltbildungen, Kontaktpunktgestaltung fallen aufgrund des kleineren Volumens und der kleineren Oberfläche deutlich weniger ins Gewicht. Es ist damit zu rechnen, dass so auch die Funktionszeiten der Restaurationen höher sein werden.

Fazit

Die Schonung der gesunden Zahnschubstanz bei der präventiven und restaurativen Behandlung der Zähne trägt dazu bei, die Zähne unserer Patienten bis ins hohe Alter zu erhalten. Die dentale Situation in unserer Bevölkerung wird sich weiterhin verbessern.

Für unsere Tätigkeit als Zahnärzte bedeutet dies eine Veränderung unserer Behandlung vom Reparieren von Zahndefekten hin zur Prävention von Läsionen. Wir erbringen mehr diagnostische Leistungen und setzen invasive Behandlungsmittel differenzierter ein.

Literatur

- [1] Bjørndal, L., Larsen, T. & Thylstrup, A. (1997) A clinical and microbiological study of deep carious lesions during stepwise excavation using long treatment intervals. Caries Research, 31, 411–417.
- [2] Hahn, P., Günther, F., Hellwig, E.: Einfluss verschiedener Präparationstechniken auf die Verletzung von Nachbarzähnen und die Qualität der Schmelzabschrägung. Dtsch Zahnärztl Z 55, 118–123 (2000)
- [3] Hahn P.: Diagnostik initialkariöser Läsionen. In: Einsteiger-Handbuch 2001. Dentalhygiene. Oemus Media AG. Leipzig 2001
- [4] Hahn P, Vongerichten M, Hellwig E: Vergleich der Effektivität der Kariesentfernung mit Carisolv™ und mit dem Rosenbohrer. Dtsch Zahnärztl Z 56, 184188 (2001)
- [5] Ismail AI: Clinical diagnosis of precavitated carious lesions, Community Dent Oral Epidemiol 25: 13–23 (1997)
- [6] Lussi, A.: Verletzung der Nachbarzähne bei der Präparation approximalen Kavitäten. Schweiz Monatsschr Zahnmed 105, 1259–1264 (1995)
- [7] Lussi A, Hotz P: Die Approximal- und Glattflächenkaries. Diagnostik und therapeutische Grundsätze. Dtsch Zahnärztl Z 50, 782 (1995)
- [8] Micheelis, W, Schiffner U: Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Hrsg.: Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ). Deutscher Zahnärzterverlag, Köln, 2006
- [9] Poortermann JHG, Aartmann IHA, Kalsbeek H: Underestimation of the prevalence of approximal caries and inadequate restorations in a clinical epidemiological study. Community Dent Oral Epidemiol 27, 331–337 (1999)
- [10] Qvist, V., Johanessen, L., Bruun, M.: Progression of approximal caries in relation to iatrogenic preparation damage. J Dent Res 71, 1370 (1992)

ENDODONTIE JOURNAL



Probeabo

1 Ausgabe kostenlos

1 Erscheinungsweise 4 x jährlich

1 Abopreis 35,00 €

1 Einzelheftpreis 10,00 €

Preis zzgl. Versandkosten + gesetzl. MwSt.

Faxsendung an 03 41/4 84 74-2 90

Ja, ich möchte das kostenlose Probeabo beziehen. Bitte liefern Sie mir die nächste Ausgabe frei Haus.

Somit Sie bis 14 Tage nach Erhalt der kostenfreien Ausgabe keine schriftliche Abbestellung von mir erhalten, möchte ich das im Jahresabonnement zum Preis von 35,00€/Jahr beziehen. Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraumes schriftlich gekündigt wird (Poststempel genügt).

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Fax: _____

E-Mail: _____

Unterschrift *X* _____

Widerrufsbelehrung: Den Auftrag kann ich ohne Begründung innerhalb von 14 Tagen ab Bestellung bei der OEMUS MEDIA AG, Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig schriftlich widerrufen. Rechtzeitige Absendung genügt.

Unterschrift *X* _____

*Preis zzgl. Versandkosten + gesetzl. MwSt.

ZWR 7-08/07

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



Moderne Endodontie 2007

| Dr. Torsten Neuber

Die Endodontie hat sich in den letzten 12 bis 15 Jahren geradezu explosionsartig weiterentwickelt und ist von einem „ungeliebten Mauerblümchen“ der zurückliegenden Jahrzehnte fast schon kometenhaft zu einer nachgefragten, vermeintlichen Hightechdisziplin aufgestiegen und gehört mittlerweile zu einem der innovativsten Teilbereiche innerhalb der Zahnheilkunde.

Das es sich hierbei nicht nur um eine kurzlebige Modeerscheinung, sondern um eine dauerhafte und substanzielle Entwicklung handelt, wird unter anderem dadurch deutlich, dass die Endodontie beziehungsweise Endodontologie zunehmend zu einem eigenständigen Lehrstuhl an den Universitäten unter

dem Dach der Zahnerhaltung wird. Anhaltende Nachfrage nach endodontischer Fortbildung, ob als Einzelveranstaltung, modulare Curricula oder gar Masterstudiengänge sowie Bestrebungen, einen Facharzt für Endodontie aus der Taufe zu heben, sind Beweise für das nachhaltige Interesse an der Endodontie seitens der Kollegen-

schaft. Aber auch der zunehmende Wunsch unserer Patienten nach Zahnerhalt, und das im Zeitalter der Implantate, ist ein Gradmesser für die Bedeutung der modernen Endodontie.

Hightech-Equipment

Maßgeblichen Anteil an der beschriebenen Entwicklung haben technische Innovationen, an erster Stelle sicherlich das Mikroskop. In der Medizin wird das Operationsmikroskop seit über 50 Jahren angewendet. In den 50er-Jahren des letzten Jahrhunderts erstmalig im HNO-Bereich eingesetzt, folgte in den 60er-Jahren der Einsatz bei den Neurochirurgen und hat seitdem viele Bereiche der Medizin erobert. Der Einzug in die Zahnmedizin, speziell in die Endodontie als Dentalmikroskop, erfolgte Anfang der 90er-Jahre und ist seitdem zumindest für den Spezialisten aus der Endodontie nicht mehr wegzudenken.

Aber auch der routinemäßige Einsatz von Endometriegeräten zur genauen und reproduzierbaren Längenbestimmung, die Verwendung von rotierenden Nickeltitanaufbereitungssystemen zur einfachen und sicheren form-erhaltenden Präparation der Wurzelkanäle sowie der Gebrauch von Ultraschallgeräten zur gezielten Präparation feinsten anatomischer Strukturen und zur Aktivierung der Spüllösungen haben ebenso entschieden zur Weiterentwicklung der Endodontie beigetragen.

Des Weiteren sind MTA (Mineral-Trioxid-Aggregat), das aufgrund seiner Biokompatibilität zur Zeit anerkannteste „Reparaturmaterial“ mit großem Indikationsbereich (retrograde WF, Perforationsdeckung, direkte Überkappung, Apexifikation etc.) und di-



Abb. 1a: Zahn 16 mit vier Wurzelkanälen.

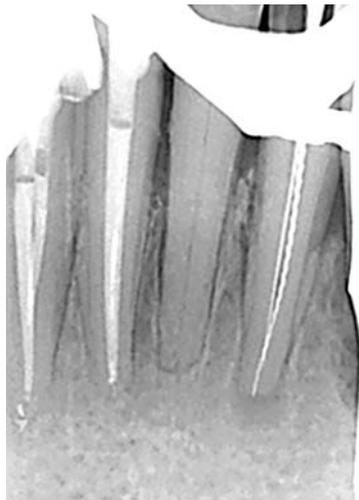


Abb. 1c: Zähne 32 und 42 mit je zwei Wurzelkanälen.



Abb. 1b: Zahn 44 mit zwei Wurzelkanälen.

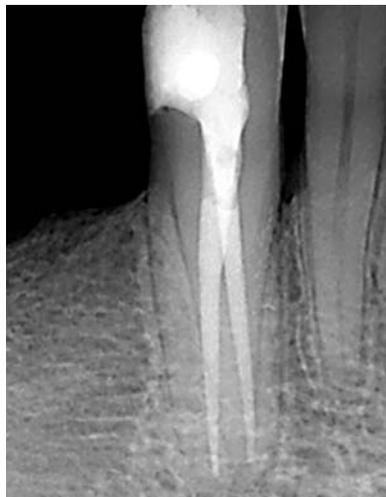


Abb. 1d: Zahn 43 mit zwei Wurzelkanälen.



Abb. 2a

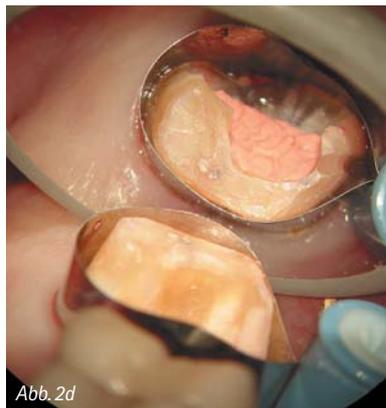


Abb. 2d

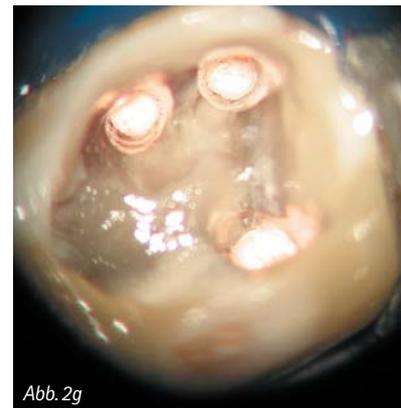


Abb. 2g

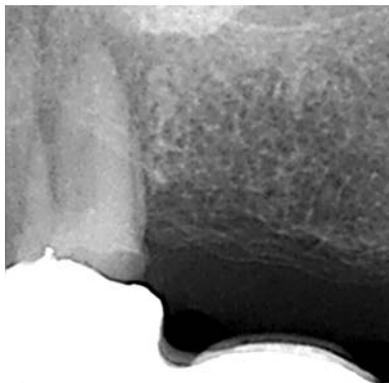


Abb. 2b

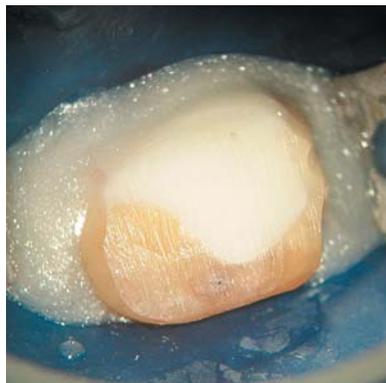


Abb. 2e



Abb. 2h



Abb. 2c



Abb. 2f



Abb. 2i

Abb. 2a–i: Akute apikale Parodontitis bei 17 (a), in exzentrischer Projektion ist eine tiefe Randkaries ersichtlich (b), mesiale cp nach EKR (c), Ausblöcken des Kavums mit Guttapercha (d), adhäsiver Aufbau und anschließende Kofferdamapplikation als Grundlage für die WKB (e), klinische Situation nach dem Füllen (f und g), Röntgenkontrolle unmittelbar nach WF (h) und nach sechs Monaten nach Brückeneingliederung (i).

verse Geräte für vereinfachte thermoplastische Füllmethoden zum dichten, dreidimensionalen Verschluss komplexer Wurzelkanalmorphologien als wichtige Werkzeuge zu nennen.

An dieser Stelle könnte nun der Eindruck entstehen, dass moderne Endodontie sich nur auf den Einsatz von Hightech beschränken würde. Dies ist nicht der Fall!

Zielsetzung

Unter biologischen Gesichtspunkten ist das Hauptziel der Endodontie die

Infektionskontrolle. Bei nicht infizierten Fällen (irreversible Pulpitis, sterile Nekrose, Zustand nach Trauma etc.) soll eine bakterielle Infektion im Sinne einer periradikulären Parodontitis verhindert werden. Bei infizierten Fällen ist das Ziel der Therapie die Ausheilung einer bestehenden periradikulären Parodontitis, wobei die Infektion üblicherweise von koronal nach apikal verläuft. In diesem Zusammenhang kommt der Einhaltung aseptischer Kautelen eine fundamentale Rolle für die Erfolgsprognose endodontischer

Maßnahmen zu, die unabhängig von der technischen Ausstattung in jeder Zahnarztpraxis realisierbar sind.

Basics

- Desinfektion des Arbeitsfeldes vor Behandlungsbeginn (Chlorhexidin-Mundspüllösung, Polierbürstchen und Polierpaste)
- Objektivierbare vollständige Kariesentfernung durch Farbindikatoren (zum Beispiel Kariesdetektor)
- Adhäsiver, präendodontischer Aufbau

- Kofferdam (als absolutes Muss)
- Bakteriendichter provisorischer Verschluss zwischen den Behandlungen (Schaumstoffpellets in die Orifizien, dünne Schicht Cavit und zum Beispiel Tetric Flow Chroma ohne Konditionierung)
- Postendodontische Versorgung im Sinne eines dichten koronalen Verschlusses zur Vermeidung einer Leakage und somit Reinfektion.

Prognose

In der Literatur finden sich sehr unterschiedliche Angaben zur Erfolgsprognose endodontischer Behandlungen. Die Kriterien und entsprechenden Untersuchungsparameter an dieser Stelle näher zu erläutern, würde den Rahmen sprengen. Fest steht, dass Primärbehandlungen ohne periradikuläre Parodontitis, insbesondere Vitalextraktionen, die mit ca. 90 Prozent besten Prognosen haben, während Revisionsfälle und Fälle mit bereits bestehender radiologischer Osteolyse mit ca. 70 Prozent eine vergleichsweise schlechtere, aber dennoch beachtliche Erfolgsprognose vorweisen.

Hieraus lässt sich eindeutig die Empfehlung ableiten, möglichst frühzeitig die sichere Diagnose „irreversible Pulpitis“ oder „Nekrose“ zu stellen und unter aseptischen Bedingungen eine adäquate Wurzelkanalbehandlung durchzuführen.

Indikation und Patientenwunsch

Auf der Basis einer sicheren Diagnose, der Kenntnis der Möglichkeiten in der Endodontie unter Einbeziehung der Restaurierbarkeit und Wichtigkeit des Zahnes im Rahmen eines möglicherweise notwendigen restaurativen Gesamtkonzeptes, sollte der Patient über die verschiedenen Therapiealternativen mit der entsprechenden Risiko-Nutzen-Relation beziehungsweise Kosten-Nutzen-Relation aufgeklärt

werden. Als mündiger, aufgeklärter und somit gleichwertiger Gesprächspartner (informed consent), ist es letztlich die Entscheidung des Patienten (informed choice), welche Therapie durchgeführt werden soll.

Fallselektion

Sie sollte nach Einschätzung des Schwierigkeitsgrades in Abhängigkeit von der individuellen Behandlerfähigkeit beziehungsweise Ausstattung selbstkritisch erfolgen. Der Schwierigkeitsgrad einer endodontischen Behandlung lässt sich an Hand bestimmter Fragestellungen objektivieren.

Allgemeine Patientenparameter wie anamnestische Besonderheiten (zum

- untere Frontzähne haben bis zu 40 Prozent zwei Wurzelkanäle (Abb. 1c)
- untere Eckzähne haben zu 20 Prozent zwei Wurzelkanäle (Abb. 1d).

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, ob die Zähne geneigt oder tordiert und ob die Wurzelkanäle gekrümmt sind (Krümmungsradius, Doppelkrümmungen, Länge des Kanals hinter der Krümmung, Abruptheit der Krümmung). Ist der Apex offen (Zähne mit nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum, resezierte Zähne), sind röntgenologische Anzeichen für Obliterationen zu erkennen und in welchem Umfang, und gibt es Anzeichen resorptiver Veränderungen welcher Art und welchen Umfanges?

Das Protokoll

Jede Wurzelkanalbehandlung besteht aus einer sehr komplexen und umfangreichen Behandlungssequenz. Beginnend bei der Anamnese über die sichere endodontische Diagnose bis zur postendodontischen Versorgung und letztlich zum endodontischen Recall hin besteht eine Verkettung vieler Einzelschritte. Jede Kette ist nur so stark wie ihr schwächstes Glied, sodass die einzelnen Glieder (Behandlungssequenzen) mög-

ANZEIGE

Beispiel Risikopatient bezüglich Lagerung und Behandlungsdauer oder Blutgerinnungsstatus etc.) sowie die Feststellung der patientenbezogenen Zugänglichkeit (Mundöffnung, Würgereiz, Angstpatient etc.) lassen sich von zahnbezogenen Fragestellungen bezüglich des Schwierigkeitsgrades trennen.

Hierzu gehören der Aufwand für das Applizieren von Kofferdam und die Zahngruppe mit den dazugehörigen morphologischen Besonderheiten:

- erste Oberkiefermolaren haben zu 90 Prozent vier Wurzelkanäle (Abb. 1a)
- untere erste Prämolaren haben zu 30 Prozent zwei Wurzelkanäle (Abb. 1b)

lichst gleichwertig und ausgewogen sein sollten.

Vorbereitung des Zahnes

Hierzu gehören die unter „Basics“ aufgeführten Maßnahmen mit dem Ziel, aseptische Kautelen zu gewährleisten. Stark zerstörte Zähne sollten grundsätzlich vor der eigentlichen endodontischen Therapie adhäsiv aufgebaut werden, sodass eine sichere Applikation von Kofferdam gewährleistet ist und insbesondere bei mehrzeitigen Behandlungen ein bakteriendichter, provisorischer Verschluss zwischen den Behandlungen zu realisieren ist (Abb. 2a-i). Bei Molaren und Prämolaren

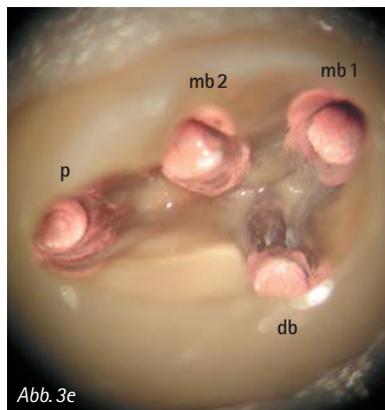
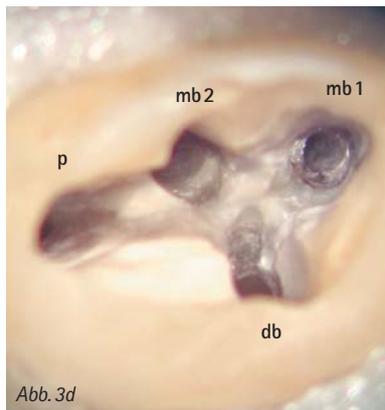
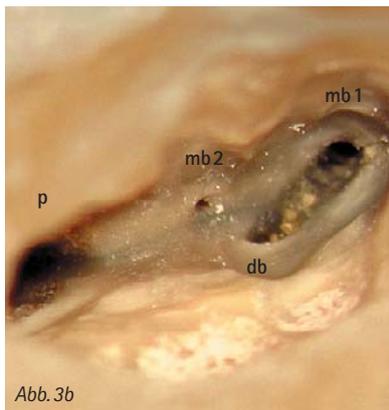
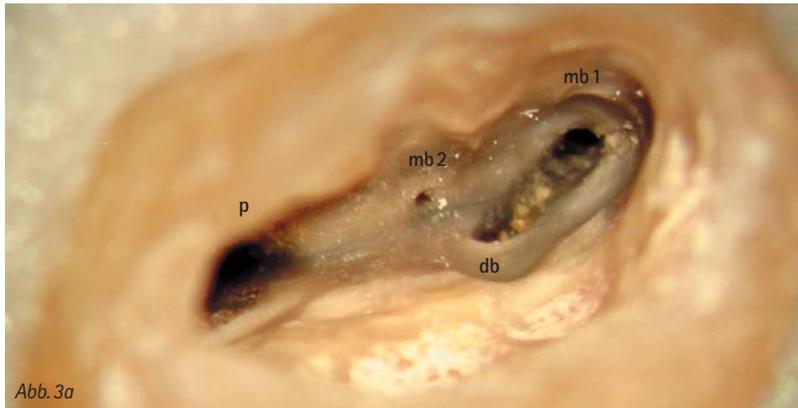


Abb. 3a-e: Zustand nach Trepanation an einem Zahn 28 in mittlerer und hoher Vergrößerung (a und b). Initiales Sondieren von MB2 (c). Zustand nach Erschließen/Aufbereitung (d) und Füllung (e) der Wurzelkanäle.

ren handelt es sich nach der entsprechenden Vorbereitung um eine typische Klasse I-Kavität im Sinne einer reinen endodontischen Zugangskavität. In einigen Fällen kann der präendodontische Aufbau genauso aufwendig oder sogar aufwendiger als die eigentliche Wurzelkanalbehandlung sein. Kofferdam ist nach wie vor im deutschen zahnärztlichen Praxisalltag ein unbeliebtes, selten benutztes Hilfsmittel, dessen hervorragende Vorteile immer noch verkannt werden. In der

deutlichen Mehrzahl der Fälle ist die Anwendung von Kofferdam, die grundsätzliche Bereitschaft zur Benutzung und etwas Übung vorausgesetzt, mit wenigen Handgriffen vollzogen und sehr häufig auch noch delegierbar. Werden die Zähne in einem systematischen Behandlungsprotokoll routinemäßig in der erwähnten Manier vorbereitet, ist eine signifikante Verbesserung der Prognose zu erreichen, und zwar mit bereits vorhandener Ausstattung.

Zugangskavität

Die Trepanation ist der erste, eigentlich endodontische und zugleich wichtigste Schritt bei der Wurzelkanalbehandlung und wird auch von erfahrenen Praktikern häufig in seiner Wichtigkeit unterschätzt.

Ziel ist es unter Berücksichtigung der jeweiligen individuellen morphologischen Besonderheiten einen geradlinigen Zugang zum gesamten endodontischen System zu gewährleisten. Der geradlinige Zugang trägt bei

- zur Identifikation aller Orifizien (Abb. 3a-e)
- zum Austausch der Spüllösungen
- zum Entfernen von Debris
- zur Vereinfachung der Instrumentierung
- zur Vereinfachung der Wurzelfüllung (gleich welcher Technik)
- zur Vermeidung/Verringerung von Instrumentenfrakturen.

Ausstattungsmäßig ist hier sicherlich die Domäne des Dentalmikroskops mit dem dazugehörigen „Mikroinstrumentarium“, wie zum Beispiel Mundspiegel, Ultraschallspitzen, Luftbläser und Mikroopener, mit dem es möglich ist, feinste Strukturen wie Stege, Isthmen, Dentikel und vieles mehr gezielt zu erkennen und zu behandeln. Für den engagierten Generalisten ist eine Lupenbrille mit 2- bis 5-facher Vergrößerung inkl. integrierter Beleuchtung ein erschwingliches Muss.

Idealerweise sollten nach einer adäquaten Zugangskavität alle Orifizien im Mundspiegel ohne dessen Drehung sichtbar sein (Abb. 4).

Aufbereitung und Spülung

Aufbereitung und Reinigung des Wurzelkanals bedingen sich gegenseitig. Hierbei formt das Instrument, während die Spüllösung reinigt, wobei die Reinigung eindeutige Priorität hat. Provokativ könnte man behaupten, die Aufbereitung ist nur dazu da, um die Spülkanüle ein bis zwei Millimeter an die Arbeitslänge in den Wurzelkanal eindringen zu lassen und um für die gewählte Fülltechnik eine adäquate Form zu präparieren. Die Formgebung sollte den Schilder-Kriterien entsprechen (Abb. 5). Zur Aufbereitung gibt es zahlreiche, am Markt befindliche,

gut funktionierende Nickel-Titan-Systeme, die je nach „Geschmack“ aus- gesucht werden. Es sollte allerdings eine Beschäftigung mit dem jeweiligen System erfolgt sein, bevor man damit den Patienten behandelt (Workshop, Arbeiten im Plastikblock, Arbeiten im extrahierten Zahn etc.). Auf Handin- strumente, insbesondere auf kleine Größen, kann aber nicht verzichtet werden. Einen wissenschaftlichen Nachweis über eine Überlegenheit bzgl. der Erfolgsprognose von rotie- renden Instrumenten gegenüber einer reinen Handinstrumentation gibt es nicht. Dennoch sind eine komfor- tablere Anwendung, ein gesicherter Erhalt der Arbeitslänge, formkon- gruen- te Aufbereitung und glattere Kanalwände unbestritten. Die Anwen- dung eines drehmomentgesteuerten Motors ist unerlässlich. Unabhängig vom jeweiligen System hat sich die Crown-down-Technik mit der Etablierung eines reproduzierba- ren Gleitpfades durchgesetzt, wäh- rend hinsichtlich Aufbereitungslänge, apikaler Aufbereitungsweite und Ko- nizität der Präparation weltweit Kon- troversen bestehen.

Spüllösung der Wahl ist Natriumhypo- chlorid (die empfohlenen Konzentra- tionen schwanken zwischen 1 Prozent und 5 Prozent), während H₂O₂ keine Rolle mehr spielt. Entscheidenden Ein-

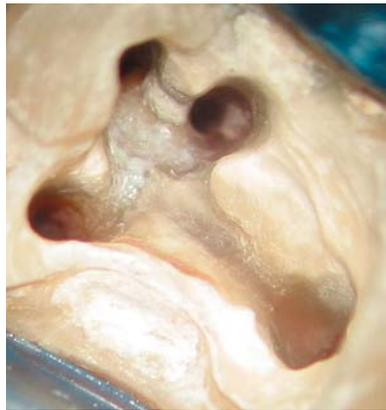


Abb. 4: Zahn 16 mit Spiegeldarstellung aller Wurzelkanaleingänge.

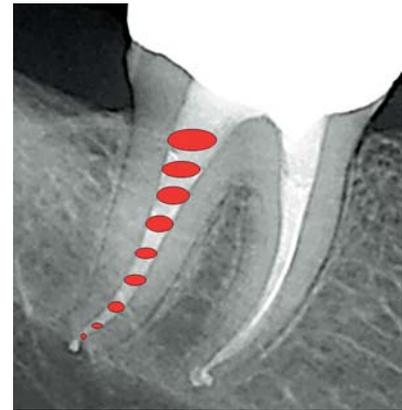


Abb. 5: Kriterien nach Schilder: Foramen so klein wie praktisch möglich, Foramen am Ort erhalten, Erhalt der originären Anatomie, kontinuierliche Konizität von apikal nach koronal.

fluss auf die Spülwirkung haben eine ausreichende Oberflächenbenetzung, eine adäquate Menge (zum Beispiel ca. 50 ml bei einem Molaren) und der Faktor Zeit (1 Stunde). Ultraschallaktivie- rung und Erwärmung steigern die Ef- fektivität. Weitere Spüllösungen sind EDTA als Abschlusspülung, Chlorhexi- din als wirksames Agens gegen den *Enterococcus faecalis*, Zitronensäure und Alkohol.

Wurzelfüllung

Die Wurzelfüllung soll das ausge- formte und gereinigte endodontische System möglichst dreidimensional, komplett und dicht verschließen.

Goldstandard ist immer noch die late- rale Kondensation. Diverse thermo- plastische Techniken (zum Beispiel klassische Schilder-Technik, thermo- mechanische Kondensation, träger- stiftbasierte Guttaperchasysteme oder reine Injektionstechniken) etab- lieren sich zunehmend auch in Deutschland mit dem Ziel, komplexe dreidimensionale Strukturen (Isth- men, Stege, interne Resorptionen etc.) besser zu füllen. Auch wenn es bisher noch keinen wissenschaftlich signifikanten Beleg für die Über- legenheit dieser Warmtechniken gegenüber der lateralen Kondensa- tion gibt, stellen sie sicherlich auch im

ANZEIGE

Von wegen Erreger...

PerioChip® macht Schluss mit Parodontitis.

Studien belegen die herausragende Wirkung von PerioChip® im Zusammenspiel mit Ihrer PZR – durch etwas 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: 800-284 3742 oder unter www.periochip.de





Abb. 6a–e: Ausgangsbefund mit periradikulärer Parodontitis, Stiftaufbau palatinal und frakturiertem Instrument mesiobukkal (a); Zustand vor Stiftentfernung (b); Darstellung aller vier Wurzelkanaleingänge nach adhäsivem Aufbau und Fragmententfernung (c); WF Kontrolle und Kompositaufbau (d); WF Kontrolle nach drei Monaten (e) vor Überkronung.

Hinblick auf ihre Anwenderfreundlichkeit eine Erfolg versprechende Alternative dar.

Material der Wahl ist immer noch Guttapercha. Neue kunststoffbasierte Materialien, die eine bessere Abdich-

tung sowie eine interne Stärkung des Zahnes versprechen, müssen ihre Vorzüge erst noch unter Beweis stellen, bevor sie flächendeckend empfohlen werden können.

Postendodontische Versorgung

Der bakteriendichte Verschluss des Zahnes ist integraler Bestandteil der endodontischen Therapie und sollte zur Vermeidung einer Reinfektion und einer Fraktur so schnell wie möglich durchgeführt werden. Hier liegt sicherlich ein gewisses Konfliktpotenzial bzgl. der gängigen gutachterlichen Praxis im Bereich Zahnersatz. Die modernen Adhäsivsysteme ma-

chen eine Stiftinsertion immer mehr entbehrlich. Der alte Lehrsatz: „Ein wurzelgefüllter Zahn ist mit einem Stiftaufbau und einer Krone zu versorgen“ fällt heute unter die Kategorie „Mythen“. Entscheidende Indikation für einen Stiftaufbau ist der Schädigungsgrad des Zahnes. Von großer Bedeutung sind weiterhin der Ferrule-Effekt sowie die biologische Breite.

Auch wenn die wissenschaftliche Datenlage nicht eindeutig ist, sollte dennoch bei indizierter Stiftinsertion Systemen mit dentinähnlichem Elastizitätsmodul (Glasfaserstifte) gegossen Stiften gegenüber der Vorzug gegeben werden. Konfektionierte Stiftsysteme sind nicht mehr adäquat.

Revisionsbehandlung

Noch bis vor wenigen Jahren galten Zähne mit radiologisch vollständiger Obliteration, bereits bestehenden Wurzelfüllungen, Stiftaufbauten, frakturierten Instrumenten sowie periradikulären Osteolysen größeren Umfanges als nicht revisionsfähig. Gleiches galt für bereits resezierte Zähne.

Hieraus resultierte entweder die Diagnose „nicht erhaltungsfähig“ oder die schon fast reflexartige Indikation zur Wurzelspitzenresektion ohne Berücksichtigung der biologischen Situation. Die oben beschriebenen Probleme gehören heute zur Routine der endodontischen Revision (Abb. 6a–e), sind aber wegen der Anforderungen an die technische Ausstattung und Behandlerkompetenz eher ein Betätigungsfeld für den spezialisierten Kollegen.

Fazit

Mit einem strukturierten Behandlungsprotokoll unter der Maßgabe der Infektionskontrolle lassen sich heute auch ohne Hightech gute Erfolgsprognosen für den Generalisten bei einem großen Teil der endodontischen Fälle realisieren. Bei einer nicht geringen Anzahl von Zähnen mit vorhersehbaren morphologischen Besonderheiten oder anderen Komplikationen sollte allerdings rechtzeitig an die Überweisung an einen Spezialisten gedacht werden, um dem Patientenwunsch nach Zahnerhaltung nachzukommen.

kontakt

Dr. med. dent. Torsten Neuber
Zahnarzt: Tätigkeitsschwerpunkt
Endodontie
Bischopinkstr. 24–26
48151 Münster
Tel.: 02 51/3 12 40
Fax: 02 51/31 15 21
www.zahnarzt-neuber.de

Maschinelle Feilensysteme für die endodontische Behandlung

| Dr. Wolfgang Gänsler

In den zurückliegenden 15 Jahren hat es in der endodontischen Behandlung von Zähnen eine gravierende Verbesserung der Techniken und Materialien gegeben. Insbesondere die Einführung der Dentalmikroskope und der Nickel-Titan-Feilensysteme hat – in Kombination mit der Beachtung spezieller endodontischer Grundsätze – dazu geführt, dass heute die langfristige Zahnerhaltung mit einer sehr hohen Erfolgsquote möglich ist.

Die amerikanischen Endodonten, die über eine langjährige Erfahrung verfügen, haben uns in Europa in den 90er-Jahren spezielle endodontische Grundlagen gelehrt. Die Beachtung dieser Behandlungsgrundsätze und die Entwicklung eines schlüssigen, klinischen Ablaufprotokolls in der Praxis erlauben auch die Behandlung selbst schwieriger, obliterierter und gekrümmter Kanäle.

1. **Kontinuierliche konische Aufbereitung der Kanäle:** Ziel jeder endodontischen Behandlung ist die Aufbereitung im Zentrum der vorhandenen Wurzel mit einem gleichmäßigen Substanzabtrag, der ausgehend von einem koronalen Trichter (= flare), sich nach apikal stetig

verjüngt und so der äußeren Wurzelanatomie Rechnung trägt.

2. **Erhalten der ursprünglichen Kanal-anatomie:** Aus Gründen der langfristigen Frakturprophylaxe sollte die ursprüngliche Kanal-anatomie erhalten bleiben und nicht artifiziell transportiert werden.

3. **Erhalten der ursprünglichen Position des Foramens apicale dentis und zwar so klein wie es sinnvoll ist:** Die intakte, physiologische Konstruktion ist ein wichtiges Element für die später geplante, dreidimensionale, thermoplastische Wurzelfüllung.

4. **Vermeidung aggressiver Kräfte und Sensibilität in der kompletten endodontischen Behandlung:** Von Cliff Ruddle stammt der Satz: „Der Endodont sollte vorab wissen, wie sein Endergebnis aussehen soll, und so verhält er sich während der gesamten endodontischen Behandlung.“

Beschreibung	ja	nein
– Nickeltitan	x	
– Crown-down	x	
– Konisches Design	x	
– Geringe Anzahl	x	
– Einfachheit der Sequenz	x	
– Eignung für Revisionen	x	
– Kombination mit elektr. Längenbest.	x	
– Einfache Wartung	x	

Das ProTaper-System erfüllt mit nur sechs Feilen im eigentlichen Kit perfekt die genannten Anforderungen, und stellt somit in der alltäglichen Praxisroutine ein einfaches, überschaubares und gut zu handelndes System dar. Es gibt die ProTapers in den Längen 21 mm, 25 mm und 31 mm, wobei letztere Größe seltener Anwendung findet, im Speziellen bei überlangen OK 3ern oder Molaren. Auf die progressiv getaper-ten Feilen abgestimmt, sind die entsprechenden Paper- und Guttapoints (Fa. DENTSPLY Maillefer, DeTrey) erhältlich, was schlüssig in die gesamte Aufbereitungs- und Abfüllphilosophie passt.

Maschinelle Feilensysteme

Seit Mitte der 90er-Jahre hat es eine stete Zunahme der am dentalen Markt erhältlichen maschinellen Feilensysteme gegeben.

Der Praktiker steht vor der Qual der Wahl, ist doch die Entscheidung für ein neues Feilensystem auch initial mit Kosten und entsprechenden Fortbildungen verbunden. Ich habe anhand des folgenden Anforderungsprofils meine Entscheidung für das ProTaper-System getroffen:

Aufbereitungsprotokoll

Erfolgreiche Endodontie ist heute das Einhalten eines in sich schlüssigen Protokolls, das ich über viele Kursbesuche und meinen praktischen Alltag über nunmehr 14 Jahre weiterentwickelt habe. Im Rahmen der heute allgemein anerkannten Crown-down-Vorgehensweise setzt sich die endodontische Behandlung aus verschiedenen Behandlungsphasen zusammen:

- absolute Trockenlegung
- Trepanation

kontakt

Dr. Wolfgang Gänsler
 Praxis für Zahnheilkunde
 Spezialist für Endodontie
 Spezialist für Funktion + Rekonstruktion
 Institut für zahnärztliche Fortbildung
 Marktplatz 20
 89257 Illertissen
 Tel.: 0 73 03/92 93 12
 Fax: 0 73 03/92 88 17
 E-Mail:
 Dr.Gaensler-Fortbildungen@t-online.de
 www.praxis.dr-gaensler.de

info

Bezugsquellen können beim Autor angefordert werden.



Abb. 1: OK 26 mit vier Kanalsystemen, mb2 verdeckt unter Dentinüberhang.



Abb. 2: UK 46 mit konischer, sich nach apikal verjüngender Aufbereitung mithilfe des ProTaper Universal-Systems.



Abb. 3: Organisation der ProTaper-Feilenkits in kleinen Ständerboxen, in den Längen 21 mm (meist verwendet) und/oder 25 mm.



Abb. 4: Farbcodierte konische Paperpoints in den gängigen Größen ISO 20, 25 und 30 (nur an der Papierspitze) passend zu ProTaper.



Abb. 5: Mittels ProTaper und ProRoot Ultratips aufbereiteter Zahn 26, vier Kanalsysteme, ca. 24-fache Vergrößerung via Zeiss-Dentalmikroskop OPMI Pro Ergo.



Abb. 6: Ehemals massiv apikal beherdeter Zahn 12, der mit ProTaper aufbereitet und bereits in der dritten Sitzung thermoplastisch abgefüllt wurde.

- Kanalarstellung mittels des Dentalmikroskopes
- Zugangspräparation
- eigentliche Wurzelkanalaufbereitung.

Aus der Erfahrung der maschinellen Behandlung Zigtausender Zähne seit 1996 beginne ich nach Darstellung der Kanalzüge ein vorsichtiges Sondieren der Kanäle mittels einer 10er-Hedströmfeile, stets die elektrometrische Längenbestimmung angeklemt. Diese Pfadfinderfeile gibt die wichtigen Informationen über ini-

tielle Kanalweite, Krümmung, evtl. vorhandene Obliterationen und die Weite der apikalen Konstriktion. Ich wechsele – bei stetem Spülen mit 5%igem Natriumhypochlorit – dann zur 15er-Hedströmfeile, wenn die 10er-Feile in allen Kanälen gängig war. Diese initiale Erweiterung der sehr häufig engen, kalzifizierten Kanäle geht dann über 15er-, 20er- und i.d.R. bis zur 25er-Hedströmfeile. Ist die 25er-Feile, verifiziert durch die stete Längenbestimmung, bis an der Konstriktion erweiternd gewesen, beginne ich nach reichlichem

Herausspülen des Debris mit der maschinellen Instrumentation. Nach anfänglichen Instrumentenfrakturen, die auf falscher Anwendung beruhten, ist heute durch die Einhaltung dieses Aufbereitungsprotokolls die Zahl der frakturierten Instrumentenspitzen gegen Null gegangen.

Instrumentationsprotokoll

Maschinelles Instrumentationsprotokoll mit ProTaper (stets mit elektrometrischer Längenmessung):

- ProTaper SX in einer brushing motion zum Schaffen des konischen Flares → reichlich Spülen
- ProTaper S1 in leichter brushing motion + Spülen
- ProTaper S2 in geradlinigem Einsatz + Spülen
- ProTaper F1 über die volle bestimmte elektrometrische Arbeitslänge + Spülen
- ProTaper F2 + Spülen (→evtl. noch die ProTaper F3 →in Abhängigkeit von der initialen Weite des Kanales?)
- evtl. ergänzend zum gezielten Aufziehen von Kanalverbindungslinien die Ultraschalltips ProRoot Ultra.

Fazit

Die Endodontie ist heute mit einer hohen Ergebnissicherheit in den Ablauf einer niedergelassenen Praxis integrierbar und stellt einen nicht zu unterschätzenden Wettbewerbsvorteil dar. Im Rahmen eines in sich schlüssigen Aufbereitungs- und Desinfektionsprotokolls wende ich seit 2001 das ProTaper-System an, das infolge seines progressiv konischen Designs das Shape schafft, das den genannten endodontischen Grundsätzen entspricht. Aus dem Pool an Tausenden mittels ProTaper aufbereiteten Kanäle gibt es bisher keinen längsfrakturierten Zahn. Ein weiterer nicht zu unterschätzender Vorteil des ProTaper-Systems ist die hervorragende Revisions-tauglichkeit, in steter Kombination mit der elektrometrischen Längenbestimmung (z.B. ProPex, Fa. DENTSPLY Maillefer). Ein großer Vorteil neben den biomechanischen Eigenschaften des ProTaper-Systems ist die Überschaubarkeit und die Wartungsfreundlichkeit durch die Praxismitarbeiterinnen. Durch den Einsatz dieser konischen, maschinellen Aufbereitungsfeilen lässt sich sehr gut ein konischer Shape schaffen, der eine entsprechend effiziente chemo-mechanische Desinfektion und dreidimensionale Obturation erlaubt.

Prävention versus Implantologie

| Prof. Dr. Stefan Zimmer

Die Internationale Dental-Schau 2007 zeigte anhand der innovativen und äußerst vielfältigen Produktneuheiten erneut, dass die Implantologie, wie kaum ein anderer zahnmedizinischer Bereich, boomt. Die rasante Entwicklung begann bereits in den 1990er-Jahren und wird sich auch in den kommenden Jahren fortsetzen. Ob die Implantologie sogar als Gegenentwurf zur Prävention anzusehen ist, will Prof. Dr. Stefan Zimmer im vorliegenden Beitrag anhand wissenschaftlicher Daten überprüfen.

Nachdem in den 1970er- und 80er-Jahren Implantate in der Zahnmedizin noch eine Rarität waren und viele in dieser Zeit gängige Systeme inzwischen weitgehend vom Markt verschwunden sind, hat sich die zahnärztliche Implantologie in den 1990er-Jahren endgültig zur Praxisreife und damit zu einem festen Bestandteil des zahnmedizinischen Therapiespektrums entwickelt. Manchmal könnte man sogar den Eindruck gewinnen, die Implantologie sei ein Gegenentwurf und damit eine Therapiealternative zur Prävention. In dem vorliegenden Beitrag soll diese Spekulation anhand wissenschaftlicher Daten auf ihren Wahrheitsgehalt überprüft werden.

Lebensdauer von Implantaten

Als Überleben wird üblicherweise der Umstand gewertet, dass das Implantat noch in situ ist. Tabelle 1 zeigt anhand von Fünf- bzw. Siebenjahresdaten für verschiedene zahnärztliche Implantattypen eine Überlebensrate zwischen 93,5% und 98%. Daraus resultieren jährliche Verlu-

sten zwischen 0,4% und 1,24%. Eine Implantation im Oberkiefer führte nach Untersuchungen von Ortorp et al. (2004) sowie Engfors et al. (2004) zu meist deutlich höheren Verlustraten als im Unterkiefer (Tab. 1). In beiden Arbeiten waren zahnlose Kiefer mit Implantaten versorgt worden. In der Studie von Ortorp et al. (2004) wurden aus Titan gefräste Suprakonstruktionen mit in Gusstechnik gefertigten verglichen. Es ergab sich kein statistisch signifikanter Unterschied für diese beiden Versorgungsarten. Engfors et al. (2004) differenzierten nach Altersgruppen. Sie fanden keine unterschiedlichen Überlebensraten bei Patienten unter 80 und ab 80 Jahren. Die in Tabelle 1 aufgeführten Daten entsprechen den Ergebnissen einer Meta-Analyse von Eckert et al. (2005), die für verschiedene Implantatsysteme eine Fünfjahres-Überlebensrate von 96% und eine jährliche Verlustrate von 0,80% ermittelt hatten (Tab. 2). Die jährlichen Verlustraten von Implantaten nach zehn und zwölf Jahren unterscheiden sich nicht wesentlich von denjenigen nach fünf Jahren. Sie liegen zwischen 0,34% und 0,70% (Tab. 3).

Für die Bewertung des Therapieerfolges ist jedoch nicht nur die Frage entscheidend, ob ein Implantat noch in situ ist, sondern auch die Patientenzufriedenheit. Pjetursson et al. (2005) hatten 104 Patienten mit insgesamt 214 Implantaten, die eine Verweildauer von zehn Jahren aufwiesen, nach ihrer Zufriedenheit befragt. 96% der Befragten waren mit der phonetischen Funktion ihres Zahnersatzes zufrieden bis hochzufrieden. Bei der Ästhetik lag dieser Wert sogar bei 97%. 93% der Patienten gaben an, dass es bei der Reinigung der Implantate keine Probleme gebe, 37% waren sogar der Mei-

nung, dass die Implantate besser zu reinigen seien als die eigenen Zähne. Mit dem Kaukomfort ihres implantatgetragenen Zahnersatzes waren 97% hochzufrieden und 92% gaben an, mit der Therapie insgesamt völlig zufrieden zu sein.

Lebensdauer von natürlichen Zähnen

Da als Erfolgskriterium für Implantate das Vorhandensein in der Mundhöhle definiert wurde, bietet sich für die Bestimmung der Lebensdauer natürlicher Zähne das gleiche Kriterium an. Nach den neuesten bundesrepräsentativen Daten des Institutes der Deutschen Zahnärzte (IDZ) aus dem Jahre 2006 sind in der Kohorte der 65- bis 74-Jährigen Deutschen noch 13,9 natürliche Zähne vorhanden. Wenn man davon ausgeht, dass sich diese Zähne im Durchschnitt seit rund 60 Jahren in der Mundhöhle befinden, gelangt man zu einer Zehnjahres-Überlebensrate von 91,6% und einer jährlichen Verlustrate von 0,84%. Demnach gehen pro Jahr im Durchschnitt 0,24 Zähne verloren. Die Sapienles finden bei dieser Berechnung keine Berücksichtigung.

Der Mittelwert von 14,1 fehlenden Zähnen bei 65- bis 74-jährigen umfasst natürlich eine große Spanne von Individuen mit unterschiedlichsten oralen Gegebenheiten. Dementsprechend zeigt dieser Wert auch auf eine breite Streuung. So sind einerseits 22,1% der Population komplett zahnlos, während exakt der gleiche Prozentsatz noch mindestens 24 eigene Zähne im Mund hat. Es lohnt sich daher, einen Blick darauf zu werfen, wie viele Zähne unter optimaler Prophylaxe bis ins hohe Alter erhalten werden könnten. Axelsson und Lindhe (2004) haben nach 30 Jahren Individualprophylaxe bei 50- bis 65-Jährigen durchschnittlich noch

kontakt

Prof. Dr. Stefan Zimmer
Heinrich-Heine-Universität,
Poliklinik für Zahnerhaltung und
Präventive Zahnheilkunde
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf
Tel.: 02 11/8 11-98 80
Fax: 02 11/8 11-98 59
E-Mail: zimmer@med.uni-duesseldorf.de

tipp

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

Autor	Dauer	Implantate	Patienten	Überlebensrate	Jährliche Verlustrate
Dhanrajani et al. 2005	5 Jahre	keine Angabe	keine Angabe	93,8 %	1,24 %
Degidi et al. 2005	5 Jahre	388	43	98,0 %	0,40 %
Ortorp et al. 2004	5 Jahre	keine Angabe	67 (Titan-Gerüst) 62 (Gold-Gerüst)	94,9 % (OK) 98,3 % (UK) 97,9 % (OK) 98,2 % (UK)	1,02 % 0,34 % 0,42 % 0,36 %
Engfors et al. 2004	5 Jahre	761 670	133 ≥ 80 J 115 < 80 J	93,0 % (OK) 99,5 % (UK) 92,6 % (OK) 99,7 % (UK)	1,40 % 0,10 % 1,48 % 0,06 %
Degidi et al. 2005	7 Jahre	93	11	93,5 %	0,93 %

Tabelle 1

Quelle: Prof. Dr. Zimmer/Grafik: Oemus Media AG

Autor	Dauer	Implantate	Patienten	Überlebensrate	Jährliche Verlustrate
Eckert et al. 2005	5 Jahre	7.398	k. A.	96,0 %	0,80 %
Review, 17 Artikel, 6 verschiedene Implantat-Hersteller, keine Unterschiede zwischen verschiedenen Implantat-Systemen					

Tabelle 2

Quelle: Prof. Dr. Zimmer/Grafik: Oemus Media AG

Autor	Dauer	Implantate	Patienten	Überlebensrate	Jährliche Verlustrate
Telleman et al. 2006	10 Jahre	89 26	38	96,60 % 96,10 %	0,34 % 0,39 %
Schwartz-Arad et al. 2005	10 Jahre	285	62	95,40 %	0,46 %
Jansson et al. 2005	10 Jahre	k. A.	766	95,32 %	0,47 %
Rasmusson et al. 2005	10 Jahre	199	36	96,60 %	0,34 %
Pjetursson et al. 2005	10 Jahre	214	104	93,00 %	0,70 %
Schwartz-Arad et al. 2005	12 Jahre	388	120	91,40 %	0,72 %

Tabelle 3

Quelle: Prof. Dr. Zimmer/Grafik: Oemus Media AG

26,3 eigene Zähne vorgefunden. Bei der Alterskohorte der 66- bis 80-Jährigen waren es noch 25,1 und bei den 81- bis 95-Jährigen immerhin noch 18,3 Zähne. Abbildung 1 zeigt eine Gegenüberstellung dieser Zahlen mit den Daten der aktuellen IDZ-Studie. Unter den Bedingungen optimaler Prophylaxe ergeben sich demnach eine Zehnjahres-Überlebensrate von 98,5% und eine jährliche Verlustrate von 0,15%. Das bedeutet, dass im jährlichen Durchschnitt nur 0,04 Zähne verloren gehen.

Gegenüberstellung Implantate – natürliche Zähne

Die präsentierten Daten lassen sich – bezogen auf die jährlichen Verlustraten – wie folgt zusammenfassen:

- Natürliche Zähne (IDZ-Studie 2006) g 0,84%
- Natürliche Zähne unter optimaler Prophylaxe g 0,15%
- Implantate g 0,80%

Die obige Gegenüberstellung muss natürlich mit Vorsicht betrachtet werden, denn es ist nicht von einer Vergleichbarkeit von für das Überleben relevanten Rahmenbedingungen bei Implantaten und natürlichen Zähnen auszugehen. Vielmehr sind bestimmte Unterschiede anzunehmen, z. B. dass Implantate in der Regel nur bei Patienten gesetzt werden, die bereit sind, etwas für ihre Mundgesundheit zu leisten, sei es in pekuniärer oder präventiver Form. Außerdem werden Implantate auch nur an solchen Stellen inseriert, wo sie eine gute Erfolgschance haben. Ob sich die nach Fünf- und Zehnjahresdaten gute Lebensdauer von Implantaten auch über lange Zeiträume von 30–40 Jahren fortsetzt, bleibt abzuwarten. Andererseits kann ein Implantat natürlich keine Karies bekommen und wird daher nur durch eine Periimplantitis bedroht, was gegenüber dem natürlichen Zahn ein prinzipieller Vorteil ist.

Bewertung

Obwohl ein Vergleich der Lebensdauer von natürlichen Zähnen und Implantaten nur mit Vorsicht zu ziehen ist, zeigen die präsentierten Daten doch, dass es sich lohnt, zunächst in Prävention zu investieren statt in Implantate, denn wie die Studien von Axelsson und Lindhe (2004) gezeigt haben, liefert die Prophylaxe herausragende wissenschaftlich gesicherte Erfolge auch über einen langen Zeitraum

IMPLANTOLOGIE Handbuch



- ➔ Gesamtübersicht über den Implantationsmarkt
- ➔ Vorstellung Implantatsysteme
Marktübersicht der Implantatsysteme und Ästhetikkomponenten aus Keramik
- ➔ Marktübersicht Knochenaufbauverfahren
- ➔ Marktübersicht Membranen
- ➔ Vorstellung Implantologie Equipment
- ➔ Marktübersicht Chirurgiewerkzeuge
- ➔ Implantologie Zahntechnik/Prothetik
- ➔ Polyetherdruckform, Bontspiegel und Patientenaufnahmen

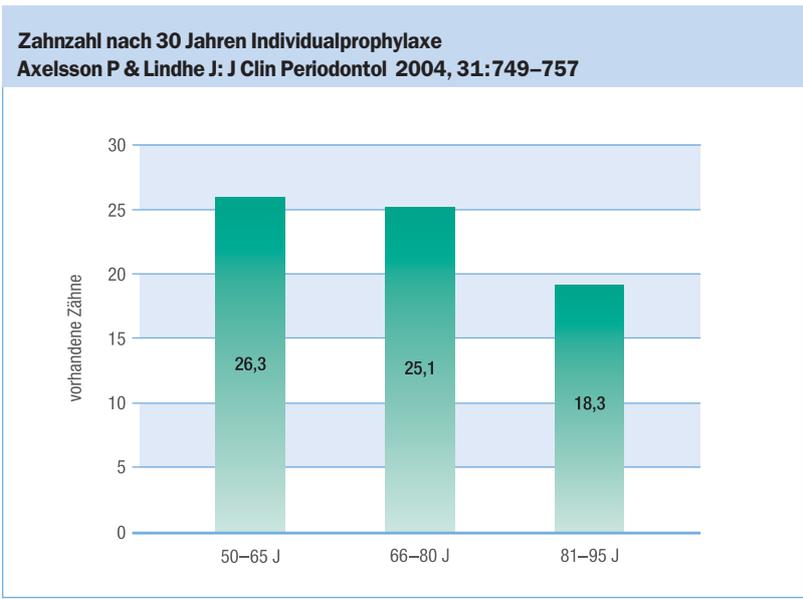


Abbildung 1a

Quelle: Prof. Dr. Zimmer/Grafik: Oemus Media AG

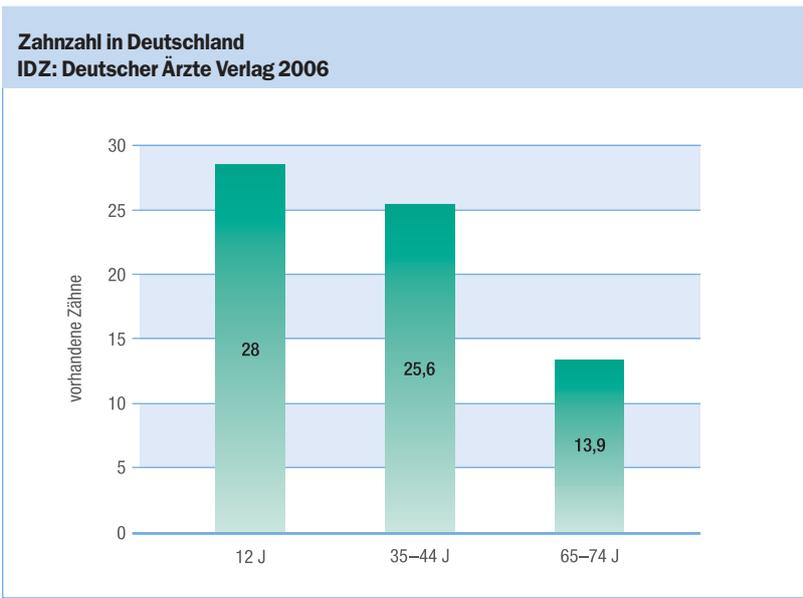


Abbildung 1b

Quelle: Prof. Dr. Zimmer/Grafik: Oemus Media AG

von 30 Jahren. Außerdem sollte es ein Grundsatz ärztlichen Handelns sein, dem Erhalt körpereigenen Gewebes immer den Vorzug vor dem Einsatz von Fremdmaterialien zu geben. Die Implantologie ist aber dennoch ein wertvoller Baustein zahnärztlicher Therapie, und zwar immer dann, wenn eigene Zähne bereits verloren gegangen sind oder trotz Einsatz aller therapeutischer Maßnahmen nicht mehr erhalten werden können. Dann kann die Implantologie sogar die substanzschonendste Versorgungsart sein, wenn nämlich die Präparation gesunder Zähne für die Auf-

nahme einer Brücke durch die Insertion eines Implantates vermieden werden kann.

Die Frage „Implantologie statt Prävention?“ muss also mit „Prävention vor Implantologie!“ beantwortet werden. Angesichts der Tatsache, dass es bisher wenig überzeugende Prophylaxekonzepte und keine klinischen Langzeituntersuchungen zur Bedeutung der Prävention für Implantatpatienten gibt, muss aber auch der Themenkomplex „Prävention und Implantologie“ in der Zukunft mehr Gewicht erhalten.

Faxsendung an 03 41/4 84 74-2 90

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

2007 74247

OEMUS MEDIA AG
 Holbeinstraße 20, 04220 Leipzig
 Tel: 03 41/4 84 74-0
 Fax: 03 41/4 84 74-2 90



Sichere Kariestherapie mithilfe eines Ozongerätes

| Dr. Roland Wolf

In unserer Praxis erfolgt die Kariestherapie mittels HealOzone bereits seit zwei Jahren. Der Schwerpunkt der Therapie liegt in der sicheren Restkariesvermeidung unter jedweder Art von zahnärztlichen Versorgungen. Die Kariestherapie mit Ozon erfolgt auch bei Zahnhalskaries und in Fällen von profunder Karies.

Das Ozongerät wird im Rahmen der Behandlung von Zahnhalssensibilitäten sowohl an Einzelzähnen mittels Silikonkappe als auch an ganzen Kiefern mittels Tiefziehschienen eingesetzt. Im Rahmen der Endodontie wird HealOzone routinemäßig zur Keimzahlverringerung verwendet.

Fissurenversiegelung und Kariestherapie

Seit Einsatz des HealOzone-Gerätes in

unserer Praxis führen wir nach Möglichkeit keine Fissurenversiegelung mehr ohne vorherige Anwendung des Ozongerätes durch. Falls nach der Reinigung der Kaufläche mit einem Pulverstrahlgerät ein erhöhter DIAGNOdent-Wert vorliegt, wird die kariös veränderte Fissur eröffnet und mit Ozon behandelt, um evtl. noch vorhandene Bakterien zu inaktivieren. Liegt nach der Reinigung der Kaufläche kein erhöhter DIAGNOdent-Wert vor, so behandeln wir sicherheitshalber dennoch

das komplette Fissurenrelief vor Aufbringen der Versiegelung mit Ozon. Die Standardtherapie mit dem Ozongerät stellt für uns jedoch das Ozonieren von restlos exkavierten kariösen Schmelz- und Dentinoberflächen dar. Im Anschluss daran erfolgt die Versorgung des Zahnes mit Kunststoff-, Keramik- oder Goldfüllungen. Mit dieser Therapie wurden zwischenzeitlich weit mehr als 1.000 Zähne erfolgreich behandelt. Nicht eingebrochene Zahnhalskaries therapieren wir mittels HealOzone und an-

1
Fallbeispiel



Abb. 1: Behandlungstag 1: Zahn 46 mit alter Amalgamfüllung und eingebrochener distaler Randleiste.



Abb. 2: Nach Entfernung der alten Amalgamfüllung ist die Situation noch nicht besonders auffällig.



Abb. 3: Die distale Eröffnung zeigt deutlich das ganze Ausmaß der Karies.



Abb. 4: Applizieren von Ozon. Um leckende vestibuläre und linguale Fissuren abzudichten, erfolgt ein Zupressen der Kappe mit den Fingern. Applikationsdauer: 40 Sek.



Abb. 5: Füllung aus Fuji VII Zement, die der Patient trägt, solange mit dem Remineralisationskit gepflegt wird. Beim Austausch gegen eine Composite-Füllung wurde der Zahn 46 erneut 40 Sek. ozoniert und ist bis heute schmerzfrei und vital.



Abb. 6: Der Glasionomerzement Fuji VII ist für die Ionen des Remineralisationskits permeabel.

2

Fallbeispiel

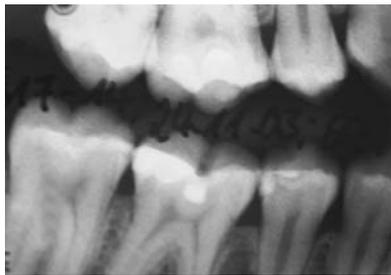


Abb. 7: Am Zahn 16 ist unter der okklusalen Füllung die ausgebreitete Karies zu erkennen.



Abb. 8: Der exkavierte Zahn 16 zeigt am 08.12.2003 noch deutliche Verfärbungen.



Abb. 9: Der DIAGNOdent-Wert ergab mesial 57 und okkusal 90.



Abb. 10: Verdämmen von Undichtigkeiten mit einem Provisoriumkunststoff. Bei vielen Zähnen kann der notwendige Unterdruck mit zwei Kapfen übereinander erzielt werden.



Abb. 11: Für den Zahnarzt lässt sich am Zahn nach der Ozontherapie kein Unterschied zu vorher erkennen.



Abb. 12: Am 02.02.2004 erfolgte die Wiedereröffnung der gelegten Fuji VII-Füllung. Erstaunlicherweise war in diesem Fall eine deutliche Erhöhung der DIAGNOdent-Werte zu erkennen.

Datum	Zahn	Fläche	DD	HO
08.12.03	16	m	57	40
	16	o	90	40
02.02.04	16	m	72	40
	16	o	99	40

Abb. 13: Der gestiegene DIAGNOdent-Wert bedeutet allerdings keine Verschlechterung der Situation, da das Dentin in diesem Zeitraum deutlich spürbar härter geworden war.



Abb. 14: Composite-gefüllter Zahn 26 (spiegelverkehrt).



Abb. 15: Trotz belassener Karies weit in Richtung Pulpa ausgebreitete Füllung. Die Patientin ist bis heute schmerzfrei und der Zahn reagiert vital.

schließender Benutzung des Remineralisationskits durch den Patienten. Hierbei ist es von besonderer Bedeutung, dass der Patient zu einem häufigen Recall in die Praxis einbestellt wird.

Profunde Karies, bei der eine Eröffnung der Pulpa zu drohen scheint, behandeln wir mit Einverständnis des Patienten und nach umfangreicher Aufklärung über das Risiko einer Nerveröffnung nebst deren Folgen, unter Belassung von Restkaries

mit Ozon. Die Entscheidung, ob der Patient mit bestehender Kavität vier Wochen lang mittels des Remineralisationskits die Karies remineralisiert, bei gelegter Fuji VII-Füllung, oder eine sofortige Weiterbehandlung mit endgültiger Füllung wünscht, liegt beim Patienten. Falls eine zweite Behandlungssitzung benötigt wird, wird in dieser erneut mit Ozon behandelt.

Im Rahmen der Caries profunda Therapie erscheint es uns als besonders erwähnenswert, dass unabhängig davon, ob restlos exkaviert oder Restkaries belassen wurde, postoperative Beschwerden für die Patienten aus subjektiver Sicht wesentlich seltener auftraten. Die Anzahl von durchgeführten Wurzelbehandlungen

nach Caries profunda Therapie scheint deutlich gesunken zu sein.

Sensible Zahnhäse

Durchaus erfolgreich – wenn auch bei uns nachrangig – führen wir mittels Ozon die Desensibilisierung einzelner Zahnhäse durch. Eine einmalige Behandlung ist in der Regel ausreichend. Liegt die Zahnwurzel auch interdental frei, wird das Applizieren des Ozons deutlich erschwert. Bei mehreren Zähnen ist dieses Verfahren mit der Silikonkappe daher sehr zeitaufwendig. Um dennoch ein schnelles, effektives Ozonieren von mehreren Zähnen zu gewährleisten, haben wir ein Verfahren mit Tiefziehschiene gewählt. Der Vorteil dieser Methode liegt darin, dass sämtli-

kontakt

Dr. Roland Wolf
Münchner Str. 17
85540 Haar

che freiliegenden Zahnhalsbereiche eines Kiefers gleichzeitig therapiert werden können. Allerdings waren bis zu einer völligen Schmerzfreiheit teilweise bis zu drei Behandlungssitzungen notwendig.

Endodontische Behandlung

Im Rahmen der endodontischen Behandlung verwenden wir das Ozongerät routinemäßig, allerdings nur mit Silikonkappe ohne intrakanaläre Kanüle. Besonders bei der Revision von infizierten alten Wurzelbehandlungen ist die Therapie mit Ozon ein echter Hoffnungsträger für den Langzeiterfolg.

„Das Behandlungsteam aus Ärzten und Prophylaxehelferinnen möchte das Gefühl der Sicherheit bei der Kariestherapie nicht mehr missen.“

Fallpräsentationen

Erster Fall

Am 23.09.2003 stellte sich der Patient erstmals zur Untersuchung in unserer Praxis vor. Röntgenologisch wurden etliche kariöse Stellen diagnostiziert. An den Zähnen 26 und 46 war die Ausdehnung der Karies derart gravierend, dass bei vollständiger Kariesentfernung mit einer Pulpaeröffnung gerechnet werden musste (Abb. 1–6).

Zweiter Fall

Am 24.11.2003 stellte sich die Patientin erstmals zur Untersuchung in unserer Praxis vor. Neben weiteren kariösen Stellen befand sich am Zahn 16 eine stark ausgedehnte Karies, die ebenso wie im ersten Fall bei vollständiger Kariesentfernung eine Pulpaeröffnung befürchten ließ (Abb. 7–15).

Fazit

Die insgesamt hohe Zahl von mit Ozon therapierten Zähnen spiegelt wider, dass das Behandlungsteam aus Ärzten und Prophylaxehelferinnen das zusätzliche Gefühl der Sicherheit bei der Kariestherapie, das der Einsatz des HealOzone-Gerätes von KaVo bietet, nicht mehr missen möchte. Der überaus positive wirtschaftliche Aspekt des Gerätes sollte bei dieser Zahl von Therapien auch nicht unerwähnt bleiben.

DENTALHYGIENE JOURNAL



Probeabo

1 Ausgabe kostenlos!

Ercheinungsweise: 4 x jährlich

Abopreis: 35,00 €

Einzelheftpreis: 10,00 €

Preis zzgl. Versandkosten + gesetzl. MwSt.

Faxsendung an 03 41/4 84 74-2 90

- Ja, ich möchte das kostenlose Probeabo beziehen.
Bitte liefern Sie mir die nächste Ausgabe frei Haus.

Soweit Sie bis 14 Tage nach Erhalt der kostenfreien Ausgabe keine schriftliche Abbestellung von mir erhalten, möchte ich das im Jahresabonnement zum Preis von 35,00 €/Jahr beziehen. Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraumes schriftlich gekündigt wird (Poststempel genügt).

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Fax: _____

E-Mail: _____

Unterschrift _____

Widerrufsbelehrung: Den Auftrag kann ich ohne Begründung innerhalb von 14 Tagen ab Bestellung bei der OEMUS MEDIA AG, Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig schriftlich widerrufen. Rechtzeitige Absendung genügt.

Unterschrift _____

#Preis zzgl. Versandkosten + gesetzl. MwSt.

ZWR 7-8/03

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



Parodontaltherapie mit dentalen Lasern

| Dr. Michael Soibermann, Dr. Mark Soibermann

Die Behandlung der chronischen und akuten Parodontiden stellt den Behandler und die Patienten zumeist vor das Dilemma, dass trotz bester wissenschaftlicher Untersuchungen und modernen Therapieansätzen eine Restitutio ad Integrum nie erreicht wird. Ebenso ist es häufig für den Behandler frustrierend zu sehen, dass selbst durch hohen Behandlungsaufwand Zähne verloren gehen. Hier können dentale Lasersysteme das Spektrum der Parodontaltherapie erheblich erweitern.

Verantwortlich für diesen Zustand sind häufig rezidivierende, gramnegative Anaerobier, wie z. B. *Actinobacillus actinomycetem comitans* (AAC) oder *Porphyromonas gingivalis* (PG). Ein erfolgreiches Behandlungsergebnis durch gründliche Entfernung von AAC wurde von Slots et

al. nicht zur vollständigen Bakterienelimination ausreicht. Neben der lokalen Behandlung mit Antibiotika und deren Nebenwirkungen liegen seit den 90er-Jahren viele Studien vor, die belegen, dass der Einsatz von dentalen Lasersystemen das Spektrum der Parodontaltherapie im Hinblick auf die bakteri-

Schneidleistung sowie eine Reduzierung der schädigenden Eindringtiefe ins Gewebe um die Hälfte. Ein weiterer wichtiger Vorteil gegenüber dem Nd:YAG-Laser ist die Ausrichtung des Strahlenbündels. Im Vergleich zum parallelen Strahlenbündel des Nd-YAG-Lasers liefert der „ora-laser jet 20“ einen divergenten Strahl mit einem Aperturwinkel von 18° bis 23°. Mit dem entstehenden elliptischen Strahl lässt sich bei gleichem Zeitaufwand eine weitaus größere Fläche bearbeiten. Somit sinkt die Gefahr einer iatrogenen thermischen Schädigung des Parodontiums. Ein weiterer Schutz vor thermischer Schädigung bietet die Möglichkeit der Verwendung einer variablen Puls-Pausen-Relation (PPR) anstatt dem Continuous Wave Modus (cw). Hierbei bietet der „ora-laser jet 20“ eine Maximalleistung von 20 Watt bei 10.000 Hz gepulst mit einem Puls-Pausen-Verhältnis zwischen 1:1 und 1:10. Klinische und histologische Untersuchungen von Neckel zeigen, dass die richtige Anwendung des top-gepulsten „ora-laser jet 20“ mit einer PPR von 1:10 praktisch keine thermischen Schädigungen im Weichgewebe verursachen. Bei Verwendung des cw-Modus oder einer PPR von 1:1 ist es nicht immer vermeidbar, dass es zu Karbonisierungen kommt, selbst bei niedrigen Ausgangsleistungen.



Gingiva-Hyperplasie Regio 27/Dekontamination mit dem ora-laser jet 20.



Entfernung von Gingiva-Hyperplasien mit dem ora-laser jet 20.

al. bereits 1985 beschrieben. Renvert et al. zeigten allerdings nur fünf Jahre später, dass eine rein manuelle bzw. mechanische Behandlung der Wurzeloberflä-

zide Wirkung erheblich erweitert. In unserer Praxis verwenden wir bereits seit über acht Jahren verschiedene Lasersysteme (Nd:YAG, Ho:YAG, Diodenlaser). Dabei kommt in der Parodontitisbehandlung mittlerweile nur noch der Diodenlaser „ora-laser jet 20“ der Firma ORALIA zum Einsatz. Durch seine physikalischen Eigenschaften ist dieser dem Nd:YAG-Laser überlegen. Die Wellenlänge von 810 nm bietet ein optimales Verhältnis zwischen Absorption und Eindringtiefe im oralen Weichgewebe. Dies bedeutet im Vergleich zum Nd:YAG-Laser, der eine ebenso gute bakterizide Wirkung besitzt, eine verbesserte

Konkrementen-Entfernung

Die Entfernung von Konkrementen lässt sich durch den Laser bisher nicht selektiv und präzise durchführen. Der Er:YAG-Laser mit einer Wellenlänge von 2.940 nm und einem guten Absorptionsspektrum

kontakt

Dr. med. dent. Michael Soibermann
Dr. med. dent. Mark Soibermann
 Internationales Forum für Implantologie
 und ästhetische Zahnheilkunde
 Rheinstraße 4 L
 55116 Mainz
 Tel.: 06 13 13/2 40 50 90
 Fax: 06 13 13/2 40 50 91
 E-Mail: soibermann@gmx.de

im Wasser besitzt zwar die physikalischen Eigenschaften dafür, allerdings ist die Gefahr einer Schädigung des gesunden Zahnhartgewebes sehr groß. Der Einsatz der Lichtleitsysteme des Er:YAG sind ebenfalls nicht ausreichend, da das Laserlicht über Spiegelgelenkarme oder Hohlleitersysteme transportiert wird und somit nicht die Flexibilität besitzen, um in enge Taschen zu gelangen. Ganz anders sind da die Fasersysteme von Nd:YAG- und Diodenlaser, welche bereits mit Durchmessern von 200 µm für gute Zugänglichkeit in engen Taschen und Furkationsbereichen sorgen. In unserer Praxis verwenden wir zur Konkremententfernung die Vector Methode in Kombination mit Handinstrumenten. Granulationsgewebe wird ebenfalls manuell mithilfe von Küretten entfernt. Durch den Einsatz des Diodenlasers wird dies aber deutlich erleichtert, da sowohl Konkremente als auch Granulationsgewebe durch den Lasereinsatz „austrocknen“ und sich daher leichter lösen lassen.

Deepithelisierung

Ein weiterer Punkt zur Steigerung des therapeutischen Erfolgs ist die Deepithelisierung des Taschenepithels unter Verwendung des Lasers. Durch den Lasereinsatz wird das unerwünschte lange Saumepithel schonend entfernt, wobei vor allem starke Blutungen vermieden werden können, da der Diodenlaser im Wellenlängenbereich von 810 nm eine gute koagulierende Wirkung besitzt. Durch regelmäßige Kontrollen und ggf. weiteren deepithelisierenden Behandlungen in den ersten beiden Monaten nach dem parodontal chirurgischen Eingriff ist somit ein Reattachment am Desmodont erleichtert.

Fazit

Zusammenfassend zeigt sich, dass der Einsatz dentaler Lasersysteme sicher nicht das gesamte Spektrum der systematischen Parodontalbehandlung auf den Kopf stellt. Allerdings ist in unserem Behandlungskonzept der Laser von der Initialbehandlung über die Parodontalchirurgie bis hin in die Erhaltungstherapie nicht mehr wegzudenken. Neben den eindeutigen höheren Langzeiterfolgen unserer Kombinationstherapie schätzen unsere Patienten vor allem die minimalinvasive Therapie und honorieren die Bemühungen mit einer weitaus höheren Compliance. Die Mehrkosten dieser Behandlung steigern die Wertigkeit der Zahnpflege beim Patienten zusätzlich sowie das Pflegebewusstsein nachhaltig.



ora-laserjet 20 / Firma ORALIA, Konstanz.

Probeabo

1 Ausgabe kostenlos!

Ercheinungsweise: 4 x jährlich
 Abopreis: 35,00 €
 Einzelheftpreis: 10,00 €
 Preis inkl. Versand, Porto und Steuern

Fax an 03 41 / 4 84 74-290

- Ja, ich möchte das kostenlose Probeabo beziehen.
 Bitte liefern Sie mir die nächste Ausgabe frei Haus.

*Preis zzgl. Versandkosten + gesetzl. MwSt.

Sobald Sie bis 14 Tage nach Erhalt der kostenlosen Ausgabe keine schriftliche Abbestellung von mir erhalten, möchte ich die cosmetic dentistry im Jahresabonnement zum Preis von 35EUR/Jahr beziehen. Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraumes schriftlich gekündigt wird (Poststempel genügt).

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Fax: _____

E-Mail: _____

Unterschrift _____

Wichtig! Mitunterzeichnung: Den Antrag kann ich ohne Begründung innerhalb von 14 Tagen ab Bestätigung bei der OERTUS MEDIA AG, Holbeinstr. 20, 04229 Leipzig schriftlich widerrufen. Rechtzeitige Absendung genügt.

Unterschrift _____

2008 7-807

OERTUS MEDIA AG
 Holbeinstr. 20, 04229 Leipzig
 Tel.: 03 41 4 84 74-0, Fax 03 41 4 84 74-2 80
 E-Mail: grasso@oertus-media.de



Studie

Ultraschallbasierte Parodontaltherapie

| Redaktion

Mithilfe der ultraschallbasierten Vector Methode führt der Zahnarzt die supra- und subgingivale Entfernung des adhärenen Biofilms schmerzarm und schonend durch – aber ist die Methode auch effektiv und liefert Resultate wie das manuelle Scaling? Oder ist sie diesem womöglich überlegen? Sind weniger Schmerzen und zugleich größere Therapieerfolge möglich? Antwort geben Forscher der Universitäten Jena und Tokio.

„Gute Bedingungen für ein Reattachment“

So nahmen sich Wissenschaftler der Nihon University in Tokio der für die klinische Anwendung entscheidenden Frage an, inwieweit eine Parodontalbehandlung das bestehende Attachment erhalten bzw. sogar zu einem Reattachment beitragen könnte.

Dazu untersuchten sie die Wirkung unterschiedlicher Behandlungsmethoden auf die Gewebeoberfläche und das Reattachment.¹ Für ihre Untersuchungen behandelten die Wissenschaftler 15 Patienten mit fortgeschrittener Parodontitis mit dem Vector-System, mit einem herkömmlichen Ultraschallinstrument bezie-

hungsweise manuell mit der Kurette. Die Fragestellung lautete nun: Wie beeinflusst die jeweilige Methode die Zahnoberflächen? Ermöglicht oder begünstigt sie ein Reattachment?

Rasterelektronenmikroskop-Aufnahmen an den extrahierten Zähnen zeigten: Eine intakte Zementblasten-Struktur wies das Wurzelzement nur nach Vector Einsatz auf, hier zeigten sich keine nennenswerten Bearbeitungsspuren oder Verluste von Zahnschubstanz (Abb. 1). Bei den anderen Verfahren fanden die Wissenschaftler weiterhin höhere Werte für Oberflächenrauigkeit und Zahnschubstanzverlust. Die schonende Vector-Behandlung mit ihrer nur längs gerichteten Ultraschall-Oszilla-

tion war dagegen in der Lage, zwischen Dentin, Wurzelzement und Konkrementen zu unterscheiden und letztere weitestgehend abzulösen (Abb. 2).

Diese wünschenswerte Kombination fand sich so bei den anderen Methoden nicht. Und diese Oberflächengüte ist laut einer weiteren Studie aus Japan² für ein weiteres herausragendes Testergebnis verantwortlich. Die Forscher züchteten nämlich in einem In-vitro-Test auf den unterschiedlich behandelten Zahnoberflächen Fibroblasten. Nur nach Vector-Einsatz wuchsen die Zellen in ihrer natürlichen Morphologie wie auf unbehandelten Zähnen. Sie besaßen lange Zellausläufer mit zahlreichen Filopodien, die für die Anhaftung von Zellen an der Wurzeloberfläche notwendig sind. Dies war weder nach Küretten- noch nach Ultraschall-Instrumentierung mit herkömmlichen Geräten der Fall. Damit kann die mit Vector gereinigte Oberfläche, so die Autoren, als günstig für ein Reattachment eingestuft werden.

„Signifikant weniger Mikroorganismen“

Inwiefern mit der Vector Methode im Vergleich zur herkömmlichen Kürettage und Wurzelglättung eine klinisch effektive und ursachengerichtete Therapie zur Verfügung steht, untersuchten Zahnärzte an der Universität Jena. Dazu nahmen sie vierzig Patienten mit schwerer chronischer Parodontitis in eine Studie auf.³ Die eine Hälfte behandelten sie mit der ultraschallbasierten Vector Methode, die andere zum Vergleich konventionell mit Handinstrumenten. Vorher sowie sechs Monate nach der einmaligen Therapie und in Abständen dazwischen untersuchten sie die Bakterienflora in den Taschen: Sie entnahmen Proben an den jeweils tiefsten Stellen pro Quadrant und bestimmten die Zahl von fünf parodontalen Leitkeimen. Anschließend hielten die Autoren der Studie fest: „Die mikrobiologischen Ergebnisse zeigen für die Hand- und Ultraschallinstrumentierung eine deutliche Reduktion der untersuchten Mikroorganismen im Untersuchungszeitraum.“ Dabei fanden sie in der Abschlussuntersuchung nach 24 Wochen „keine signifikanten Unterschiede zwischen den Therapiegruppen“. Die Kurette und der Vector waren also in dieser Hinsicht in gleicher Weise erfolgreich.

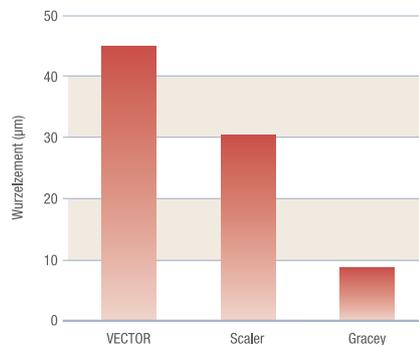
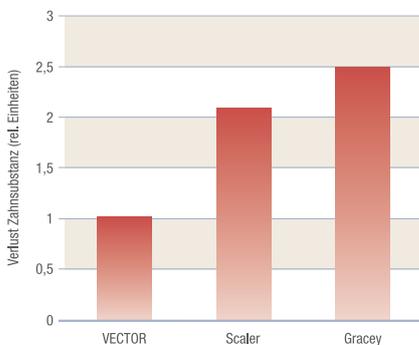


Abb. 1: Oberflächenrauigkeit und Zahnschubstanzverlust in relativen Einheiten (0: glatte Oberfläche ohne Substanzverlust, 3: Zementschicht entfernt von Dentin) nach Instrumentierung der Oberflächen mit Vector, einem konventionellen Ultraschall-Scaler und Gracey-Küretten. n=40.

Abb. 2: Dicke der Zementschicht nach Instrumentierung der Oberflächen mit Vector, einem konventionellen Ultraschall-Scaler und Gracey-Küretten. n=30.



Abb. 3: Die Energieankopplung im Zuge der Vector-Behandlung erfolgt indirekt über eine am Instrument anhaftende Wasserhülle. Die Dosierung der Energie wird durch Variation der Ankopplungsbedingungen (Dämpfung der Instrumente und Verwendung von Partikelsuspensionen) bestimmt.

Damit einher ging eine Verbesserung der klinischen Befunde. Die Autoren konstatierten: „Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass bei der Behandlung von Patienten mit schwerer chronischer Parodontitis die manuelle Instrumentierung (Küretten), aber auch die Ultraschallanwendung mit dem Vector-Gerät erfolgreiche Therapiemethoden darstellen. Sowohl die Sondierungsblutung als auch die Sondierungstiefen und der Attachmentlevel ließen sich durch beide Therapievarianten signifikant reduzieren.“ Damit stellen die Wissenschaftler die Vector Methode als gleichwertige Alternative neben etablierte Verfahren.

Fazit

Gute Aussichten für den Langzeiterfolg der ultraschallbasierten Parodontaltherapie – das ist die Schlussfolgerung, die



Abb. 4: Vector pro – mit dem eleganten Anthrazit-Design wurden im Jahre 2004 auch das InstrumentParo-Knospe und die um 360 Grad drehbare Kupplung im Handstück eingeführt – zwei wertvolle Ergänzungen, die dem Zahnarzt ein noch effektiveres Arbeiten ermöglichen.

sich aus den Resultaten der aktuellen Universitätsstudien ziehen lässt. Das ultraschallbasierte Verfahren ist in der Lage, harte Beläge zu entfernen und die Zahl pathogener Keime zu reduzieren. Gleichzeitig werden natürliche Strukturen wie das Wurzelzement geschont und ein Reattachment unterstützt. Wesentliche Vorzüge für den Patienten liegen darüber hinaus in der schonenden und schmerzarmen Behandlung. Denn da das Vector-Instrument nur in der Längsachse oszilliert, kann der Zahnarzt sehr kontrollierte Bewegungen ausführen und Verletzungen an Zahn und Zahnfleisch vermeiden. Auch dies wurde bereits durch Untersuchungen belegt.⁴

Literatur

[1] Kawashima H, Sato S, Kishida M, Ito K. (2007): A comparison of root surface instrumentation using two piezoelectric ultrasonic scalers and a hand scaler in vivo. J Periodont Res; 42; 90-95.
 [2] Kishida M, Sato S, Ito K. (2004): Effects of a new ultrasonic scaler on fibroblast attachment to root surfaces: a scanning electron microscopy analysis. J Periodont Res; 39; 111-119.
 [3] Güntsch A, Fatori S, Seltmann T, Sigusch BW, Glockmann E, Klinger G. (2006): Klinische und mikrobiologische Untersuchungen zur Parodontistherapie mit Handinstrumenten und Vector. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 61; 6; 291-298.
 [4] Braun A, Krause F, Hahn G, Frentzen, M. (2002): Subjektive Schmerzempfindungen bei der parodontalen Behandlung. In: Quintessenz 53; 7: 749-754.

*Wichtigste Zeit, um etwas zu tun?
jetzt gilt = die Lösung:*

**Erfolgreiche Praxisführung mit
Balanced Scorecard**

**Das Managementinstrument
für die Zahnarztpraxis**

Dieses Buch und die beiliegende Software basieren auf einem Kennzahlensystem, das Ihnen die Chance gibt, frühzeitig Fehlentwicklungen in Ihrer Praxis zu erkennen und somit entgegenzusetzen.



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.



Herausgeber ist der Erfindgeber
Prof. Dr. Helmut Borkircher

**FAXBESTELLUNG UNTER
03 41/4 84 74-2 90**

nach per E-Mail
gastro@wms-med.de

oder Post:
Omnis Media AG
Helmholtzstr. 29
04229 Leipzig

Prof. Dr. Helmut Borkircher (Hrsg.)
**„Die Balanced Scorecard (BSCmed) –
als Managementinstrument in der Zahnarztpraxis**

19,90 EURO zzgl. Versand

Exemplar/e

Name _____

Strasse _____

PLZ _____

Ort _____

Telefon/Fax _____

E-Mail _____

Kompodium

Minimalinvasive Zahnheilkunde

| Redaktion

Bei vielen Zahnärzten herrscht immer noch das Denken vor: „Wenn ich eine Kavität ordentlich ausbohre, ist sie sauber.“ Sie ist aber nicht steril, denn es können immer noch Bakterien vorhanden sein. Genau hier setzt das Konzept „Minimum Intervention“ (MI) an. Doch ist die MI-Zahnheilkunde wirklich so effektiv und zukunftssträftig? Dr. Steffen Mickenautsch von der Universität Witwatersrand in Johannesburg hat sich mit seinem Team durch Tausende von Studien gekämpft und jetzt eine umfassende systematische Literaturübersicht herausgegeben. Wir wollten es genauer wissen.

Herr Doktor Mickenautsch, „Minimum Intervention“ ist zum Schlagwort in der modernen Zahnheilkunde geworden. Was ist das Besondere daran?

Viele Zahnärzte glauben immer noch, dass Karies unter Kontrolle gebracht werden kann, wenn ein kariöser Zahn mit einer Füllung restauriert wird. Dieser herkömmliche Weg behandelt jedoch nur die Symptome, nicht die eigentliche Krankheit. Das neue Konzept setzt viel früher an; so fokussiert die MI-Zahnheilkunde darauf, die wirkliche Ursache zu erkennen und zu behandeln und nicht nur auf die Beseitigung bereits entstandener Schäden. Der zukunftsorientierte Ansatz umfasst daher folgende Aspekte: Krankheitsrisikoerfassung, -früherkennung und eine minimalinvasive Behandlung nach den Prinzipien höchster Patientenakzeptanz.

Sie haben für Ihr „MI-Kompodium“ unzählige Studien ausgewertet. Wie wissenschaftlich abgesichert sind die Materialien und Produkte, die zu dem Konzept gehören?

Da sind zunächst einmal die Glasionomere: Ihre Anwendung in der Fissurenversiegelung als Füllung sowie als Unter-

füllung ist am besten erforscht. Hier fanden wir die stärkste Beweislage. Das hängt einfach damit zusammen, dass die atraumatisch-restaurative Zahnbehandlung (ART), für die Glasionomere eingesetzt werden, bereits seit 20 Jahren erfolgreich angewendet wird und daher genügend stichhaltige Studien vorliegen. Eine gute Beweislage gibt es auch für die kariesprotektive Wirkung von zuckerfreiem Kaugummi sowie vielversprechende Resultate für den CPP-ACP-Komplex (Cascinphosphopeptid/Amorphes Calciumphosphat) zur Remineralisierung von Zähnen.

Apropos ART: Sie behandeln seit zehn Jahren nach dem atraumatischen Prinzip in Südafrika. Ist ART nur etwas für Entwicklungsländer?

Nein, ganz sicher nicht. ART haftet leider immer noch der Beigeschmack der Dritten Welt an. Dabei stimmt das nicht. Das Konzept ist theoretisch sicherlich gut für die Entwicklungsländer, weil man dafür nicht unbedingt eine Stromversorgung und einen Zahnbohrer benötigt. Aber welcher Zahnarzt hat dort wirklich Zeit, es anzuwenden? Wenn morgens 200 Patienten mit Zahnschmerzen vor der Tür stehen, heißt es nur noch: „Zähne ziehen von morgens bis abends“.

MI basiert also auch auf dem therapeutischen Wert der Glasionomere. Welche Vorteile haben sie gegenüber anderen Füllungsmaterialien?

Glasionomere sind aufgrund ihrer speziellen Zusammensetzung weit mehr als nur ein Lückenfüller. Auch wenn sie ästhetisch nicht so stark wie Komposite

sind, wirken sie doch nachgewiesenermaßen antibakteriell, remineralisierend und fluoridabgebend. Das ist ein enormer Vorteil! Gleichzeitig sind sie hydrophil. Das heißt: Der Zahnarzt kann auf Kofferdam verzichten – ein klares Plus also auch bei der Anwendung. Da GIZ keine so hohe Druckfestigkeit an den Kontaktpunkten besitzen, ist die Sandwichtechnik besonders bei größeren Füllungen von Nutzen. Hierbei wird der Glasionomerzement als Dentin- und das Komposit als Schmelzersatz eingesetzt. Besonders empfehlenswert sind nach den von uns ausgewerteten Studien hochviskose Glasionomerzemente wie beispielsweise GC Fuji IX für den Seitenzahn- und GC Fuji VIII für den Frontzahnbereich.

Und wohin geht der Trend in der MI-Zahnheilkunde?

In der Kariesbehandlung gehen die Forschungstendenzen eindeutig in Richtung Kariesrisikoerkennung. So werden heute bereits Faktoren berücksichtigt und gemessen, die man früher überhaupt nicht beachtet hat – wie die Messung von unstimuliertem Speichelfluss, Bakterien, Plaque-pH etc. Das ist zwar nicht neu, wird aber als Gesamtkonzept in den meisten Zahnarztpraxen immer noch nicht konsequent umgesetzt.

Die Anzahl wissenschaftlicher Studien erhöht sich rasant. Kaum einer weiß noch, welche Untersuchung wirklich Relevanz für die eigene Arbeit hat. Worauf sollte der Praktiker also achten?

Zahnärzte lesen ja normalerweise wenig Forschungsstudien und -berichte, dafür bleibt ihnen im Praxisalltag nicht die Zeit.

kontakt

GC Germany GmbH

Paul-Gerhardt-Allee 50

81245 München

Tel.: 0 89/89 66 74-0

Fax: 0 89/89 66 74-29

E-Mail: info@germany.gceurope.com

www.germany.gceurope.com



Die Säuren demineralisieren den Zahnschmelz.



Freie Kalzium- und Phosphationen aus dem CPP-ACP-Komplex verstärken die natürliche Remineralisation.

Und wenn sie welche lesen, bleibt immer noch die Frage: Lesen sie die richtigen beziehungsweise lesen sie das richtige Ergebnis daraus ab? So entspricht nicht jede veröffentlichte Studie den Kriterien der „Evidence-Based Dentistry“. Wir haben zum Beispiel 60.000 Artikel zum Bereich „Minimum Intervention“ gefunden. Davon konnten wir aber nur ca. 400 als gesichert einstufen. Wir waren da sehr genau. Erst wenn eine Studie alle unsere sechs Kriterien erfüllt hat, haben wir sie in unser Kompendium aufgenommen, denn nur dann ist sie auch wirklich beweiskräftig. Aufgrund dieser recht strengen Auswahlkriterien lag für

uns eine gute Beweislage zu MI-Themen nur dann vor, wenn ein Minimum von drei oder vier guten Studien in dieselbe Richtung zeigte. Für den CPP-ACP-Komplex (Recaldent™) haben wir zum Beispiel sieben In-situ-Studien mit Kaugummis gefunden, die den Kriterien entsprechen. Für diese Wirkstoffkomponente liegt also eine vielversprechende Beweislage vor. Demnach ist das natürlich in der Milch vorkommende Casein-Protein im CPP-ACP-Komplex ein ideales Transportsystem für freie Kalzium- und Phosphationen zur Zahnremineralisierung. Für die beiden Zahnschutzcremes GC Tooth Mousse und GC

MI Paste Plus, die den Komplex ebenfalls enthalten, haben wir bis jetzt zwar noch keine In-vivo-Studien ausgewertet; ich bin jedoch recht zuversichtlich, dass sie die positiven In-situ-Ergebnisse stützen werden. Zumindest schmeckt die Creme schon mal sehr gut – so ein bisschen wie Fruchtjoghurt.

Wen möchten Sie mit Ihrem Kompendium besonders erreichen?

Wir möchten nicht nur die bereits praktizierenden Zahnärzte aufklären, sondern besonders die Dozenten und Studierenden informieren. MI ist ein so wichtiger und zukunftsreicher Bereich in der Zahnheilkunde, dass das Konzept auf jeden Fall in die Lehrpläne an den Universitäten aufgenommen werden sollte.

Und was wünschen Sie sich noch für die Zukunft?

Dass MI in jeder Praxis, in jeder Klinik und in jeder Universität angewendet und gelehrt wird und dass die Zahnärzte bei neuen Produkten und Methoden grundsätzlich mehr auf eine gesicherte Beweislage der Studien achten. Unser Kompendium ist der erste Schritt in diese Richtung. Auch wenn das MI-Konzept bislang nur in der Kariesbehandlung eingesetzt wird und diese in einer modernen Praxis nur ca. 30 Prozent ausmacht, hoffe ich doch, dass es in 20 Jahren zur Basiszahnheilkunde gehören wird und dass die heute noch überwiegende Reparaturmedizin dann nicht mehr im Vordergrund steht.

Neues Nachschlagewerk als eBook zum Downloaden

Ob Klasse I-Kavitäten mit ART, Speicheltests oder die Sandwichtechnik – das neue „MI Kompendium“ gibt einen umfassenden Überblick über die wissenschaftliche Beweislage diverser Therapieansätze im Bereich Minimum Intervention (MI).

Die systematische Literaturübersicht über minimalinvasive Zahnheilkunde wurde von vier Universitäten erstellt und ist ab sofort im eBook-Format (PDF) erhältlich. Der dem Kompendium zu Grunde liegende Literatur-Review stützt sich auf die systematische Suche in elf Datenbanken nach wissenschaftlichen Veröffentlichungen. Ausgewertet werden evidenzbasierte Studien u. a. zu folgenden MI-Komponenten: Kariesrisikoerfassung auf Speichelbasis, Caseinphosphopeptid/Amorphous Calciumphosphat (CPP-ACP), Laserfluoreszenz, Fissurenversiegelung mit GIZ, atraumatisch-restaurative Zahnbehandlung (ART), antibakterielle Wirkung von GIZ, computergesteuerte Lokalanästhesie etc. Das 136-seitige Kompendium in Tabellenform wird ständig aktualisiert und ergänzt. Die erste Ausgabe ist in den Sprachen Deutsch, Englisch und Portugiesisch als eBook im PDF-Format über die folgende Webseite erhältlich: <http://www.midentistry.com/kompendium.html>. Seit Kurzem liegt auch eine zweite erweiterte Auflage in Englisch und Chinesisch vor.

Schnurlose Röntgenkamera:

Flexibilität, Effektivität und Patientenkomfort



Intraorale Aufnahmen aller Art können in Zukunft direkt am Stuhl gemacht werden, ohne dass Sie in jedem Behandlungsraum eine eigene, kostspielige Röntgenstation vorhalten müssen. Bei einem Leichtgewicht von unter 2 kg kann die mobile Röntgenkamera DX 3000 problemlos von Behandlungsraum zu Behandlungsraum transportiert werden. Der Patient, der häufig allein durch die Behandlung schon einem gewissen Stress ausgesetzt ist, kann für die notwendigen Kontrollaufnahmen entspannt im Stuhl liegen bleiben. Mobiles Röntgen mit einem tragbaren Kleinröntgensystem heißt die Lösung! Mobile Röntgensysteme sind seit Jahrzehnten im Einsatz, bisher allerdings eher in Notfallgebieten,

Gefängnissen, Pflegeheimen, d. h. überall dort, wo der Patient nicht zum

Röntengerät gehen kann. An tragbaren Systemen speziell für den Einsatz in Zahnarztpraxen wurde weltweit seit über 20 Jahren geforscht. Die Nase vorn hatte entwicklungs-technisch letztendlich die DX3000. Das tragbare Kleinröntgensystem wird allen gesetzlichen und sicherheitstechnischen Anforderungen in Deutschland gerecht.

American Dental Systems GmbH

Tel.: 0 81 06/300 300

www.ADSsystems.de

Poliersystem:

Finieren und Polieren von Kompositen

Das Super-Snap Poliersystem umfasst ultradünne, hochflexible unmontierte Scheiben in vier verschiedenen Korngrößen für einen leichten interproximalen Zugang. Super-Snap Scheiben mit grober Körnung sind stirnseitig beschichtet, mit mittlerer Körnung schaft-, stirn- oder beidseitig beschichtet und die feine bzw. ultrafeine Ausführung für ein sicheres Arbeiten am Zahnfleischrand sind beidseitig beschichtet. Elastische Träger, die einfach auf das Mandrell aufgesteckt werden, halten die Scheiben sicher und fest. Verfärbungen und Verkratzungen werden sicher vermieden, da die Scheiben kein erhabenes Metallzentrum aufweisen. Inzisalkanten lassen sich sowohl lingual als auch bukkal schonend bearbeiten, weil der Träger den Metallschaft des Mandrells umgibt. Die Schäfte sind für die Turbine und in Winkelstück- und Handstückausführung lieferbar. Abgerundet wird das System durch farbcodierte Polierstreifen für einen einfacheren Zugang in die Approximalbereiche. Alle Super-Snap Scheiben und Streifen sind sowohl separat als auch vollständig aufeinander abgestimmt als Sortiment im Rainbow Technique Kit erhältlich. Das Sortiment umfasst 180 Scheiben Normal und Mini, einen montierten CompoSite Fine Polierer, zwei Dura-White Steine, 40 Polierstreifen und vier Winkelstück-Mandrells in halbrunder, ergonomischer Anordnung.



SHOFU Dental GmbH

Tel.: 0 21 02/86 64-0

www.shofu.de

Behandlungseinheit:

Vielzahl von Anwendungsmöglichkeiten

Die Dental-Manufaktur ULTRADENT präsentiert zur IDS 2007 wieder eine Weltneuheit im Bereich kompakter Behandlungseinheiten. Mit einer zweiten, ganz neuen, speziell für die junge Zielgruppe entwickelten Linie, setzen die Münchener Spezialisten auf modernste Werkstoffe und junges Design. Es entstand ein völlig neues System einer modernen Behandlungseinheit, das sowohl als Schwebetisch-Einheit easy FLY und als Cart-Einheit easy GO angeboten wird. Der Name ist dabei Programm und macht auf die klare Linienführung und das großzügige Raumangebot sowie die einfache Bedienung und das funktionelle Design aufmerksam. Die neue Konstruktion des Patientenstuhls ermöglicht einen sehr nahen und direkten Zugang zum Patienten. Die besonders kompakte und kurze Bodenplatte bietet viel Bewegungsfreiheit für Behandler und Assistenz. Die besondere ULTRADENT-Modulbauweise erlaubt für



alle easy-Behandlungseinheiten die Ausstattung mit hochwertigen Instrumenten und kann dadurch nahezu alle Wünsche des Zahnarztes erfüllen. Mit der Entwicklung von easy FLY und easy GO hat die Dental-Manufaktur ULTRADENT aus München eine ganz neue Geräteklasse geschaffen, die im Segment der kompakten Behandlungseinheiten unerwartete Ausstattungsdetails bereits serienmäßig anbietet. Die neue easy-Klasse verwirklicht viele technische Visionen und schafft mit der harmonischen Gesamtkonstruktion eine Faszination und eine Vielzahl von Anwendungsmöglichkeiten. Fordern Sie die ULTRADENT Broschüre zum Thema easy an und lassen Sie sich von der Leichtigkeit der easy-Behandlungsplätze und der innovativen Werkstoffe begeistern.

ULTRADENT Dental-Medizinische Geräte GmbH & Co. KG

Tel.: 0 89/42 09 92-70

www.ultradent.de



Desinfektionsspray:

Perfekte Hygiene zum Sprühen

Die Desinfektion der wasserführenden Leitungen von Turbinen, Hand- und Winkelstücken ist wichtig! Denn diese Maßnahme schützt den Patienten vor Infektionen und das Instrument vor Ablagerungen, welche die Funktion beeinträchtigen und teure Reparaturen nach sich ziehen können. Der GREEN&CLEAN IK-Desinfektionsspray sorgt für eine schnelle und effektive Desinfektion der ansonsten nur schwer erreichbaren Kühl- und Spraywasser führenden Leitungen von Turbinen, Hand- und Winkelstücken. Die neu konstruierten und fix auf der Flasche angebrachten Adapter sind speziell auf die jeweilige Instrumentenkupplung angepasst und machen die Anwendung noch leichter: Instrument aufstecken – 2 Sekunden sprühen – 2 Minuten einwirken lassen. Bereiten Sie nach der Desinfektion das Instrument gemäß den Angaben des Herstellers weiter auf (ölen) und spülen Sie die wasserführenden Leitungen vor der nächsten Anwendung kurz mit Wasser. Die

nichtkorrosive Formulierung von GREEN&CLEAN IK weist ein breites Wirkungsspektrum auf (HBV/HIV/HCV, bakterizid, fungizid, Tb) und wurde auf ihre Verträglichkeit mit allen in Turbinen, Hand- und Winkelstücken verbauten Materialien getestet. Die handlichen Sprühflaschen sind mit Adapter für die gängigsten Turbinenkupplungen bzw. mit Universaladapter für Hand- und Winkelstücke erhältlich. Eine Flasche (180 ml) reicht für ca. 300 Anwendungen.

METASYS Medizintechnik GmbH
Tel.: +43-5 12/20 54 20-0
www.metasys.com

Schallzahnbürste:

Hervorragende Reinigungsergebnisse

Schalltechnologie-Pionier Philips präsentiert die Sonicare FlexCare – die beste elektrische Philips-Zahnbürste aller Zeiten. In Vergleichsstudien zeigte die neue Schallzahnbürste Sonicare FlexCare hervorragende Reinigungsergebnisse und darüber hinaus wird ihr ein zuverlässiges Plaque-Biofilm-Management bescheinigt. Philips Sonicare ist die von Zahnmedizinern weltweit meist empfohlene Schallzahnbürsten-Marke. Die Sonicare FlexCare, die 3. Generation der Sonicare, schlägt jetzt ein neues Kapitel auf. Die Sonicare-Technologie präsentiert sich nun bei der Sonicare FlexCare in einer noch kompakteren Version. Dadurch konnten die Entwickler den ergonomischen Power Brush Griff realisieren: Er ist 30 % kleiner, um 16 % leichter und erzeugt in der Hand 80 % weniger Vibrationen gegenüber seinen Vorgängern. Der Komfort wird durch eine Anzahl von individuellen Pflegeeinstellungen komplettiert. All diese Maßnahmen sind eindeutig Compliance fördernd. Wie Christine Robins, Chief Executive Officer bei Philips Oral Healthcare erklärte, wurde diese technologische Herausforderung von einem ganz speziellen Techniker-Team realisiert: „Um unsere Technologie-Plattform zur Marktreife zu bringen, arbeitete eine Gruppe von Technikern von Philips Oral Healthcare mit Experten aus ganz anderen Techniksparten zusammen – bis hin zu Düsentriebwerkstechnikern von Firmen wie Boeing.“



Philips GmbH
Tel.: 0 40/28 99-0
www.sonicare.de

30 Mio. Parodontitisfälle:

**Aufklärung
 + 33 % CHX**

Fast jeder zweite deutsche Erwachsene ist ein potenzieller Parodontitispatient. Doch aktuell bleiben 97,6 % Fälle unbehandelt. Stichwort Aufklärung! Beginnen Sie noch heute, Ihre Patienten über Parodontitis und der möglichen Folgen wie Zahnausfall,



Schlaganfall oder Herzinfarkt aufzuklären. Hellhörig werden die ersten Patienten bereits beim Thema Mundgeruch, der ein erster Indikator für eine Zahnfleischentzündung sein kann. Eine der sowohl medizinisch als auch wirtschaftlich effizientesten Methoden ist die Applikation des PerioChip in die entzündete Zahnfleischtasche nach einer gründlichen PZR.

Medizinisch sinnvoll:

- 33 % CHX wirken hier lokal und direkt am Entzündungsherd
- Schmerzfremde Applikation
- Kontinuierliche Abgabe von Chlorhexidin am Entzündungsherd
- Vollständige Auflösung des Chips nach sieben bis zehn Tagen
- Keimfreie Zahnfleischtasche für drei Monate
- Kein Antibiotikum

Wirtschaftlich lukrativ:

- PerioChip ist eine Privatleistung
- Die Applikation erfolgt innerhalb von 30 Sekunden
- PerioChip lässt sich auch problemlos im Bereich der Prophylaxe integrieren

Übrigens, es gibt derzeit nicht ausreichend Zahnärzte/Innen, um die 30 Millionen Parodontitispatienten in Deutschland mit einer PZR und PerioChip zu versorgen, d.h. der Markt wartet noch auf seine Eroberung!

DEXCEL PHARMA GmbH
Tel.: 0 60 23/94 80-0
www.dexcel-pharma.de

Sterilisator:

Technik- und Designwunder

Die Hygiene in der Zahnarztpraxis ist seit Jahren ein Thema von großer Brisanz. Immer neue Er-



kenntnisse zeigen, dass der Sterilisationsprozess an vielen Stellen noch optimiert werden muss, um wirkliche Sicherheit zu erreichen. Hier unterstützt der neue Sterilisator von W&H. Ausgehend von dem großen Erfolg des ersten Lisa Autoklaven bringt das Unternehmen nun mit dem neuen Produkt ein revolutionäres Gerät auf den Markt. Forscher und Entwickler haben Jahre geprüft, probiert und getestet, um die bereits vorhandene Technologie noch weiterzuentwickeln. Ergebnis dessen ist unter anderem der neue patentierte ECO-B-Zyklus und das „Air detection System“. Ersterer erlaubt die Verminderung der Laufzeit, indem der Mikroprozessor voll ausgenutzt wird. Der Mikroprozessor kann die Höhe der Belastung messen und optimiert die Zeiten für die Trocknungsphasen, die nötig sind, um den korrekten Sicherheitskreislauf zu beenden. Das „Air detection System“ überprüft die Restluft in der Sterilisationskammer, die beim Eindringen von Dampf hinderlich ist. Man hat also absolute Kontrolle über den Sterilisationsprozess! Mit dem ECO-B, dem kürzesten echten „Klasse B-Zyklus“, der neuen Turbo-Vakuumpumpe und den programmierbaren Zyklusstartzeiten stellt Lisa einen neuen Rekord in Schnelligkeit und Wirtschaftlichkeit auf. Und wie schon beim Vorgängermodell legte W&H Sterilization neben Sicherheit und Technologie auch sehr großen Wert auf das Design der Lisa – der Autoklav wirkt wie ein Geräus aus einer fernen Zukunft. Lisa ist tatsächlich ein neues Technik- und Designwunder.

W&H Deutschland GmbH & Co.KG
Tel.: 0 86 82/89 67-0
wh.com

Hygienebroschüre:

Breites Produktspektrum

Das Risiko schwerer Infektionen nimmt sowohl für Patienten als auch für das Praxisteam stetig zu. Coltène/Whaledent ist seit Langem mit dem Markenbereich roeko auf Hygiene-produkte spezialisiert und unterstützt den Zahnarzt mit hochqualitativen Produkten dabei, effizient und effektiv Infektionsbarrieren zwischen den Behandlungsfeldern und der Mundhöhle zu setzen. Die einzelnen Artikel sorgen zuverlässig für einen effektiven Infektionsschutz. Das breite Produktspektrum bietet einen optimalen Anwender- und Patientenschutz, zum Beispiel mit Kofferdam, Kopfschutztaschen, Schlauchüberzügen, Patientenumhängen und Abdecktüchern sowie einen entsprechenden Behandlungsschutz mit Handschuhen und Mundschutz bis hin zur Ultraschallreinigung. Speziell hierzu wurde nun eine brandneue, umfassende Hygienebroschüre erstellt. Sie gibt einen detaillierten Überblick über alle Produktfelder und ist ab sofort erhältlich. Bestellung und Informationen können unter Tel. 0 73 45/8 05-0 und Fax 0 73 45/8 05-2 01 angefordert werden.



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

Ultraschall-Chirurgiesystem:

Handstück für drei Anwendungsgebiete

Das neue leistungsstarke Ultraschall-Chirurgiesystem mit Licht von NSK überzeugt in erster Linie durch seine hervorragende und exakte Schneidleistung. Das VarioSurg vereint in einem Handstück drei Anwendungsgebiete: Parodontologie, Endodontie und Chirurgie. Es unterstützt die Ultraschallkavitation von Kühlmittellösung, womit das Operationsfeld frei von Blut gehalten wird. Das erstklassige Lichthandstück sorgt mit leistungsstarken NSK Zellglasstäben für eine optimale und erweiterte Ausleuchtung des Behandlungsfeldes, während die Knochenresektion mit dem VarioSurg die Erhitzung des Gewebes verhindert. Dadurch wird die Gefahr einer Osteonekrose verringert und die Beschädigung des angrenzenden Zahnfleisches bei versehentlichem Kontakt vermieden. Dies erreicht das Gerät durch Ultraschallvibrationen, die ausschließlich ausgewählte, mineralisierte Hartgewebereiche schneiden. Während der Behandlung ist exaktes Bearbeiten schnell und stressfrei gewährleistet. Der Knochen wird mit der Ultraschalltechnik mechanisch bearbeitet und abgetragen, somit ist das Weichgewebe vor Verletzungen geschützt. Die neuartige Bürstfunktion erhöht die Schneidleistung der Aufsätze um 50 Prozent gegenüber vergleichbaren Geräten. Die Fußsteuerung ist benutzerfreundlich und erlaubt perfekte Kontrolle während komplizierten chirurgischen Eingriffen. Der ansprechend geformte Fußanlasser ist mit einem Bügel ausgestattet, der einfaches Anheben oder Bewegen ermöglicht. Zum VarioSurg ist außerdem eine Sterilisationskassette erhältlich, in der die VarioSurg-Originalteile sowie das Handstück und das Kabel sterilisiert werden können. Das VarioSurg

Komplettsset enthält neben dem Ultraschall-Gerät das Handstück mit Licht sowie die Fußsteuerung nach den IPX8-Standards für medizinische Fußsteuerungssysteme.



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

Knochenschnitte per Ultraschall:

Präzise und schonend

Mit dem Piezon Master Surgery von EMS steht die Methode Piezon nun auch der Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie zur Verfügung. Sie basiert auf piezokeramischen Ultraschallwellen, die hochfrequente, geradlinige Schwingungen vor und zurück erzeugen. Diese Vibrationen erhöhen die Präzision und Sicherheit bei chirurgischen Anwendungen. So ermöglicht der Ultraschallantrieb eine mikrometrische Schnittführung im Bereich von 60 bis 200 Mikrometern, bei der nur wenig Knochensubstanz verloren geht. Selektiv schneiden die Ultraschallinstrumente lediglich Hartgewebe; Weichgewebe bleibt geschont. Aus den hochfrequenten Vibrationen mit permanenter Kühlung resultiert zudem ein weitgehend blutarmes Operationsfeld, in dem thermische Nekrosen verhindert werden. Eingesetzt werden kann der Piezon Master Surgery in der Parodontal-, Oral- und Maxillachirurgie sowie in der Implantologie. Konkrete Indikationen sind die Osteotomie und Osteoplastik, Extraktion, Wurzelspitzenresektion, Zystektomie, Gewinnung von Knochenblöcken, Sinuslift, Nervtransposition, Kieferkammspaltung und Gewinnung von autologem Knochen. Angeboten wird der Piezon Master Surgery als Basis-System mit fünf Instrumenten für die Implantatvorbereitungen. Die Entwicklung der exklusiven „Swiss Instruments Surgery“ basiert auf Erfahrungen 25-jähriger kontinuierlicher Forschungsarbeit und deckt unterschiedlichste Applikationen.



EMS Electro Medical Systems-Vertriebs GmbH
Tel.: 0 89/42 71 61-0
www.ems-dent.de

Wurzelkanalfüllung:

Schnell, sauber und dauerhaft dicht

VDW hat den Wunsch zahlreicher Anwender aufgenommen und die beiden Einzelkomponenten für Downpack und Backfill zu einem professionellen Gerät zusammengefasst: BeeFill™2in1 zur dreidimensionalen Füllung von Wurzelkanälen mit der Continuous-Wave-Methode oder der bewährten Technik nach Herbert Schilder. Das moderne Gerät ist ergonomisch in der Anwendung und intuitiv zu bedienen. Temperatur und Fließgeschwindigkeit der Guttapercha sowie Temperatur der Plugger kann einfach und schnell, d.h. bei kurzer Reaktionszeit, individuell reguliert werden. Die mikromotorgesteuerte Guttapercha-Abgabe verhindert ein Nachlaufen. Schlanke Handstücke und extra lange, flexible Obturationskanülen erlauben klare Sicht auf den Wurzelkanaleingang. Der komplette Austausch verbrauchter Kartuschen macht den Kartuschenwechsel sauber und schnell. Eine Kartusche reicht für die Füllung von vier bis sechs Wurzelkanälen. Für das Downpack-Handstück wird außer einem Sortiment Plugger auch ein Pulpasensibilitätstester mitgeliefert.



VDW GmbH
Tel.: 0 89/6 27 34-0
www.vdw-dental.com

Zahnseidenhalter:

Einfaches und schonendes Fädeln

Der kleine Zahnseidenhalter von TePe ermöglicht insbesondere Personen, die mit normaler Zahnseide nicht zurechtkommen, einfaches,



bequemes und schonendes Fädeln. Die Zahnseide des Flossers ist dünn, ungewachst und gleitet leicht durch enge Kontaktpunkte. Die Oberseite des Flossers ist als Beißfläche geformt, damit die Seide mithilfe des gegenüberliegenden Kiefers vorsichtig in den Interdentalraum eingeführt werden kann, ohne das Zahnfleisch zu verletzen. Mit den Händen ist das Einführen durch den Kontaktpunkt, wie bei der Zahnseide, unkontrollierter und kann häufiger zur Verletzung der Papille führen. Sogar die Zwischenraumreinigung der schwer zugänglichen Molaren ist durch einen leichten Druck auf die Beißfläche des Flossers einfach und sicher. Der Griff ist so konzipiert, dass die Handhabung durch mehrere Greifmöglichkeiten vereinfacht wird. Der TePe Mini Flosser™ ist klein und handlich und somit auch optimal für unterwegs geeignet. Die reißfeste und im Halter fest eingeschweißte Seide lässt sich durch lauwarmes Wasser leicht abspülen und mehrfach verwenden. Der Mini Flosser ist in einer wiederverschließbaren Kunststoffverpackung mit 24 Einzelstücken inklusive einem praktischen Plastik-etui erhältlich. Die Zahnarztpraxen haben zudem auch die Möglichkeit, eine Packung mit 150 einzeln verpackten TePe Mini Flosser™ zu beziehen. Diese können dem Patienten nach der Behandlung zum Ausprobieren und als kleine Aufmerksamkeit der Praxis mitgegeben werden.

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

Kofferdam-Produkte:

Marktführerschaft übernommen

Das Dentalunternehmen Ivoclar Vivadent hat nach den Bereichen Composites und Adhäsiven nun auch bei Kofferdam-Produkten die Marktführerschaft in Deutschland übernommen. Dies belegte eine Umfrage der GfK Gruppe, Healthcare, im kürzlich veröffentlichten Jahresbericht 2006. Ivoclar Vivadent überholte mit seinen beiden Produkten OptraGate und OptraDam die beiden bisher führenden Kofferdam-Hersteller. Der OptraGate übernimmt Platz eins und konnte so-



mit in einem Jahr seine Marktanteile um 40 % steigern. Der OptraDam, der dreidimensionale Kofferdam, wurde im Frühjahr 2006 im deutschen Markt eingeführt und schaffte in weniger als einem Jahr den Sprung auf Platz drei. Ivoclar Vivadent konnte den Umsatz pro Kunden im Bereich Kofferdam von 2005 auf 2006 um das Doppelte steigern.

Der latexfreie OptraGate ist ein flexibles Zugangshilfsmittel. Es erleichtert den Zugang zum Mundraum und ermöglicht ungestörtes Arbeiten. Der OptraGate hält die Lippen, die Umschlagfalte und beide Wangen bis zu den Molaren weiträumig zirkulär ab. Es entsteht vestibulär eine relative Trockenlegung. Der OptraDam liegt durch seine dreidimensionale, anatomische Form absolut spannungsfrei im Mundraum und ist zudem in alle drei Dimensionen flexibel. Im Gegensatz zu herkömmlichem Kofferdam können bei Bedarf mit einer einzigen Applikation alle vier Quadranten gleichzeitig komplett trockengelegt werden, was in einer wesentlich besseren Zugängigkeit resultiert. Der flexible OptraDam hält zusätzlich automatisch die Lippen und Wangen bis zu den hinteren Molaren sanft zirkulär ab.

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

Mundspülung:

Antibakterielle Lösung senkt Infektionsrisiko

Nur elf Prozent der Zahnärzte lassen ihre Patienten bisher vor jeder Behandlung mit einer antibakteriellen Lösung spülen. Das ergab eine von Chlorhexamed® veranlasste aktuelle Umfrage unter Zahnärzten. Die im vergangenen Jahr erschienene Empfehlung des Robert Koch-Instituts „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde“ misst der oralen Antisepsis hingegen einen hohen Stellenwert bei: „Durch Zahnreinigung und Schleimhautantiseptik



wird eine erhebliche Reduktion der mikrobiellen Flora im Speichel und auf der Schleimhaut erreicht. Dadurch wird auch die Konzentration von Krankheitserregern im Aerosol vermindert.“ – „Eine Chlorhexidin-Mundspül-Lösung wie etwa Chlorhexamed® Forte 0,2 % kann die bakterielle Belastung des Aerosols unmittelbar um bis zu 97 Prozent verringern“, erläutert Dr. Thomas Nahde aus der medizinisch-wissenschaftlichen Abteilung bei GlaxoSmithKline Consumer Healthcare in Bühl. Die Umsetzung der neuen RKI-Richtlinie bedeute deshalb konkret, möglichst jeden Patienten vor jedem Eingriff mit einer antibakteriellen Lösung spülen zu lassen, um das Infektionsrisiko sowohl für den Patienten wie auch für den Arzt zu minimieren. „Darüber hinaus halten wir die konsequente Anwendung dieser Hygienemaßnahme nicht für eine lästige Pflicht, sondern für ein ausgezeichnetes Instrument der Patientenbindung für den Zahnarzt und der Abgrenzung der Zahnarztpraxis im Wettbewerb“, betont Dr. Thomas Nahde. Informationen und Anregungen hierzu erhalten interessierte Zahnärzte unter www.chlorhexamed.de

GlaxoSmithKline Consumer Healthcare GmbH & Co. KG
Tel.: 0 72 23/76 0
www.gsk-consumer.de

Universal-Silan:

Ideale Haftkraft an allen Keramikarten

Der Hochleistungszement PANAVIA F2.0 war aufgrund seines speziellen MDP Monomers bereits seit Langem bekannt für eine gute Haftkraft zu Keramiken sowie Zirkonoxid. Eine 5-fach stärkere Konzentration dieses speziellen Haftmonomers findet sich nun im CLEARFIL CERAMIC PRIMER wieder. Es ermöglicht so die Erhöhung der Haftkraft zu herkömmlichen Feldspatkeramiken, aber auch zu modernen Presskeramiken, Aluminaoxid und sogar Zirkonoxid. Das praktische Universal-silan muss nicht mehr angemischt werden und ermöglicht einen sicheren, dauerhaften Verbund zwischen allen Keramiken und modernen Adhäsivsystemen. Die besten Haftwerte wurden in Verbindung mit Bondingsystemen wie Clearfil SE BOND bzw. den Kunststoffzementen PANAVIA F 2.0 oder CLEARFIL ESTHETIC CEMENT nachgewiesen. Als Vorbehandlung der Oberflächen empfiehlt sich das Abstrahlen mit 40 µm Aluminiumoxid. Bei Feldspatkeramiken genügt die Reinigung durch einen kurzen Auftrag von 40%iger Phosphorsäure. Die Herstellung eines sichtbaren Ätzmusters durch Flussssäure ist aufgrund des guten adhäsiven Haftverbundes nicht mehr nötig.



Kuraray Europe GmbH
Tel.: 0 69/3 05-3 58 34
www.kuraray-dental.de

Eine neue Generation von Befestigungskompositen

| Dr. David Winker

Die Auswahl des richtigen Materials für die Befestigung indirekter Restaurationen ist bei der Vielzahl der auf dem Markt befindlichen Dentaladhäsive komplizierter geworden. Jedes Material besitzt seine eigene Chemie und Verarbeitungsweise, wodurch es für den Zahnarzt schwierig wird, zu wissen, ob er diese hohen Haftfestigkeiten wirklich erhält, die Werbeanzeigen und In-vitro-Testungen versprechen.

Als Befürworter des „KISS-Prinzips“ (Keep it simple stupid/sometimes!, auf Deutsch etwa: Es muss einfach und idiotensicher sein/manchmal!) ist für mich die Einführung eines selbsthaftenden Befestigungskomposits die Lösung für dieses komplexe klinische Problem.

Als Weiterentwicklung und Verbesserung der früheren dualhärtenden Glasionomer-/Kunstharzemente ist Maxcem™ der Firma Kerr ein echter Kompositzement mit selbsthaftenden Eigenschaften, und die typische hydrophobe Beschaffenheit von Kunstharzen macht diesen Zement vermutlich weniger löslich im Mundmilieu.

Maxcem™ ist außerdem ziemlich viskös, mit einer recht langen Verarbeitungszeit. Dadurch kann die Restauration langsam und durch Ausübung eines konstanten und behutsamen Drucks vollständig eingesetzt werden, wobei Zementüberschüsse einfach entfernt werden können. Die hohe Viskosität von Maxcem™ verhindert auch ein übermäßiges Wegfließen des Zements aus dem Randspaltbereich. Die veröffentlichten Haftfestigkeiten sind nicht so hoch wie die, die wir mit separaten Adhäsiv- und Kompositssystemen erreichen können, aber sie sind höher als bei konventionel-

len Glasionomerzementen oder Kunstharzen. Klinisch hat Maxcem™ im vergangenen Jahr funktioniert wie erwartet, ohne Auswaschungen, Hypersensibilität oder Haftungsverlust. Max-

cem™ hat ein ansonsten klinisch kompliziertes Verfahren definitiv vereinfacht, und ich bin aufgrund meiner ersten Ergebnisse sehr optimistisch in Bezug auf das Material.



Abb. 1: Präparation für belleGlass™ NG



Abb. 2: belleGlass™ NG Krone.



Abb. 3: Zwei Sekunden Lichtpolymerisation, um einen Gelzustand zu erreichen.



Abb. 4: Gelzustand.



Abb. 5: Entfernung von überschüssigem Gel.



Abb. 6: Endgültiges Zementieren.

der autor

Dr. David Winker
Windsor Centre for Advanced Dentistry
SL4 3BA Windsor Berks
United Kingdom
E-Mail: david@advanceddentistry.co.uk

Digitale Dentalfotografie zur Falldokumentation

| Dr. Thomas Sorg

Mit einer digitalen Kompaktkamera und der passenden LED-Beleuchtung der Firma RAMEZANI Kamerasysteme, Nürnberg, gelingen Dentalaufnahmen in höchster Qualität. Insbesondere seit der Einführung der neuesten und einzigartigen, kameraunabhängigen Beleuchtungseinheit SARA-LED-LATeralLight zur IDS2007 kann jede Kamera mit dem „richtigen“ Licht ausgestattet werden und ästhetische, anspruchsvoll beleuchtete Dentalaufnahmen liefern.



Abb. 1

Mit meinem Erfahrungsbericht will ich interessierten Kolleginnen und Kollegen eine Entscheidungshilfe geben, die sich zwar eine digitale, qualitativ hochwertige Fotodokumentation wünschen, aber nicht unbedingt Tausende von Euro in eine schwere und unhandliche Kameraausrüstung investieren möchten. Seit gut zehn Jahren fotografiere ich in meiner Zahnarztpraxis routinemäßig mit einer Intraoralkamera, welche täglich im Einsatz steht. Das Einsatzgebiet umfasst Patienten-Aufklärung/Information, forensische Dokumentation (vor allem im chirurgischen und rekonstruktiven Bereich), Aufbau einer „Fall-Bibliothek“ und Dokumentationen für meine Homepage. Die Qualität der Aufnahmen erachtete ich lange als genügend. Mit der Zeit wuchsen aber die Ansprüche und vor allem bei intraoperativen, „blutigen“

Bildern war das Ergebnis ungenügend bis schlecht!

Über Internetrecherche gelangte ich vor gut fünf Jahren auf die Internetseiten der Firma RAMEZANI (www.dentalfotografie.info). Dort überzeugte mich sogleich ein handliches Dentalkamerapaket, bestehend aus einer kompakten Nikon Coolpix Kamera sowie LED-Ringlicht. Es erfüllte auch alle meine Anforderungskriterien, insbesondere die Handlichkeit und einfache Handhabung. Die Kamera wird vorkonfiguriert geliefert und sämtliche Kameraeinstellungen, welche für die Dentalfotografie benötigt werden, ebenfalls mitgeliefert. Mit Rat und Tat stand mir Herr Ramezani auch nach dem Verkauf zur Seite und gab mir diverse praktische Tipps, um meinen Einstieg in die digitale Dentalfotografie zu erleichtern.

Vorteil der Digitalfotografie

Von der konventionellen dentalen Fotografie aus meiner früheren Uni-Tätigkeit war ich gewohnt, sehr nahe ans Objekt zu gehen, da keine Spiegel oder Abhalteinstrumente im Bild sichtbar sein durften! Was im Display sichtbar war, erschien auch genauso im entwickelten Bild.

Hier erfolgt das große Umdenken für die Digitalfotografie: Die Aufnahme wird mit etwas größerem Abstand ge-

macht und durch das Heranzoomen und das nachträgliche Bearbeiten am PC korrigiert. Es ist viel einfacher, scharfe Aufnahmen zu machen, wenn ein etwas größerer Objektabstand gewählt wird. Wegen der dauerhaften Beleuchtung durch die LED-Lichter werden die Fokussierung und die Ausschnittbestimmung wesentlich erleichtert. Durch das Auswählen der Speichergröße wird festgelegt, ob das Bild später „nur“ via E-Mail an den



Abb. 2

kontakt

RAMEZANI
Kamerasysteme GmbH
 Weltenburger Str. 83
 90453 Nürnberg
 Tel.: 09 11/6 32 95-91
 Fax: 09 11/6 32 95-92
 E-Mail: ramez@t-online.de
www.dentalfotografie.info

Techniker versendet werden soll, ob es im Internet platziert oder ob eine platzintensive Archivierung angestrebt wird.

Sinnvolle Produktinnovationen, wie der Umstieg/Austausch auf das neue SARA-LED-Ringlichtsystem nahm ich gerne in Anspruch – auch ein späterer Kamerawechsel zu einer aktuelleren Kamera stellte kein Problem dar und wurde sehr flexibel von der Firma gehandhabt. Auf der IDS 2007 in Köln wartete Herr Ramezani erneut mit einer Neuheit auf: dem SARA-LED-LATerallight und -Studiolight! Zwei LED-Flächenleuchten mit jeweils 66 superhellen LED leuchten den Mundbereich von zwei Seiten homogen aus. Durch das seitliche Anstrahlen der Zähne werden Reflexe minimiert. Das LATerallight kann auch mit milchigem Glas abgedeckt werden, sodass ein extrem sanftes Licht zur Verfügung steht, was perfekte und reflexionsfreie Aufnahmen ermöglicht.

Dieses neue System ist in zwei Varianten erhältlich. Es kann über eine Schnellkupplung direkt unter der Kamera am Stativgewinde befestigt werden oder auch unabhängig vom ganzen System direkt vom Patienten gehalten werden.

Diese zweite Variante, das StudioLight, ist ein absolutes Novum und garantiert, dass das Kamerasystem immer noch leicht und handlich bleibt. Das SARA-LED-LATerallight kann ausnahmslos an jede Kamera angeschlossen werden; ein Stativgewinde hat jede Kamera, egal ob kleine Pocketkamera oder große Spiegelreflexkamera. Deshalb ist es absolut kameraunabhängig und sehr vielseitig. Das SARA-LED-LATerallight kann alleine oder in Kombination mit einem Ringlicht verwendet werden. Die massiv gesteigerte Ausleuchtung durch das LATerallight (132 superhelle LED!) hat natürlich zur Folge, dass die Blende weiter geschlossen werden kann und es noch leichter ist, gute und scharfe Aufnahmen herzustellen.

Die Abbildungen 3 bis 6 zeigen die Fotodokumentation eines Behandlungsablaufes bei einer Implantatoperation mit Knochenaufbau lokal und provisorischer Versorgung.



Abb. 3

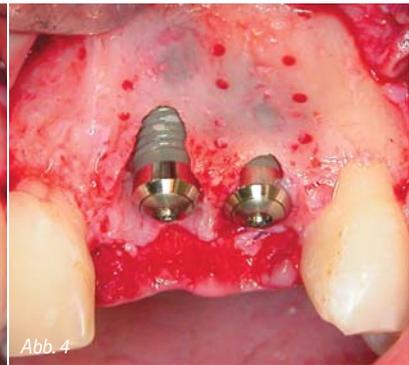


Abb. 4



Abb. 5



Abb. 6

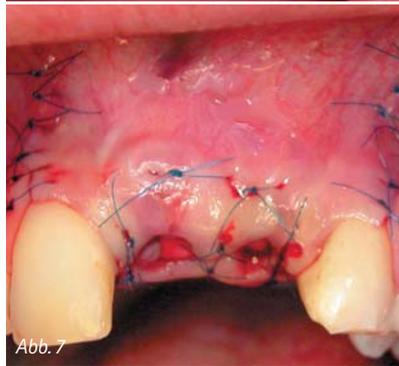


Abb. 7



Abb. 8



Abb. 9

Abb. 1: Das SARA-LED-LATerallight kombiniert mit Ringlicht. Abb. 2: Das SARA-LED-StudioLight wird direkt am Patienten gehalten und nicht an der Kamera. Abb. 3: Falldokumentation: Nach der Aufklappung ist der bukkale Knochendefekt deutlich sichtbar. Abb. 4: Die Implantate in situ, der fehlende Knochen soll aufgebaut werden. Abb. 5: Defektfüllung mit Bio-Oss. Abb. 6: Abdeckung mit Bio-Gide Membran. Abb. 7: Nahtverschluss mit 6.0 Näden. Abb. 8: Klebebrücken Provisorium extraoral. Abb. 9: Das eingestellte Provisorium.

Fazit

Die von der Firma RAMEZANI angebotenen Dentalkamerapakete sind extrem einfach in der Handhabung, dass jede auch ungeübte Person nach wenigen Minuten die Dental fotografie in der Praxis übernehmen kann. Erst wenn die Dental fotografie delegierbar wird und auch von einer Assistentin durchgeführt werden kann

(zum Beispiel intraoperativ!), kann sie sinnvoll im Praxisablauf integriert werden.

In diesem Sinne ausgestattet macht die Digitalfotografie im Dentalbereich wirklich Spaß und kann in jeder Praxis ohne massiven zeitlichen Mehraufwand auch angewendet werden, weil das System kompakt und jederzeit einsatzbereit ist!

kurz im fokus

Nobel Biocare ohne Canepa

Heliane Canepa gibt die Führung von Nobel Biocare ab und wird per 1. September von Verwaltungsrat Domenico Scala, dem ehemaligen Finanzchef des Agrochemiekonzerns Syngenta, abgelöst. Canepa wird in einer Mitteilung von Nobel Biocare mit der Aussage zitiert, sie sei froh, das Unternehmen in einer starken Verfassung ihrem Nachfolger übergeben zu können. Nobel Biocare wird unter dem neuen Konzernchef Domenico Scala keinen grundlegenden strategischen Richtungswechsel vollziehen. „Scala wird sicher eigene Akzente setzen, eine strategische 180-Grad-Wendung wird es aber nicht geben“, sagte Verwaltungsratspräsident Rolf Soiron während einer Telefonkonferenz.

Das Unternehmen habe mit der Ankündigung auf die Marktgerüchte reagiert und deshalb mit der Bekanntgabe des CEO-Wechsels nicht bis zur Publikation der Halbjahreszahlen am 9. August warten wollen. Das Unternehmen stellt für das Semester erneut ein über dem Markt liegendes Umsatzwachstum in Aussicht. Prognosen für das Gesamtjahr wollte Nobel Biocare nicht machen.

DENTSPLY Friadent kooperiert mit Uni

Nach der wissenschaftlichen Kooperation mit der schwedischen Universität Göteborg gibt DENTSPLY Friadent eine weitere Kooperation mit einer Universität bekannt: Unter dem Namen „Materialise Dental and DENTSPLY Friadent Chair for Implant Supported Oral Rehabilitation“ hat die Katholische Universität Leuven (KU Leuven), Niederlande, in Kooperation mit DENTSPLY Friadent und Materialise Dental Ende Mai einen neuen Lehrstuhl gegründet. DENTSPLY Friadent, einer der weltweit führenden Implantathersteller, und die Firma Materialise Dental, Spezialist für computergestützte Planungssoftware für Implantate, haben mit der Kooperation die Weichen für maßgebliche Weiterentwicklungen auf diesem Gebiet gestellt und werden ihr gebündeltes Know-how so noch besser in die weitere Entwicklung der Implantologie einfließen lassen können. Zukünftig soll dieses Wissen auch in anderen Teilgebieten der Zahnheilkunde angewendet werden.

Multident feiert 60-jährigen Geburtstag:

Besondere Geschenke für die Kunden

Im Jahr 1947 begann mit der Gründung der Heise Dental-Filiale in Hannover eine der Erfolgsgeschichten im deutschen Dentalmarkt: Heute, im Jahr 2007, kann die Multident-Gruppe auf stolze 60 Jahre Tradition als Depot-Fachhandel für Praxen und Labore in Deutschland zurückblicken. Die Älteren unter den Kunden werden sich noch an die Zeiten von Hansen, Heise, Hammer erinnern – und wie die Multident entstand. Nach den Boom-Jahren der Nachwendzeit ging das Unternehmen durch eine Phase des Umbruchs. Heute gehört die Multident-Gruppe mit mittlerweile zehn Standorten unter der Geschäftsführung von Ralf R. Kleyer zur belgischen Arseus-Gruppe. Die Konstante über all die Jahre: die Mitarbeiter – und ihre Bindung zu den Kunden, geprägt von Vertrauen, Verlässlichkeit, Sicherheit. Eckpfeiler eines Leistungsversprechens, das Multident zum präferierten Partner vieler Zahnärzte und Zahntechniker gemacht hat. Dahinter steht ein komplettes Programm an Beratung, Information, Schulung, Service und natürlich ein umfassendes Produktportfolio. Als



Mitglied der Dental Union mit vollem Zugriff auf die Leistungsfähigkeit dieses größten europäischen Dental-Logistik-Verbundes, was für jeden Multident-Kunden Garant umfassender Lieferfähigkeit, großer Auswahl und attraktiver Preise

ist. Stichwort „Attraktive Preise“: Normalerweise macht man Jubilaren ja Geschenke, besonders zum 60. Geburtstag. Die „Geburtskinder“ bei Multident haben sich allerdings etwas Besseres überlegt – und machen aus Anlass des 60. Jubiläums ihren Kunden Geschenk. Unter dem Motto: „60 Jahre

Multident – Geschenke für Sie!“ bieten alle Multident Niederlassungen in diesem Herbst besonders attraktive Angebote. Ein umfangreicher Angebotsprospekt fasst zusammen, was an Materialien, Einrichtungen, Behandlungseinheiten, Instrumenten und Geräten für wenige Wochen zu echten Geburtstags-Konditionen erhältlich ist.

Multident Dental GmbH

Tel.: 05 11/5 30 05-0

www.multident.de

Neue Führungsspitze bei LOSER & CO:

Kompetenz und Qualität weiter im Fokus

Der Leverkusener Dentalvertrieb LOSER & CO ist nach dem Tod des Geschäftsführers Gerd Loser neu formiert. Joachim Siegler obliegt nun die Geschäftsführung. Bettina Loser hat die Leitung der Bereiche Marketing und Vertrieb übernommen. Für das Unternehmensziel, als Lieferant innovativer Techniken weiter zu wachsen, werden sie die erfolgreiche Philosophie des Firmengründers fortführen. Zu dieser gehört neben dem Angebot von hochwertigen „Produkten mit Idee“ für Zahnarzt und Zahntechniker insbesondere die Beratung mit höchster Kompetenz durch den qualifizierten Außendienst und die Mitarbeiter am Telefon. Auch die sehr gute Zusammenarbeit mit dem Dentalfachhandel wird weiter ausgebaut. Joachim Siegler ist seit elf Jahren bei LOSER & CO tätig. Während dieser Zeit hat er fundierte internationale Marktkenntnisse und umfassende Erfahrungen in der Restrukturierung des Unternehmens erworben. Bettina Loser ist seit 14 Jahren aktiv im Unternehmen tätig. Ihre umfangreichen Erfahrungen und ihren fachlichen Hintergrund



Bettina Loser und Joachim Siegler.

aus dem Dentalbereich wird sie im Marketing und Vertrieb weiter umsetzen. Das LOSER-Team wird auch dieses Jahr wieder kompetenter Ansprechpartner auf allen Fachdentals sein. Mit American Eagle wird dann ein weiterer Hersteller von Premiumprodukten am Messestand vertreten sein. Ab Juli übernimmt das Leverkusener Unternehmen den Vertrieb für die innovativen Instrumente des amerikanischen Herstellers.

LOSER & CO GmbH

Tel.: 0 21 71/70 66 70

E-Mail: info@loser.de

Sommerfest bei dental bauer Meerbusch:

Zu Besuch bei Freunden

Das diesjährige Sommerfest der dental bauer Niederlassung Meerbusch fand am 15. Juni im wunderschönen Ambiente einer umgebauten Scheune auf einem traditionellen Obstgut statt. Dabei feierten bei hochsommerlichem Wetter über 200 Gäste



Sommerfest bei dental bauer Meerbusch.

aus der Region größtenteils unter freiem Himmel. Warum beim Feiern nicht auch mal gute Landluft schnuppern? So sagten sich

die Gäste und das gesamte Team aus Meerbusch. Und weil es so schön war, schnupperten Sie bis in die frühen Morgenstunden. Kundennähe, direkte Ansprechpartner, gute persönliche Beziehungen gehören zu den herausragenden Grundsätzen von dental bauer, so Thomas Kirches, Niederlassungsleiter dental bauer Meerbusch. In Kombination mit fachlich geschulten Mitarbeitern und Spezialisten für neue Technologien stellt dies zum einen den basalen Baustein für vertrauensvolle, erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen dental bauer und seinen Kunden dar und begründet den seit vielen Jahren stetigen Erfolg des inzwischen größten, familiengeführten Dentalfachhandels in Deutschland. Ein Highlight des Abends war die Versteigerung eines hochmodernen CEREC-Komplettpaketes. Dies sorgte unter den Gästen für einen absoluten Nervenkitzel. Nach einer spannenden Versteigerung war die Freude beim glücklichen Ersteigerer sehr groß. Zu spä-



ter Stunde stand fest, wer sich über ein pfiffiges „Mitbringsel“ für seine Praxis freuen durfte. Viel Spaß, kulinarische Köstlichkeiten, eine Weinverkostung sowie anregende fachliche und private Gespräche waren Garantien für eine ausgelassene und harmonische Stimmung. Bei Musik von Rock bis Pop wurde kräftig das Tanzbein geschwungen. Die Begeisterung über dieses Event sorgte bei vielen Gästen dafür, dass sie bereits bei der Verabschiedung nach der nächsten Auflage dieses Festes fragten. Letztendlich waren sich alle einig: Spätestens im Juni 2008 heißt es wieder: „Sommerfest bei dental bauer Meerbusch“.

dental bauer GmbH & Co. KG
Tel.: 0 21 59/69 49-0
www.dentalbauer.de

NWD Summer Sale 2007:

Das Mekka der Dentalfamilie

Der NWD Summer Sale 2007 hat sich in den letzten Jahren zu einer mittlerweile traditionellen Veranstaltung in der Dentalwelt entwickelt. Denn die in der Branche einmalige Aktion findet jedes Jahr mehr Zuspruch und ist nicht nur für Zahnärzte und -techniker, sondern auch für die zahlreichen anderen Gäste von NordwestDental ein echtes Erlebnis. Münster ist während dieser zwei Tage im Frühsommer ein wahres Mekka für alle, die die Gelegenheit nutzen möchten, sich in Ruhe einen Überblick über die neuesten Produkte zu verschaffen und kompetent beraten zu lassen. Auch in diesem Jahr wurde der Einkaufsevent dank des Engagements der über 100 ausstellenden Industrie- und Handelspartner sowie der NWD-Mitarbeiter ein voller Erfolg. Am 1. und 2. Juni 2007 präsentierten über 100 namhafte Hersteller zahnmedizinischer Produkte den rund 1.500 Besuchern ihre Produkt-Highlights. Auffallend war die gute Stimmung bei den Anwesenden. Denn ohne das Gedränge auf großen Messen hatte hier jeder Aussteller Zeit, auf die Fragen der interessierten Zahnmediziner einzugehen. Diese konnten, wie jedes Jahr, güns-

tig einkaufen, denn unter dem Motto „20 Prozent auf alles“ wurden alle Produkte zu Messpreisen angeboten.

Bei den Kleinen sorgten verschiedene attrak-



NWD Summer Sale – ein voller Erfolg.

tive Kinderbetreuungsangebote für willkommene Abwechslung. Daneben bot ein umfangreiches und interessantes Rahmenprogramm unter anderem hochkarätige Fachvorträge zum Vertragsrechts-Änderungsgesetz, zum Zielmarketing für neue Patienten sowie zu den Themen Bone Management und Kinder-

zahnarztpraxis heute. Ein Vollkeramik-Forum, verschiedene Workshops sowie die Reihe „Kunst in der Praxis“ mit Bildern und Skulpturen rundeten das dentale Angebot und den Erlebniseinkauf perfekt ab. Zudem waren schnittige Cabrios auf dem Firmengelände zu bewundern und luden zu Probefahrten ein. Wie in den Jahren zuvor, wurde auch für das leibliche Wohl in höchster Qualität gesorgt. Das Spezialitätenbuffet und die Weinverkostung fanden besonders hohen Zuspruch. Die allgemein sehr gute Stimmung wurde durch das sommerliche Wetter noch unterstrichen und bei schönstem Sonnenschein wurde die Veranstaltung ihrem Namen durchaus gerecht. Der NWD Summer Sale hat sich zu dem Treffpunkt der Dentalfamilie entwickelt. Im Erfolg der Veranstaltung und dem großen Zulauf spiegeln sich die positiven Beziehungen zwischen Hersteller, Depot und Zahnarzt wider. Die Gastlichkeit der Veranstaltung lud nicht nur zum fachlich-kollegialen, sondern auch zum persönlichen Meinungs- und Gedankenaustausch ein. Und nicht wenige Gäste freuten sich bereits auf den NWD Summer Sale im übernächsten Jahr (2009).

NWD Gruppe
Tel.: 02 51/76 07-0
www.nwd-gruppe.de

Integrierte Versorgung bietet Zahnärzten neue Perspektiven

| Redaktion

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz hat der Gesetzgeber Anfang 2004 die Integrierte Versorgung (IV) grundlegend neu geregelt. Dadurch entstand die Möglichkeit, Versorgungsverträge mit den gesetzlichen Krankenkassen ohne den Umweg über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und dadurch außerhalb der kollektivvertraglichen Strukturen zu vereinbaren.

Aktuelle Kassenverträge im Vergleich

	AOK Bayern Die Gesundheitskasse	Techniker Krankenkasse (TK)	Normale Kassenversorgung
Vertrag	Claridentis	Sondervertrag zur Parodontitis-Prävention	-
Anbieter	DENT-IV (www.claridentis.de)	MacDent (www.macdent.de)	KZV (www.kzbv.de)
Eintrittsgebühr für Praxis	Keine	EUR 17.000,--	Keine
Kontinuierliches Qualitätsmanagement	Ja	Ja	Nein
Längere Gewährleistung	Ja	Ja	Nein
Extra Zuschuss der Kasse bei Prophylaxeleistungen	Ja	Ja	Nein
Extra Zuschuss der Kasse bei Composit-Füllungen	Ja	Nein	Nein
Extra Zuschuss der Kasse bei Wurzelfüllungen	Ja	Nein	Nein
Komplette Kostenübernahme der Kasse bei Prophylaxe für Schwangere	Ja	Nein	Nein
Spezielle Angebote bei Essstörungen, Kaufunktionsstörungen u.a.	Ja	Nein	Nein
Budgetdruck auf Praxis	Nein	Teilweise	Ja

Tabelle 1

Für ein funktionierendes IV-System mit verschiedenen Behandlungsangeboten und Behandlungswegen besonders in ihrer

fachübergreifenden Form, bedarf es definierter und transparenter Strukturen. Die DENT-IV GmbH steht als unabhängige Managementgesellschaft mit ihrem Know-how und einem Team von Spezialisten den Partnerpraxen als kompetenter und starker Partner zur Seite. Dabei bleibt der einzelne Zahnarzt in seiner Individualität und Eigenverantwortlichkeit für seine Praxis unangetastet. Er ist im Rahmen der Integrierten Versorgung in eine starke Gemeinschaft eingebunden. Diese umfangreiche Unterstützung reicht von organisatorischen und verwaltungstechnischen Aufgaben, über juristische und EDV-spezifische Lösungen bis hin zur Vernetzung mit den Partnerpraxen und Partnerkassen-

häusern zur optimalen Gesamtbetreuung der Patienten.

Das Programm im Überblick

„Claridentis“ ist der Name des ersten Programms in der Bundesrepublik, in dem Zahnärzte gemeinsam mit anderen Heilberuflern den Krankenkassen eine Integrierte Versorgung im Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und der MKG-Chirurgie anbieten. Als erste Krankenkasse konnte die AOK Bayern als Vertragspartner gewonnen werden, weshalb vorerst nur Zahnärzte in Bayern von dieser neuen Versorgungsform profitieren können (Tabelle 1 und 2).

Bei „Claridentis“ sind die Zahnärzte in den Mittelpunkt des vernetzten Behandlungsgeschehens gerückt. Als Beispiele der realisierten Kooperationen seien die Schwangerenprophylaxe, ergänzt durch Mundgesundheits- und Ernährungsaufklärung in Zusammenarbeit mit Gynäkologen, die anschließende Vernetzung mit Kinderärzten zur besseren Früherkennung von Karies im Kleinkindalter, die umfassendere und zielführende Betreuung von Patienten mit Kaufunktionsstörungen in Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten, die vernetzte Betreuung und Behandlung essgestörter Patientinnen, aber auch die verbesserte zahnmedizinische Betreuung pflegebedürftiger Menschen genannt.

Qualitätsgesicherte Behandlung

Das Qualitätsmanagement, das „Claridentis“ für die Partnerzahnärzte or-

kontakt

DENT-IV GmbH
Luise-Ullrich-Str. 2
82031 Grünwald
Tel.: 0 89/39 29 80 12-0
Fax: 0 89/39 29 80 12-90

Servicecenter für Patienten:
0 10 85/1 05 95 95 (14 ct/min)
Servicecenter für Zahnärzte:
0 10 85/1 05 95 94 (14 ct/min)

E-Mail: office@dent-iv.de
www.claridentis.de

ganisiert, ist zusammen mit praktizierenden Zahnärzten für praktizierende Zahnärzte entwickelt worden und berücksichtigt so die Individualität und die Professionalität des Partnerzahnarztes. Regelmäßige, in jeder Praxis durchgeführte anonyme Patientenbefragungen, zentral und anonym ausgewertet durch das Claridentis Institut für Qualitätssicherung in der Zahnmedizin e.V., schaffen einfache und strikt problemorientierte Steuerungsinstrumente für den Fall gehäuft auftretender Patientenkritik in einzelnen Versorgungsbereichen. Eine verlängerte Gewährleistung für konservierende und prothetische Versorgungen (bis maximal sechs Jahre) unterstreicht den hohen Anspruch von Claridentis und schafft Patientenvertrauen (Tabelle 3).

Zusatzhonorare für Zahnärzte

Der Partnerzahnarzt profitiert durch das Claridentis-Qualitätskonzept von einer Reihe unmittelbarer, auch finanzieller Vorteile. Dabei dient die Marke „Claridentis“ als ein Qualitätssiegel. Für jeden Patienten erhält der Partnerzahnarzt eine jährliche Qualitätspauschale. Zusätzlich zahlt die AOK für kautragende Kompositfüllungen der Seitenzähne, Wurzelbehandlungen und Prophylaxeleistungen bei Schwangeren ein Zusatzhonorar. Alle Zahlungen für Claridentis-Patienten unterliegen weder dem KZV-Budget noch der Degression. Sobald ein Patient nach dem Claridentis-Modell behandelt wird, rechnet der Arzt direkt über die DENT-iV ab. Hierfür erhebt DENT-iV lediglich eine Managementgebühr in gleicher Höhe wie die KZV. Nicht nur die Zusatzhonorare und die positive Außenwirkung einer Praxis durch das konsequente Qualitätsmanagement und Qualitätssiegel verhilft der Praxis zu einer herausgehobenen Position, sondern auch umfangreiche Maßnahmen der Managementgesellschaft bis hin zum professionellen Marketing für die Marke „Claridentis“. Hervorzuheben ist auch die papierlose Abrechnung sämtlicher Behandlungen mit den Krankenkassen einschließlich der Beantragung und Abrechnung aller Heil- und Kostenpläne durch DENT-iV.

Claridentis-Zahnvorsorge als exklusives Angebot für AOK-Versicherte

	Kosten für den Patienten	
	Normaler Kassenstandard	Claridentis „Zahnbehandlung 1. Klasse“
Claridentis Zahnvorsorge - Zahnsteinentfernung - Entfernung weicher Beläge - subgingivale Konkremententf. - Politur	EUR 50,- bis 110,-	max. EUR 25,-
Claridentis Zahnvorsorge Extra Zusätzlich - Abstrahlen (z.B. Airlflow) - Versiegelung mit Fluoridkonzentrat	EUR 60,- bis 140,-	max. EUR 55,-

Tabelle 2

Längere Gewährleistung nur für AOK-Versicherte

	Gewährleistung		
	Normaler Kassenstandard	Claridentis „Zahnbehandlung 1. Klasse“	
Endodontie	-	5 Jahre	
Plastische Füllungen	einflächig	2 Jahre	6 Jahre
	mehrfächig	2 Jahre	5 Jahre
Kombinierter Zahnersatz	2 Jahre	5 Jahre	
Vollprothese	2 Jahre	3 Jahre	

Voraussetzung für die verlängerte Gewährleistung ist, dass der Patient mindestens zweimal jährlich zur Vorsorgeuntersuchung kommt und seine Zähne regelmäßig pflegt. Von der Gewährleistung ausgenommen sind Reparaturen, die auf ein Verschulden des Patienten zurückzuführen sind.

Tabelle 3

Damit wird ein wesentlicher Beitrag zum Bürokratieabbau in den Praxen geleistet.

Berufliche Selbstständigkeit

Jedem Praxisinhaber/in bietet das Claridentis-Konzept ausgezeichnete Entwicklungschancen ohne dass, wie bei Franchise-Unternehmen, bereits die Teilnahme teuer erkaufte werden muss. Bei „Claridentis“ schafft allein der Einsatz von zahnärztlichem Können und Gewissenhaftigkeit im Umgang mit den Patienten eine verbesserte Honorarsituation. Die technisch hochmodernen Strukturen von DENT-iV sind

zukunftweisend und machen die Umsetzung von Claridentis in der Zahnarztpraxis problemlos möglich. Die ständige Weiterentwicklung der „Integrierten Versorgung“ und die Teilnahme am Claridentis-Programm für Zahnärztinnen und Zahnärzte stellt eine neue Möglichkeit dar, die Zahnmedizin als integrativen Bestandteil der Humanmedizin glaubwürdig und dauerhaft zu etablieren und die Praxen durch die lebende Partnerschaft mit anderen Fachrichtungen, mit Krankenkassen und mit einer innovativen Managementgesellschaft zukunftssicherer zu machen.

kurz im fokus

Bodennebel

Viele geschlossene Fondsbeteiligungen profitieren erheblich davon, dass die Anleger im Wust der Unterlagen völlig den Überblick verlieren. Die blumigen Formulierungen helfen dabei, die tatsächliche Lage zu vernebeln. Neulich wäre ich bei Dr. R. sogar beinahe selber auf die formulierten Nebelkerzen eines renommierten Initiators hereingefallen: Beim alljährlichen „Vermögensstruktur- und Strategiegespräch“ schob mir Dr. R. einen Packen mit Berichtsschreiben zu seinem US-Immobilienfonds hin. „Was meinen Sie dazu, Herr Spang, ist das gut gelaufen?“ Doch ich hatte meine Lesebrille vergessen und konnte den obersten Brief nur überfliegen. Da war von einer Sonderausschüttung und einem dicken Scheck die Rede. Endlich mal ein geschlossener Fonds, der Geld abwirft. Sicherheits halber nahm ich dann aber doch den ganzen Ordner mit nach Hause und analysierte den bisherigen Verlauf der Beteiligung im Vergleich zu den im Prospekt versprochenen Werten. Obwohl die Beteiligung noch jung und der Ordner schmal war, brauchte ich als Profi mehr als drei Stunden, um mir Überblick und Klarheit zu verschaffen! Jede Wette, dass mehr als 80% aller Ärzte, die sich an geschlossenen Fonds beteiligt haben, nicht wissen, wie die Dinge wirklich gelaufen sind – außer sie sind so lausig gelaufen, dass es sich nicht mehr verheimlichen lässt. So auch hier. Die vermeintlich toll gelaufene Beteiligung war bereits leicht im Minus, weil sich der Dollar anders entwickelt hatte als vorgestellt. Richtig scharf fand ich dann aber doch die dicke Sonderausschüttung aufgrund von „Refinanzierungserlösen“. Hinter diesem tollen Begriff verbarg sich m.E. ein mieser Trick. Nach dem Auslaufen der Zinsfestschreibung einer Hypothek wurden schlicht und einfach ein paar Millionchen mehr Kredit aufgenommen und der „zu viel“ aufgenommene Betrag an die Anleger ausgeschüttet. Das ist so, als hätten Sie vor 5 Jahren ein Haus für 500 Tsd. Euro gekauft und davon 300 Tsd. Euro über die Bank finanziert. Nach Ablauf der Zinsbindung von 5 Jahren nehmen Sie heute einen Kredit von 400 Tsd. Euro auf, zahlen den alten mit 300 Tsd. Euro zurück und von den verbliebenen 100 Tsd. Euro kaufen Sie einen Aston Martin. Anschließend erzählen Sie Ihrem Ehepartner, Sie hätten dafür nur den „Refinanzierungsgewinn“ neu investiert.

Eine Korrektur war überfällig

Na endlich ist die Korrektur da. So langsam kam ich mir ja schon fast ein wenig deppert vor, weil ich schon seit einiger Zeit vor einem Rückgang der Börsen warne. Erinnern Sie sich noch an meine Warnungen aus der ZWP 10/2006? Schön, dass ich heute am 27. Juli, als die Korrektur voll im Gange ist, fast die gleichen Argumente in der F.A.Z. finde. Aber manche glauben es erst, wenn die Krise da ist. Fast bin ich geneigt, dass der gesunde Menschenverstand mal wieder über geballtes Fachwissen gesiegt hat. Ohne großes Börsenwissen klingelt es gleich auch bei Ihnen:

Ich will damit beileibe nicht behaupten, dass wir jetzt die gleiche Entwicklung wie von 2000 bis 2003 erhalten. Aber nach fast viereinhalb Jahren mit steilem Anstieg war eine Korrektur überfällig, auch wenn die Konjunktur brummt. Irgendeinen Grund gibt es immer, der die Korrektur auslöst, auch wenn scheinbar alle Ampeln auf grün stehen.

Was zeigen uns die großen Stars? Klaus Kaldemorgen, der Starfondsmanager der DWS, wird am 27. Juli von der F.A.Z. befragt: „... an den Finanzmärkten fallen die



Das ist die Entwicklung des DAX über vier Jahre und zwei Monate in der Zeit vom 01. April 2003 (nach dem tiefen Tiefpunkt) bis zum 30. Juni 2007: Wertzuwachs rd. 250 % (Abb. 1).

Der nächste Chart zeigt die Wertentwicklung in den vier Jahren und zwei Monaten Januar 1996 bis März 2000 vor seinem großen Absturz: Wertentwicklung rd. 250 % (Abb. 2).

Der 3. Chart zeigt die daran anschließende Wertentwicklung von April 2000 bis März 2003: Super (Abb. 3)!

Aktienkurse Tag für Tag, es herrscht Angst. Wie geht es weiter?“ und antwortet darauf: „Wenn Sie mich das vor drei Tagen gefragt hätten, wäre es einfacher gewesen. Da hätte ich gesagt: nach unten.“ Toll. Ich frage mich jetzt mit meinem gesunden Menschenverstand: Warum hat Herr Kaldemorgen dann in seinem berühmten DWS Vermögensbildungsfonds I vor drei Tagen keinerlei Kurssicherung vorgenommen und stattdessen den Fonds parallel zum Index nach unten rauschen lassen?

Da lobe ich mir doch so verantwortungsvolle Fondsmanager wie z.B. Peter Dreide, Olaf Eick, Edgar Mitternacht, Volker Schilling, Andreas Winkel, Winfried Schäfer u.a., alles Fondsmanager, die Risikokontrolle ernst nehmen und über die ich in den letzten Monaten hier geschrieben habe. Aus Platzgründen zeige ich Ihnen hier nur den Chart des von E. Mitternacht gemanagten W&M Global im Vergleich zum MSCI world. So stelle ich mir wirkungsvolle und verantwortliche Risikokontrolle vor – ich habe es an der Stelle schließlich schon oft genug gepredigt. Was Sie in der Krise nicht verlieren, müssen Sie hinterher nicht aufholen. Jetzt liefere ich den Beweis (Abb. 4).

der autor



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-
vermogensberatung.de

Bella Italia

Versunkene Städte und Blaue Wunder

| Claudia Hartmann, Fotos ©: Wolfram Schreiter

Golf von Neapel, Vesuv, Capri, Blaue Grotte – romantische Begriffe, die Fernweh wecken. Doch eine Reise in das quirlige Kampanien, die berühmte Region an der Westküste Italiens, zeigt den Besuchern noch ein ganz anderes Bild ...



Blick auf Neapel und den Vesuv

Gleich nach der Landung führte uns ein Taxi in die Realität Italiens: Motorroller, Wäscheleinen und enge Gassen prägten das Straßenbild Neapels. Von blühenden Zitronen, wie Goethe sie einst in dem mediterranen Land fand, war in der hektischen Millionenstadt keine Spur. Unsere Aussicht aus dem Hotelzimmer des Holiday Inn entschädigte uns jedoch für den ersten Eindruck: Aus der 19. Etage hatte man einen herrlichen Blick über die drittgrößte Stadt Italiens. Wie ein Wahrzeichen erhob sich der Vesuv im Hintergrund, herrschaftlich und bedrohlich zu-

gleich. Die Neapolitaner scheinen von der Macht des Vulkans – bei einem neuerlichen Ausbruch wären bis zu drei Millionen Menschen in dieser Region gefährdet – jedoch relativ unbeeindruckt und stürzen sich lieber ins pralle Leben der pulsierenden Metropole.

Mit hohen Erwartungen besuchten wir die Altstadt von Neapel. Diese wurde von der UNESCO zum Weltkulturerbe ernannt und versprach uns barocke Kirchen sowie ein faszinierendes Flair. Wenn Flair durch Dreck, heruntergekommene Häuser, Müll und Krach definiert wird, dann hat Neapel wahrlich viel davon. „Il mondo è

bello, perchè vario“ meinen die Neapolitaner dazu nur lächelnd: „Die Welt ist schön, weil sie abwechslungsreich ist“ – überraschend, grau, hässlich und doch wunderbar. Tatsächlich muss auch diese Stadt etwas Schönes an sich haben, denn selbst der bereits erwähnte deutsche Dichturfürst war von Neapel beeindruckt: „Dass kein Neapolitaner von seiner Stadt weichen will, dass ihre Dichter von der Glückseligkeit der hiesigen Lage in gewaltigen Hyperbeln singen, ist ihnen nicht zu verdenken.“ Wir wollten dem Rätsel auf den Grund gehen und stürzten uns deshalb gleich ins Abenteuer – die



Altstadt von Neapel



Altstadt von Neapel



Unterwelt Neapels. Die Römer konstruierten in augusteischer Zeit in 40 Meter Tiefe ein großartiges Aquädukt – ein Netz von über 450 km. Die Kulturinitiative Napoli Sotteranea bietet Führungen in diese Welt riesiger Kavernen und enger Gänge an, die man teilweise nur mit einer Kerze in der Hand erkundet. An anderer Stelle, aber doch unter Tage, befand sich gar ein griechisch-römisches Amphitheater, dessen Zugang heute versteckt unter einer unbewohnten Erdgeschosswohnung liegt. Schiebt man dort das antike Bett beiseite, führt eine Treppe in die tiefen Geheimnisse dieser Stadt ...

Reise in die Antike

Am nächsten Tag fahren wir mit unserem Mietauto nach Ercolano. Früher befand sich dort die antike Hafenstadt Herculaneum. Anders als Pompeji wurde sie beim Vesuvausbruch im Jahr 79 n. Chr. nicht vom Ascheregen verschüttet, sondern von einer mächtigen Schlammflut begraben. Aus diesem Grund ist die Ausgrabungsstätte viel besser erhalten als Pompeji: Holzmöbel, Schriftstücke und Wandmalereien in den einst prächtigen Patrizierhäusern lassen den Alltag der römischen Antike für einen Augenblick wieder lebendig werden.

Danach ging es weiter in das bekanntere Pompeji, das „größte antike Freilichtmuseum“. 800 Grad heiße Aschewolken begruben beim großen Vulkanausbruch die Stadt unter sich. Erst im Jahre 1763 fand man ein Schild mit der Inschrift „respublica Pompeianorum“. Damit war die Stadt ohne Zweifel als Pompeji identifiziert. Seitdem kann man dieses Grabungsgebiet besichtigen. Durch die Versiegelung mit Lava und Bimsstein ist Pompeji die besterhaltene Stadt der Antike. Die Lava konservierte Gebäude, Plätze, Kunstwerke und Alltagsgegenstände. Die erhaltenen Reste der zahlreichen freigelegten Häuser geben einen interessanten Einblick in die damaligen Wohnverhältnisse, den Handel, die Kunst und das Leben der Menschen.

Nach dieser beeindruckenden Reise in die Vergangenheit wollten wir uns natürlich auch den Auslöser der Katastrophe ansehen – den Vesuv. Eine Serpentinstraße führt etwa 1.000 Meter zum Vulkan hinauf, die restlichen 281 Meter muss man auf einem sandig-steinigen Weg zu Fuß erklimmen. Der Blick in den Krater ist relativ unspektakulär, zu sehen ist nur ein mit Steinen und Geröll zugeschüttetes großes Loch. Einzig allein die Vorstellung, dass dieser Vulkan in ca. 5 bis 7 km Tiefe immer noch brodelt und eines Tages bestimmt wieder ausbrechen wird, gibt dem Ganzen etwas Mystisches. Bilder vom großen Ausbruch werden plötzlich wieder lebendig: Als der Vulkanschlot am 24. August 79 n. Chr. aufriss und in einer kilometerhoch wachsenden Eruptionssäule Asche nach oben spuckte, kam das für die Bewohner absolut überraschend. Der Wind trug die Wolke Richtung Südosten, sodass das vulkanische Material hauptsächlich auf Pompeji fiel. Während dort die Hausdächer unter der Last zusammenbrachen, fiel in Herculaneum nur wenig Asche. Jedoch raste ein sogenannter pyroklastischer Strom, eine Art Glutlawine, mit über 400 Grad und einer Geschwindigkeit bis zu 300 km/h auf die Hafenstadt zu. Die Verbliebenen dort starben binnen Sekunden an einem thermischen Schock. Der letzte große Ausbruch des Vesuvus fand im Jahr 1944 statt, bei dem die Städtchen Massa und San Sebastiano



Vulkankrater Solfatara



Capri

nahezu vollständig zerstört wurden. Danach wurde ein Warnsystem installiert, das heute einen Ausbruch des Vulkans zwei Wochen im Voraus ankündigen würde.

Brennende Felder

Das nächste Abenteuer wartete bereits in Form einer Autofahrt auf uns. Verkehrsregeln scheint es in Italien nicht zu geben, Hinweisschilder auch nicht, dafür aber jede Menge Mautstellen. Nachdem wir endlich unser Ziel, die Stadt Pozzuoli, gefunden hatten, besichtigten wir das dortige noch gut erhaltene Amphitheater, bevor es weiter zu den Phlegräischen („Brennenden“) Feldern ging. Der bekannteste Krater des rund 150 km² großen Vulkangebiets ist der Solfatara. In dem fast vegetationslosen

Kessel, der an eine Mondlandschaft erinnert, können Besucher die stinkenden und orange züngelnden Schwefelbrände beobachten. Nächster Stopp war die Stadt Cuma mit ihrem bekannten Akropolis-Hügel und der Sibyllengrotte. Ausklingen ließen wir den Tag mit der Besichtigung des anmutigen Castells in Baia, das eines der besten archäologischen Museen der Region beherbergt.

Wenn bei Capri die rote Sonne ...

Vom Hafen in Neapel fahren halbstündlich Schiffe nach Capri. Da die berühmte – jedoch extrem teure – Felseninsel nur 10 km² groß ist, liehen wir uns einen Roller aus und konnten so die gesamte Insel erkunden. Wichtigste Touristen-Attraktion war natürlich die Blaue

Grotte. Weil das Tageslicht praktisch nur unterirdisch reflektiert über das Meerwasser in die Grotte gelangt, schimmert das Innere der Höhle in einem einzigartigen blauen Farbton – wunderschön, aber nach zwei Minuten in der Grotta Azzurra war der Spaß leider schon wieder vorbei.

Die Vegetation der Insel ließ uns versöhnlich stimmen – welch wunderbarer Kontrast zum chaotischen Neapel! Hier war es wieder, das Italien, wie wir es lieben: Zitronen- und Orangenbäume säumten die mit kleinen mediterranen Häusern bebauten Hügel und türkisfarbenes klares Wasser lud zum Baden ein. Nur den Sonnenuntergang haben wir auf Capri leider nicht miterlebt, denn die letzte Fähre brachte uns kurz zuvor wieder zurück nach Neapel.

inserentenverzeichnis

Unternehmen:	Seite:
A-dec	39
Advision	93
Albrech & Cie.	Beilage
Anthos	53
Björn-Eric Kraft	4
Bluemix	97
Clinical House	2, 23
Coltène/Whaledent	9
DENT-IV	29
dentaltrade	100
Dental Union	78, 79
Dexcel Pharma	49
DGZI	71
DKV Deutsche Krankenversicherung	5
Dürr Dental	45
EMS	15
GABA	57
GlaxoSmithKline	13
interessanté	75
Ivoclar Vivadent	11
Kerr	Beilage, 61
Kuraray	17
Metasys	69
MULTIDENT	Beilage, 37
my communications	99
NSK	7, 27
ORALIA	81
Philips Oral Healthcare	33
R-dental	16
SHOFU	Postkarte Titel, 21
Sirona	19
TePe	55
VDW	51
W&H	35
Zahnersatz Müller	47
Zhermack	41

Onlineshop: www.click2dent.de

Bleaching

Ein Bleichmittel 120x11mm, 1 Stück	€ 1,99
Heim Bleichmittel 10% 3 x 10 ml	€ 4,99
Perimeterseal 10%	€ 21,99
Heim Bleichmittel 15% 3 x 10 ml	€ 3,99
Perimeterseal 15%	€ 23,99
Office Bleichmittel 20% 3 x 10 ml	€ 3,99
Office Bleichmittel 30% 3 x 10 ml	€ 6,99

Walking Bleach-Set	€ 2,99
Wahrgänger-4x40 mm	€ 2,99
17x17mm Strahlspindel	€ 17,99
Perimeterseal 10 Stück	€ 2,99
Special Perimeterseal-Lösung je 40 ml	€ 11,99
• mit 10 ml 10% Perimeterseal 1 Stück	€ 11,99
• mit 10 ml 15% Perimeterseal 1 Stück	€ 11,99
• mit 10 ml 20% Perimeterseal 1 Stück	€ 11,99
• mit 10 ml 30% Perimeterseal 1 Stück	€ 11,99

FREE-Phone: 0800-2 58 38 49 · FREE-fax: 0800-2 58 38 29
www.bleachinggel.com Bleaching für Zahnärzte · Zahnärztliche Produkte · Zahntechnik

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

ZWP ZAHNARZT
WIRTSCHAFT-PRAXIS

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

1957 - 2007

Was ist Dir ein Lächeln wert?

Mit nur 50 Euro ist Lepra heilbar
 Spendenkonto 96 96
 BLZ 790 500 00

50 Jahre!
Ein Anfang!

Telefon 09 31/79 48-0
www.dahw.de

DAHW
Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe e.V.

**Eventnews ...
10-mal im Jahr**

ZWP today

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

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

Produktionsleitung:
Gernot Meyer Tel. 03 41/4 84 74-5 20 meyer@oemus-media.de

Anzeigendisposition:
Lysann Pohlann Tel. 03 41/4 84 74-2 08 pohlann@oemus-media.de
Marius Metzger Tel. 03 41/4 84 74-1 27 m.metzger@oemus-media.de
Bob Schliebe Tel. 03 41/4 84 74-1 24 b.schliebe@oemus-media.de

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

Layout:
Frank Jahr Tel. 03 41/4 84 74-1 48 f.jahr@oemus-media.de
Katharina Thim Tel. 03 41/4 84 74-1 17 thim@oemus-media.de
Susann Ziprian Tel. 03 41/4 84 74-1 17 s.ziprian@oemus-media.de

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

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 Sonderteile und Anzeigen befinden sich außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Für Verbands-, Unternehmens- und Marktinformationen kann keine Gewähr übernommen werden. Eine Haftung für Folgen aus unrichtigen oder fehlerhaften Darstellungen wird in jedem Falle ausgeschlossen. Gerichtsstand ist Leipzig.

Bezugspreis: Einzelheft 6,50 € ab Verlag zzgl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten. Jahresabonnement im Inland 70 € ab Verlag inkl. 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

Geld für Zahnarztbesuch

New York will den Teufelskreis Armut bekämpfen und zahlt mittellosen Bürgern Geld, wenn sie z. B. zum Arzt gehen. Ein zweijähriges Pilotprojekt soll im Herbst starten. Vorgesehen sind diverse „Belohnungen“: Für gute Noten in der Schule soll es 300 Dollar geben, ein Arztbesuch bringt 200 Dollar und 100 Dollar erhält jedes Familienmitglied, das zweimal im Jahr zum Zahnarzt geht. Zugrunde liegt dem Projekt die Theorie, dass Arme in einem Teufelskreis wiederholter Fehlschläge gefangen sind und ihrer Situation so nicht entkommen können. Wer aber regelmäßig zum Arzt gehe, sei weniger krank und riskiere damit nicht, einen Arbeitsplatz zu verlieren.



Zahnarztpraxis in Second Life

Die erste virtuelle Zahnarztpraxis feiert Eröffnung in Second Life, einer seit 2003 offiziell zugänglichen Online-3-D-Welt, in der sich mittlerweile über sieben Millionen „Avatare“ in einer virtuellen Welt bewegen. Die hmt-Zahnarztpraxis Leinfelden wird Besuchern und virtuellen Patienten einen völlig schmerzfreien Besuch ihres Zahnarztes erlauben. Hier findet sich das gesamte Spektrum der Zahnmedizin unter einem Dach. Diese Zusammenarbeit von Fachärzten garantiert einen effektiven und reibungslosen Behandlungsablauf – und das in einer Atmosphäre, in der sich Praxisteam und Patienten wohlfühlen.



Zahnkrank durch Würmer

Der berühmte Chirurg Ambrose Pare meinte noch im 16. Jahrhundert, dass Zahnerkrankungen durch Würmer verursacht werden. Der Glaube an Zahnwürmer ist sehr alt und wurde uns das erste Mal aus der Zeit der Assyrer (7. Jh. v. Chr.) überliefert. Zwei Jahrhunderte später glaubte man zwar nicht mehr an Würmer, aber durch mangelnde Hygiene und Unwissen zählten Zahnerkrankungen und Infektionen nach dem Ziehen von Zähnen im 17. und 18. Jahrhundert immer noch zu den häufigsten Todesursachen, wie aus einem alten Londoner Sterberegister („Bills of Mortality“) hervorgeht.



Neue Tipps gegen Schluckauf

Er ist eines der ungelösten Rätsel der Medizin: Der Schluckauf, manchmal durchaus dramatisch, meistens aber nur lustig, wenn das Zwerchfell außer Kontrolle gerät. „Besonders wirksam ist es, an der Zunge zu ziehen oder diese herauszustrecken“, empfiehlt die Atemtherapeutin Veronika Langguth in der „Apotheken Umschau“. Die Begründung: „Man atmet dann automatisch in Bauch und Becken. Das wirkt lösend auf den ganzen Körper und entkrampft damit auch das Zwerchfell.“ Einen ähnlichen Affekt hat es, die Zunge für ein paar Atemzüge nach hinten umzuschlagen und leicht an den Gaumen zu legen.



