

DENTALHYGIENE JOURNAL

Special

*Karies- und Parodontalprophylaxe im Kontext der Abrechnungsbestimmungen **Prophylaxe und Abrechnung***

Markt bersicht

Marktübersicht Abrechnungsprogramme

Fachbeitrag

Lohnt sich der Prophylaxe-Shop in der Zahnarztpraxis?

Diagnostik der Fissurenkaries – Wann bohren?

Anwenderbericht

Ein Chlorhexidinlack mit vielen Talenten

Interview

„Eine gute Praxishygiene sollte in jedem Team zu den Grundgesetzen gehören“

Fortbildung

*4. DH-Aufstiegsfortbildung **Prophylaxe ist ganzheitlich zu sehen***



Prophylaxe und Abrechnung





Prof. Dr. Andrej M. Kielbassa

Deutschland und seine höchstrichterlichen Entscheidungen

In einer seiner jüngsten – für die Zahnmedizin weit reichenden – Entscheidung hat der BGH die seit Jahren häufig unterschiedlich interpretierte, aber mehrheitlich von verschiedenen Gerichten und Zahnärztekammern praktizierte Auslegung der Abrechnungsbestimmungen im Bereich der Gebührenordnung für Zahnärzte gekippt: Viele Materialien (Lokalanästhetika, Spanngummi, Fluoridlacke zur Kariesprophylaxe, Einmalfräsen u. ä.) können nicht mehr in Rechnung gestellt werden, sondern gelten als Praxisbedarf, den der Zahnarzt selbstverständlich zum Wohle seiner Patienten bereitzuhalten hat. Das bereits vor geraumer Zeit ergangene Urteil zur Frage der längst überfälligen Anpassung der GOZ – hier wurde darauf verwiesen, dass die Zahnärzte den zur Verfügung stehenden Gestaltungsspielraum nicht nutzen – ist uns noch in guter Erinnerung, genauso wie die offensichtlich unproblematischen Anpassungen der Gebührenordnungen bei Ärzten, Tierärzten und jüngst auch bei Rechtsanwälten. Aber: Was nicht sein darf, darf nicht sein. Punkt. Unabhängig von der durchaus interessanten Ausnahme des Einmalbohrers für implantologische Leistungen (Welcher Richter braucht eigentlich demnächst ein Implantat? Und welcher Richter wollte eigentlich den sauberen, nicht kontaminierten und noch nicht benutzten Bohrer in seinem Knochen wissen?) zeigt diese Entscheidung einmal mehr, dass zahnärztlich-wirtschaftlicher Sachverstand offensichtlich nicht vermittelbar ist. Unter Hinweis auf die einschlägigen Bestimmungen wird den Zahnärzten der Zugriff auf die GOÄ verwehrt; gleichzeitig werden in der Systematik wenig nachvollziehbare Ausnahmen geregelt (s. o.), die auch auf den zweiten Blick zumindest verwunderlich anmuten. Sind eigentlich die Roben, in denen die Richter ihre Urteile verkünden (und natürlich auch das Papier, auf dem letztere geschrieben werden), einer ähnlichen Auffassung zu unterwerfen? Aber: Was nicht sein darf, darf nicht sein. Punkt. Auch im Bereich der Hochschule gab es kürzlich ein wichtiges Urteil: Die Juniorprofessur, gedacht als Modell zur Förderung (nicht nur des zahnmedizinischen) wis-

senschaftlichen Nachwuchses, wurde für verfassungswidrig erklärt. Handwerklich schlecht gemachte Gesetze haben eben eine kurze Halbwertszeit, auch wenn die dahinter stehende Idee den Wissenschaftsstandort Deutschland stärken sollte und gut gemeint war. Aber: Was nicht sein darf, darf nicht sein. Punkt. Dies gilt im Übrigen auch für die zahnärztliche Prophylaxe – die vor über sechs Monaten in Kraft getretene Gesundheitsreform hat dazu geführt, dass viele Leistungen abgewertet wurden oder nur noch privat abgerechnet werden können. Dies gilt beispielsweise für die Entfernung von Zahnstein; diese Leistung kann unabhängig vom tatsächlichen Bedarf nur noch einmal jährlich abgerechnet werden. Was nicht sein darf, darf nicht sein ...

Oder doch? Die vorliegende Ausgabe des Dentalhygiene Journals greift die Thematik „Prophylaxe und Abrechnung“ auf und versucht, Ihnen Hilfestellungen zu geben, sich und nicht zuletzt Ihren Patienten in Zeiten restriktiver werdender Vorgaben ein Umfeld zu erhalten, in dem zahnmedizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten umgesetzt werden können. Unabhängig von den jeweiligen Verordnungen bestimmt schließlich nach wie vor der Patient, welche Leistung er in Anspruch nehmen möchte. Und die Erhaltung der oralen Gesundheit ist ein Aspekt, der vielen Patienten wichtig ist.

Die Marktübersicht zu den verschiedenen Abrechnungsprogrammen rundet den Schwerpunkt dieses Heftes ab. Die Nutzung solcher Programme hat sich vielerorts bewährt – regelmäßige Aktualisierungen helfen, auf die sich ändernden Rahmenbedingungen zu achten und Abrechnungsfehler zu vermeiden. Denn: Was nicht sein darf, darf nicht sein!

Mit herzlichen Grüßen

Andrej Kielbassa

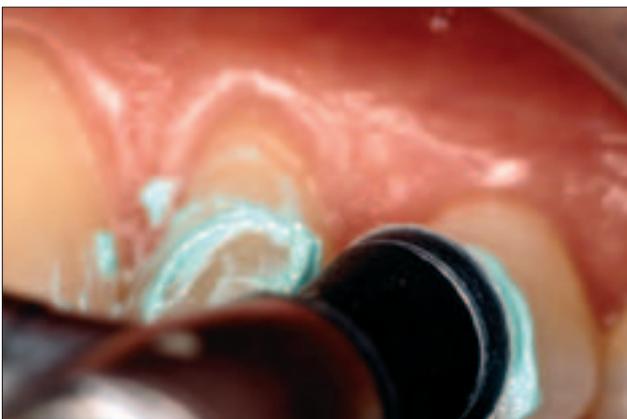
Inhalt

EDITORIAL

- 5 *Deutschland und seine höchstrichterlichen Entscheidungen*
Prof. Dr. Andrej M. Kielbassa

SPECIAL

- 8 *Karies- und Parodontalprophylaxe im Kontext der Abrechnungsbestimmungen*
Prof. Dr. Andrej M. Kielbassa, Brigitte Weigmann



Ein Chlorhexidinlack mit vielen Talenten

Seite 31

- 10 *Prophylaxe und Abrechnung*
Redaktion
- 14 *Der Abrechnungs- und Paragrafendschungel durch die Implantologie*
Kerstin Salhoff
- 21 *Individualprophylaxe und deren Abrechnung*
Dr. Markus Heckner
- 35 *Prophylaxe als Profit-Center*
Ralph Kittel

MARKTÜBERSICHT

- 10 *Marktübersicht Abrechnungsprogramme*

FACHBEITRAG

- 24 *Lohnt sich der Prophylaxe-Shop in der Zahnarztpraxis?*
Dirk Duddeck
- 28 *Diagnostik der Fissurenkaries – Wann bohren?*
Prof. Dr. Adrian Lussi

ANWENDERBERICHT

- 32 *Ein Chlorhexidinlack mit vielen Talenten*
Dr. Jan H. Koch

INTERVIEW

- 44 *„Eine gute Praxishygiene sollte in jedem Team zu den Grundgesetzen gehören“*
Redaktion

FORTBILDUNG

- 45 *4. DH-Aufstiegsfortbildung*
- 46 *Prophylaxe ist ganzheitlich zu sehen*
Yvonne Strankmüller
- 48 *Prophylaxepreis an „Mobilix/Fixpunkte e.V.“*
Redaktion

- 38 *Herstellerinformationen*
- 50 *Kongresse, Kurse, Symposien/Impressum*



**DENTALHYGIENE
MIT KONZEPT
7. DEC**

DENTALHYGIENE-EINSTEIGER-CONGRESS
mit Pre-Congress Implantologie
_7.–9. Oktober 2004 in Mannheim



Die Veranstaltung entspricht den „Leitsätzen“ des Beirates Fortbildung und wird mit der vorgegebenen Punktezahl bewertet. Punktebewertung nach BZÄK/DGZMAK.



*Wir bitten um
freundliche
Beachtung der
Beilage.*

Karies- und Parodontalprophylaxe im Kontext der Abrechnungsbestimmungen

Karies und Parodontalerkrankungen haben bekanntlich eine multifaktorielle Genese. Wenngleich die regelmäßige Zahnsteinentfernung nur einen von mehreren Bausteinen in einem Prophylaxe-Konzept darstellt, so bleibt festzuhalten, dass die professionelle Zahnreinigung eine unverzichtbare Ergänzung der häuslichen Mundhygiene darstellt, da nur hierdurch mögliche Defizite ausgeglichen werden. Einer regelmäßigen Durchführung sind beim gesetzlich versicherten Patienten jedoch Grenzen gesetzt; im Einzelfall wird daher eine private Liquidation häufig unumgänglich sein.

PROF. DR. ANDREJ M. KIELBASSA, BRIGITTE WEIGMANN/BERLIN

Die regelmäßig durchgeführte professionelle Zahnreinigung durch den Zahnarzt oder entsprechend geschultes Fachpersonal kann bei erwachsenen Patienten initialkariöse Läsionen, aber auch Gingivitiden und marginale Parodontitiden im Sinne einer Primärprophylaxe effektiv verhindern; diese Maßnahme ist vielfach wissenschaftlich belegt und dient der Gesunderhaltung der oralen Strukturen. Darüber hinaus ist die professionelle Zahnreinigung jedoch auch bei bereits erkrankten Patienten indiziert (Kausaltherapie der Gingivitis) und sollte regelmäßiger Bestandteil der parodontologischen Initial- bzw. Erhaltungstherapie sein (sekundäre Parodontalprophylaxe, Rezidivprophylaxe).

Zahnsteinentfernung

Die Entfernung von Zahnstein (Bema 107) ist eine Grundvoraussetzung, um eine entsprechende Diagnostik durchführen zu können und ermöglicht nach Grob- und Feindepuration (inkl. Politur) die Gesunderhaltung parodontaler Strukturen; bei bereits fortgeschrittenen Fällen wird die Gesundung der parodontalen Verhältnisse hierdurch erst ermöglicht. Bei vielen Patienten wird – zumindest lokalisiert – eine Rezidivtherapie notwendig sein. Daher ist die unter Umständen wiederholte Plaque- und Zahnsteinentfernung ein fester Bestandteil des Therapiekonzeptes. Die Durchführung dieser Maßnahmen ist jedoch seit Anfang 2004 beschränkt, da mit der Änderung des Bema die Frequenz auf maximal einmal pro Jahr festgelegt wurde.

Voraussetzungen für eine Parodontaltherapie

Eine behandlungsbedürftige Parodontopathie liegt vor, wenn im Rahmen der Erhebung des Parodontalen Screening-Indexes (PSI) mindestens in einem Quadranten der Code 3 oder 4 erhoben wird, eine der nachfolgenden Diagnosen gestellt wird und dabei eine Sondiertiefe von 3,5 mm und mehr vorliegt:

- chronische Parodontitis

- aggressive Parodontitis
- Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen
- nekrotisierende Parodontalerkrankungen
- Parodontalabszess
- Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen.

Darüber hinaus können folgende entwicklungsbedingte oder erworbene Deformitäten oder Zustände maßgebend sein:

- gingivale Vergrößerungen
- Gingiva- und Weichgewebswucherungen.

Die systematische Parodontitistherapie kann umfassen:

- geschlossenes Vorgehen
- offenes Vorgehen
- antibiotische Therapie
- Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges nach Maßgabe von Nr. 7.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Mitwirkung des Patienten eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Parodontaltherapie darstellt.

Ablauf der Parodontaltherapie

Nach Erhebung des PSI (Bema Nr. 04; PSI Code > 2 oder, falls nicht abrechenbar, Taschentiefen ab 3,5 mm) können im Rahmen der Vorbehandlung folgende Maßnahmen indiziert sein:

- Zahnsteinentfernung (Bema 107)
- Behandlung von Mundschleimhauterkrankungen (Bema 105)
- Beseitigung scharfer Zahnkanten bzw. Prothesenränder (Bema 106)
- Beseitigung der Reizfaktoren (Karies, Wurzelkanalbehandlungen, Extraktionen, Füllungstherapie)
- Aufklärung, Mundhygiene-Unterweisung
- weitergehende Befunde.

Im weiteren Verlauf schließen sich folgende Maßnahmen an:

- Kontrolle des Motivationserfolges
- Mundschleimhauterkrankungen (Bema 105)

Zahn	Geb.Nr.	Leistung	Anzahl	Faktor	Summe
16, 21, 36, 41		Entnahme Abstrichmaterial, je Entnahmestelle	4	2,3	21,44 €

Tabelle 1: Privater Kostenplan zzgl. Bundesmantelvertrag.

Zahn	Geb.Nr.	Leistung	Anzahl	Faktor	Summe
17–47	404a	Professionelle Zahnreinigung analog § 6 GOZ: #404, Beseitigung grober Vorkontakte	28	1,0	70,84 €

Tabelle 2a: Beispiel für die Abrechnung der Professionellen Zahnreinigung nach § 6 Abs. 2 GOZ.

Zahn	Leistung	Anzahl	Summe
17–24	Professionelle Zahnreinigung	28	70,00 €

Tabelle 2b: Beispiel für die Abrechnung der Professionellen Zahnreinigung nach § 2 Abs. 3 GOZ (hier entfällt die Angabe der Gebührennummer).

- Reizfaktorenbeseitigung (Bema 106)
- Rö-Status (Bema Ä925d).

Je nach Situation werden ggf. auch mikrobiologische Untersuchungen notwendig sein; auch hierfür ist eine Erstattung im Rahmen der GKV nicht vorgesehen (zur Abrechnung vgl. Tabelle 1; zusätzliche Kosten der Labordiagnostik beachten!). Eine erneute Zahnreinigung wird nach oben Gesagtem nur im Rahmen einer privat durchgeführten Prophylaxe möglich sein. Dabei erfolgt die Abrechnung dieser Leistung entweder nach den Bestimmungen der GOZ (§ 6 Abs. 2 oder § 2 Abs. 3). Der Patient sollte immer darauf hingewiesen werden, dass eine Erstattung durch die Kostenträger möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Beispiele für eine Abrechnung der professionellen Zahnreinigung sind in den Tabellen 2a und 2b dargestellt. Bei den aufgeführten Varianten wurde eine zu erwartende Liquidation von etwa 70 € angenommen, die gegebenenfalls entsprechend der Praxisbedingungen modifiziert werden muss.

Mit den auf dem Kostenplan aufgeführten Leistungen wird der GKV-Versicherte zum Privatpatienten. Die in den Tabellen 1 und 2 aufgeführten Leistungen sind selbstverständlich abhängig von der Zahl der zu behandelnden Zähne und dem damit verbundenen zahnärztlichen Aufwand; die Höhe der Vergütung ist daher gegebenenfalls anzupassen.

Weitere Vorbehandlungen

Im weiteren Verlauf der Behandlung werden gegebenenfalls zusätzliche Maßnahmen notwendig:

- Kontrolle der häuslichen Mundhygiene
- weitere lokale Maßnahmen (Bema 105, 106)
- Therapieplan (Zahnersatz).

Nach abgeschlossener Vorbehandlung sollten folgende Maßnahmen ergriffen werden:

- Evaluation der Notwendigkeit weiterer Maßnahmen entsprechend der Richtlinien
- Erhebung der Sondierungstiefen

- weitere lokale Maßnahmen (Bema 105, 106)
- Aufklärung
- Planerstellung (Bema 4).

Geschlossene/offene Therapie

Die geschlossene Therapie (P200–P201) der erkrankten Parodontien sollte in vielen Fällen den Therapieerfolg sicherstellen. Gegebenenfalls noch notwendige chirurgische Maßnahmen (offene Verfahren, P202–P203) werden innerhalb von drei Monaten nach Abschluss der geschlossenen Maßnahmen über eine Therapieergänzung beantragt und durchgeführt.

Recall

Die Intervalle für ein schlüssiges Recallsystem sind individuell festzulegen, wobei verschiedene Parameter (u. a. Anzahl der Parodontien mit erhöhten Sondierungstiefen, Entzündungsgrad, Knochenabbau in Relation zum Lebensalter, systemische/genetische Disposition, Umweltfaktoren) zu berücksichtigen sind. Bei gegebenenfalls notwendiger hoher Recallfrequenz (mehrmals pro Jahr) sind die oben beschriebenen Maßnahmen (vgl. Tabellen 1 und 2) als Privatleistung abzurechnen.

Die erhobenen Befunde dienen der Abschätzung des weiteren Behandlungsbedarfs, wobei bekannte Risikofaktoren besonders berücksichtigt werden sollten. Zur Erfassung der Befunde eignen sich Dokumentations- und Abrechnungsprogramme, mit deren Hilfe auch eine Risikoeinschätzung möglich wird. Diese Programme werden weiter unten vorgestellt.

Korrespondenzadressen:

Prof. Dr. Andrej M. Kielbassa
 Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie
 Klinik und Polikliniken für ZMK-Heilkunde
 Campus Benjamin Franklin
 Aßmannshäuser Str. 4–6, 14197 Berlin

Brigitte Weigmann
 Zahnärztliches Abrechnungsforum (ZAF)
 Saatwinkler Damm 11–12, 13627 Berlin

Prophylaxe und Abrechnung

Der allgemeine Trend zu mehr Körperbewusstsein hat auch den Bereich Mundhygiene erreicht. „Orale Schönheit“ ist ein wichtiger Indikator für jugendliches Aussehen geworden. Ein Blick auf die Umsatzstatistik für Zahnpflegemittel zeigt, dass insgesamt immer noch zu wenig für die Zahnhygiene getan wird. So erzielt zwar die Kosmetikindustrie Milliardenumsätze mit Pflegemitteln aller Art, doch der Zahnbürstenverbrauch pro Jahr und Person liegt bei ca. 1,6!

REDAKTION

Vielen Patienten fehlt die Motivation zur Zahnpflege, oft begründet in der fehlenden Einsicht in die Zusammenhänge. Aufgabe der prophylaktisch orientierten Praxis ist es, diesen den Wunsch nach perfektem Aussehen regelrecht einzupflanzen und zu verstehen zu geben, dass die richtige Mundhygiene zu Hause – begleitet von Prophylaxemaßnahmen in der Praxis – das A und O der Zahngesundheit ist.

Am leichtesten sind Patienten zu gewinnen, die auch in anderen Bereichen sehr gesundheitsbewusst handeln und in aller Regel bereit sind, für mehr Leistung auch mehr zu bezahlen. Wenn Sie sich als Zahnarzt mit dem Gedanken tragen, Prophylaxe zum zentralen Thema Ihrer Praxistätigkeit zu machen, ist es absolut notwendig ein Konzept zu erstellen, das Patienten aus allen Bevölkerungs-, Alters- und Kaufkraftschichten anspricht. Handeln Sie frei nach dem Motto „Tue Gutes und sei sicher, dass andere darüber reden“ und bringen Sie mit einem effektiven und gut abgestimmten Leistungsspektrum Ihre Patienten dazu, sich das Dienstleistungsangebot „Prophylaxe“ abzuholen und das regelmäßige Bedürfnis danach zu verinnerlichen.

Um an diesem Wachstumsmarkt stärker zu partizipieren, sind zwei Strategien denkbar. Sie können Ihre

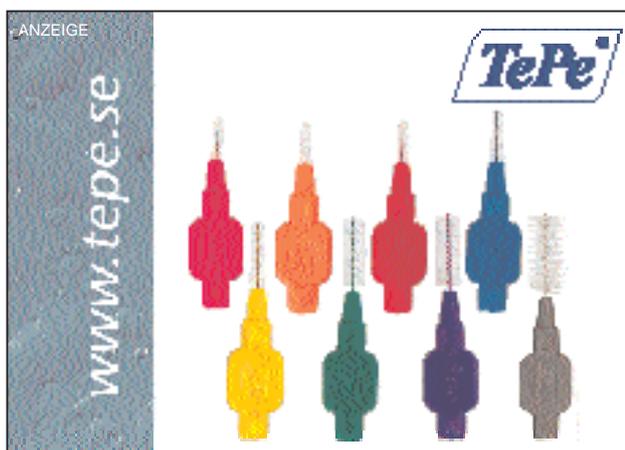


Prophylaxeleistungen sukzessive ausbauen und in Angebot und Umfang auf den Markt reagieren. Dies kann im Dialog mit dem vorhandenen Patientenstamm ein erfolgversprechender Weg sein. Die Gefahr hierbei ist, dass Sie Ihr Profil als Prophylaxe-Praxis nie richtig schärfen.

Höheren Aufmerksamkeitswert und mehr Anziehungskraft auf Privatzahler hat die „Urknall-Methode“, die völlige Neustrukturierung Ihrer Prophylaxe-Tätigkeiten, wenngleich Sie damit zunächst wesentlich mehr Aufwand haben. Diese Methode empfiehlt sich, wenn Sie Ihre Klientel neu aufbauen oder vergrößern wollen. Ihre Überlegungen werden in der Regel folgende Bereiche berücksichtigen:

- Anleitung zur Mundhygiene
- Ernährungsberatung
- Bestimmung des Kariesrisikos
- ein auf die unterschiedlichen Risikostufen abgestimmtes Vorbeugeprogramm
- turnusmäßige Kontrolle der Zähne und geeignete Prophylaxemaßnahmen
- besondere Vorsorgeleistungen bei Schwangeren
- Erweiterung auf Prophylaxe für KFO-Patienten und Implantatträger.

Aus betriebswirtschaftlichen und organisatorischen



Gründen ist es sinnvoll, mehrere Gruppen von Patienten zu bilden, die dann nach einem auf diese Gruppen abgestimmten Schema beraten bzw. behandelt werden. Somit haben Sie bei vertretbarem Aufwand immer die Sicherheit, Ihren Patienten die bestmögliche Betreuung angedeihen zu lassen, ohne diesen das Gefühl zu geben, nach „Schema F“ abgespeist zu werden. Die Gruppierung wird nach Risiko und nach Bereitschaft zur Eigenleistung vorgenommen.

Bereits beim ersten Beratungstermin muss der Patient spüren, dass er in guten Händen ist und dazu motiviert werden, seinen (häuslichen) Part zum Gelingen der Maßnahmen beizutragen. Diese Motivation darf im weiteren Laufe der Prophylaxemaßnahmen nicht durch abweichende oder relativierende Äußerungen Ihrer Mitarbeiter/innen „beschädigt“ werden. Versuchen Sie und Ihr Team immer auf einer Wellenlänge mit dem Patienten und mit einer einheitlichen Sprachregelung zu kommunizieren und scheuen Sie sich nicht, auch für die Gesprächsführung, die ja nun einen höheren Stellenwert einnimmt, spezielle Rhetorikkurse zu belegen. Dann ist es auch kein Problem, dem Patienten die Wertigkeit unterschiedlicher Prophylaxeleistungen zu vermitteln. Die erfolgreiche Marktpositionierung als Fachpraxis für Prävention gelingt nur, wenn das gesamte Praxisteam auf einheitlich hohem Niveau aus- und weitergebildet wird und stets den „Stand der Technik“ repräsentiert.

Während man zu den Leistungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung (wie Zahnsteinentfernung, PSI-Erhebung IP für 6- bis 18-Jährige) wenig erklären muss, sollten Privatleistungen, wie Speicheldiagnose oder professionelle Zahnreinigung mittels Airflow oder Ultraschall, sorgfältig erklärt und verargumentiert werden – geht es gar in den kosmetischen Bereich (z. B. Bleaching) findet meist ein „Verkaufsgespräch in Reinform“ statt. Eine Kostenvereinbarung ist ratsam.

Eine Langzeitstrategie ist sinnvoll, sollte frühzeitig ein-

setzen und alle Aspekte der Prävention berücksichtigen. Sie kann bereits bei der Anregung zur Korrektur einer Malokklusion beginnen, um Schäden an der Zahnschicht durch mechanischen Belastungen vorzubeugen (Interdisziplinarität). Kommt es dann zu einer KFO-Therapie, sind Sie unter Umständen als Prophylaxe-Spezialist für KFO-Patienten wiederum der Nutznießer.

Jungen Patienten verhelfen Sie vor Erreichen der Altersgrenze mit den Methoden der Individualprophylaxe zu einem stabilen Gebisszustand. Ein Nebeneffekt dieser regelmäßigen „Aufmerksamkeiten“ ist nicht selten eine enge Patientenbindung an die Praxis. Eine zusätzliche Strukturierung nach Tätigkeiten hat den Vorteil, dass Sie gezielt Prophylaxehelfer/innen bzw. Dentalhygieniker/innen einsetzen und auf Grund des günstigeren Kostengefüges Ihren Gewinn steigern können. Auch bei einer konventionellen Zahnarztpraxis leistet die „delegierte Prophylaxe“ einen überdurchschnittlichen Deckungsbeitrag.

Damit alle – sowohl Praxis als auch Klientel – zufrieden sind, ist es notwendig, ein Recall-System einzusetzen, das zuverlässig den Kontakt zu den Patienten organisiert und Ihnen hilft, Umsätze zu generieren.

Moderne Praxismanagementsoftware leistet wertvolle Dienste, wenn es darum geht, die Arbeitsabläufe in Ihrer Praxis zu optimieren. LinuDent® von PHARMATECHNIK bietet umfangreiche Funktionen, die Sie bei der Organisation und Abrechnung Ihrer Prophylaxe-Maßnahmen unterstützen, wie zum Beispiel:

- einfaches Erfassen der wichtigsten IP-Indices, einschl. PSI-Code
- IP-Leistungskontrolle sofort nach dem Aufruf des Patienten verfügbar
- Umsatzstatistik mit gezielter Suchanfrage
- Recall per Serienbrief oder SMS
- Planerstellung mit Kostenvoranschlag.

Nähere Informationen erhalten Sie unter: www.linu-

ANZEIGE

TOP-Produkt unter den Interdentalbürsten

DENTOCARE[®]
präsentiert:

Proximal-Grip[®]

Interdentalbürsten

In 6 versch. Stärken

von konisch bis ultrafein!



Unsere meistverkaufte Interdentalbürste. **Einfach zu handhaben wie ein Zahnholz.** Das Top-Produkt zum günstigen Preis:

12 Stck. Pkg + Schutzkappe
1 Pack. € 4,95
ab 12 Pack. € 4,30
ab 60 Pack. € 3,95

Bulkpackung à 500 Stk. nur € 125,-
inkl. MwSt.

Dent-o-care Prophylaxeservice * 85635 Höhenkirchen b. München * Tel. 08102 - 4112 Fax: 08102 - 6523

Softwareprogramme	Firmenname / Name der Software														
	BDV / VISident	BEYCODENT / BEYCODENT PRISMA Office	CompuDENT / Z1	Computer konkret / STOMA-WIN	Computer Forum / DentalExpress	DAMPSOFT / DS-WIN-PLUS	DENS / DENSoftware EXPERIENCED	DIOS / DIOSZX	EVIDENT / EVIDENT ^{WINZA}	LeoSoft / LeoDent	Lutz Hergesell – Zahn 32 / Zahn 32	PHARMATECHNIK / LinoDent	procedia / apollonia	solutio / Charly	
Implantologie			●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
Parodontologie	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●	●	●	
Prothetik	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
Prophylaxe	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
Chirurgie	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
konservierende Zahnheilkunde	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
Kieferbruch	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
Eigenlabor	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
Fremdlabor		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
Statistik	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
Laborstatistik	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
Technikerstatistik	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
100-Fall-Statistik	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
Terminprogramm	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●	●	●	
Kassenbuch	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●	●	●	●	
Finanzbuchhaltung	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
ärztliche Abrechnung/MKG		●	●			●		●	●			●	●		
Verwaltungsprogramm für KFO		●	●	●	●			●	●			●		●	
KFO-Modul	●	●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
Schnittstelle f. dig. Röntgen/Kamera (nach GdpDu)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
Schnittstelle zu div. Rechenzentren	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
Heimarbeitsplatz	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●	●	●	
DAISY-Anbindung	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
FRS-Auswertung	●		●	●	●			●	●			●			
Recall	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
SMS-Versand		●	●	●	●	●	●	●	●			●		●	
VDDS-Mitglied	●		●	●		●	●	●	●			●			
Service 24h-Hardwarewartung					●					●			●		
Service Fernwartung	●	●	●	●	●		●	●	●		●	●	●	●	

Der Abrechnungs- und Paragrafendschungel durch die Implantologie

Die wissenschaftliche Anerkennung und die Problematik mit den Erstattungsstellen – Teil 1

Die stetig wachsende Nachfrage der Patienten nach einer ästhetisch und funktionell optimierten Implantatversorgung und der rasante Zuwachs von implantologisch tätigen Zahnärzten finden ihre Bestätigung in ca. 400.000 gesetzten Implantaten der neuen Generation. Leider ist dieser „Trend“ von kontinuierlich steigenden Schriftwechsel mit den Erstattungsstellen begleitet.

KERSTIN SALHOFF/NÜRNBERG

Da die Implantologie inzwischen eine anerkannte Heilbehandlung darstellt, müssen auch Zahnärzte, die nicht selbst implantieren, ihrer Aufklärungspflicht dem Patienten gegenüber gerecht werden und somit über die konventionellen Methoden hinaus aufklären. Die Ausübung der Zahnheilkunde stellt sich als Heilbehandlung dar. Sie ist in diesem Sinne Dienstleistung höherer Art (BGH. NJW 1975, 306; LG Köln, DOK 1978,313). Dies bedeutet, dass die Implantologie konventionellen Behandlungsmethoden in bestimmten Fällen überlegen ist. Obwohl die Implantologie im Jahr 1982 im Rahmen der DGZMK-Jahrestagung wissenschaftliche Anerkennung fand, versuchen einige Privatversicherungen auf kostengünstigere Behandlungsmethoden auszuweichen, um so ihre Erstattungsbeträge reduzieren zu können. In der GOZ 88 wurden zwar die implantologischen Leistungen aufgenommen, jedoch gibt es bis heute verschiedene Auffassungen und Urteile über die Berechnungsmöglichkeiten der einzelnen Leistungen und der Implantatmaterialien. Das restriktive Erstattungsverhalten der Versicherungen nimmt kein Ende. In der täglichen Praxis bedeutet dies: speziell geschultes Team ist unter erheblichem zeitlichen Mehraufwand dem Konflikt zwischen Patient und Versicherung ausgesetzt. Lästiger Schriftverkehr und neue Urteile zwingen uns permanent, der aktuellen Gesetzeslage konform, die Abrechnung vorzunehmen. Damit Sie am Ball bleiben, nachfolgend die wichtigsten Neuerungen.

Die Aufklärung des Patienten

Der Patient muss in freier Selbstbestimmung entscheiden, welche Behandlung er wählt. Daraus resultiert eine Aufklärungspflicht des Behandlers, die folgende Bereiche umfasst:

1. Befundaufklärung – „Ist-Zustand“ des Patienten, Anamnese
2. Fachliche Erläuterung – Was ist ein Implantat? (Material, Methoden etc.).
3. Therapieplanung – Erläuterung der Versorgung durch Implantat und Suprakonstruktion

4. Alternative Therapien – Konventionelle Versorgungsmöglichkeiten
5. Risikoaufklärung – Erfolg/Misserfolg/Risiko
6. Unterlassenaufklärung – Mögliche Schäden bei Nichtbehandlung oder fehlender Kontrolle (Motivation, Mundhygiene, Recall)
7. Kostenaufklärung – Implantologie sowie Suprakonstruktion sind keine Kassenleistung, auch wenn es nicht zu einer Implantation kommt, ist die Vorbehandlung vom Patienten zu bezahlen.

Die Dokumentation aller Schritte im Karteiblatt ist unerlässlich! (Bei karteilosen Praxen bitte scannen oder Originaldokumente ablegen.)

Es besteht (lt. Urteil vom 18.04.1994, OLG Köln, AZ: 5 U 48/94) die medizinische Notwendigkeit von Röntgenkontrollen für den Zahnarzt, da er die Beweisspflicht bei späteren Komplikationen zu tragen hat. Vergewissern Sie sich, ob folgende drei Dokumente vor der Implantation vorliegen:

1. Internistische Anamnese (Bericht des Arztes oder Internisten abwarten)
2. Risikoaufklärung (Merkblatt) unbedingt vom Patienten unterschreiben lassen (siehe Muster) (Die Aufklärung umfasst auch das Implantatsystem und Material, mögliche Risiken, Techniken und die Verwendung von Knochen, alloplastische Materialien, PRP etc.)
3. Einverständniserklärung (muss spätestens zwei Tage vor der Implantation unterschrieben vorliegen. Der Patient unterschreibt in für ihn verständlicher Weise aufgeklärt worden zu sein und bestätigt keine Fragen mehr zu haben).

Indikationsklassen:

Dabei sind prinzipiell die Sofortimplantation (unmittelbar nach der Extraktion), die verzögerte Sofortimplantation (vier bis sechs Wochen nach Extraktion) und die Spätimplantation möglich. Die verzögerte Sofortimplantation soll dem alveolären Kollaps entgegenwirken. Sie erfolgt nach Rückbildung einer akuten oder subakuten Parodontitis, die Spätimplantation zeitlich unabhängig vom Zahnverlust. Um eine Indikation zu stellen, ist die prothetische Diagnostik wie folgt zu erarbeiten: Anamnese/Karies- und

Parodontalbefund/Schleimhautbefund/Funktions- und Modellanalyse/bildgebende Verfahren.

Sofortimplantation und Sofortbelastung werden von den Versicherungsgesellschaften zunächst verwehrt. Es wird um eine individuelle Begründung zur Behandlung in Bezugnahme auf eine wissenschaftliche Stellungnahme gebeten.

Hauptindikationen:

Die definitiv notwendige Anzahl von Implantaten legt der Behandler situationsbezogen bei Therapieplanung in Absprache mit dem Patienten fest. Wenn der Patient nun die Therapieplanung und den Heil- und Kostenplan bei seiner Versicherung und/oder Beihilfestelle einreicht, beginnt der Kampf in Gesprächen oder schriftlich zwischen Patient, Behandler und Versicherungsstelle. Sie werden um die Angabe von Begründungen gebeten, sollen Fragebögen möglichst schnell beantworten (Auskunftsersuchen), der Beratungszahnarzt der Versicherung lehnt die Kostenübernahme ab, oder die Beihilfe verweigert den Zuschuss, was das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Behandler belastet. Bei Erstattung bleiben dann gewisse Leistungen unberücksichtigt, indem die Versicherung eigenmächtige Kommentare oder verschiedene Auslegungen der Gebührenordnung zitiert, oder behauptet die Leistung sei nicht berechnungsfähig. Hierzu aktuell die wichtigsten Basisinformationen.

Eigenmächtige Kommentare von Beihilfestellen oder Versicherungen zur Berechnungsfähigkeit sind jedoch nicht zulässig. Selbst das Bundesgesundheitsministerium ist nicht zur „authentischen Interpretation“ der Gebührenordnung berechtigt, entschieden nachfolgende Gerichte:

AG Ansbach, Urteil vom 11.02.1991, AZ: 19 K 90.0 1977

Bayrischer VGH, Urteil vom 18.03.92, AZ: 127C 77/92 BverwG, Urteil vom 21.09.1995, AZ: 2 C 33.94

Die Aussage „nicht berechnungsfähig“ ist gerichtlich anfechtbar. Bei Einschränkung der Leistungspflicht ist die Versicherung darlegungs- und beweispflichtig (z. B. dass ihre Satzung eine Erstattung nicht vorsieht).

BGH, Urteil vom 29.05.91, AZ: IV/ZR 150/91

Das Auskunftsersuchen (Auskunftsbegehren)

Das Auskunftsersuchen (Auskunftsbegehren) der privaten Krankenversicherungen ist inzwischen obligatorisch geworden und führt durch den lästigen Schriftverkehr zu einem erheblichen Zeit- und Kostenaufwand in der zahnärztlichen Praxis. Laut BGH-Urteil vom 11.06.2003– IV ZR 418/02 widerspricht das Auskunftsbegehren eindeutig höchstrichterlicher Entscheidungen. Immer häufiger werden Behandler von den Privatversicherern direkt angeschrieben und um Stellungnahmen gebeten. Widersprechen Sie der Floskel „Der Patient ... hat uns laut Vertrag von der Schweigepflicht entbunden“, da die Schweigepflichtentbindung nicht ausreicht. Der Patient müsste Sie bei jedem neuen Behandlungsfall erneut von der Schweigepflicht entbin-

den. Oftmals werden nicht nur medizinische oder Therapieplanungsfragen, sondern vornehmlich versicherungstechnische Fragen gestellt. Da Sie der Schweigepflicht unterliegen, sind Sie nicht befugt, darüber Auskunft zu erteilen. Jedoch zur Klärung von zahnmedizinisch notwendigen Behandlungsmaßnahmen können Sie Ihren Honoraranspruch für diese Tätigkeit, je nach Zeitaufwand, gemäß BGB §670 geltend machen. Emp-

BGB § 670 Ersatz von Aufwendungen

Macht der Beauftragte zum Zwecke der Ausführung des Auftrags Aufwendungen, die er den Umständen nach für erforderlich halten darf, so ist der Auftraggeber zum Ersatz verpflichtet.

Der Patient hat das Recht auf eine Begutachtung durch einen implantologisch tätigen Gutachter. Die Stellungnahme des beratenden Zahnarztes der privaten Versicherungsgesellschaft ist deshalb als Behandlungsempfehlung, meist unter kostenminimierten Gesichtspunkten, zu betrachten.

fohlen wird, den Schriftverkehr durch den Patienten an dessen Versicherung übermitteln zu lassen.

Der Versicherte hat lt. BGH-Urteil das Recht, die (meist

§ 178m VVG

Der Versicherer ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder jeder versicherten Person einem von ihnen bekannten Arzt Auskunft über und Einsicht in Gutachten zu geben, die er bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Der Auskunftsanspruch kann jedoch nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

ablehnende) Stellungnahme anzufordern oder Sie damit zu beauftragen.

Die Versicherungen überschreiten somit oft ihre Kompetenzen.

Die häufigsten Aussagen der Erstattungsstellen und die Entscheidungen durch unsere Gerichte:

a) Die Leistungen sind medizinisch nicht notwendig oder wissenschaftlich anerkannt

Urteil des BGH vom 12.03.2003 (AZ: IV ZR 278/01):

Nach einer Entscheidung des BGH dürfen mittlerweile Kostengesichtspunkte keine Rolle mehr spielen und eine notwendige Behandlung wäre zu erstatten, selbst wenn es theoretisch günstigere zielführende Wege gäbe. Der private Krankenversicherer ist verpflichtet, dem Versicherten die tatsächlich entstandenen Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen zu erstatten, soweit sich aus dem Versicherungsvertrag und den zu Grunde liegenden Versicherungsbedingungen nichts anderes ergibt. Versicherungen versuchen, ihre „eigenen“ Vorstellungen von angemessenen Vergütungen durchzusetzen. Zwar versuchen nun einzelne Privatversicherungen zu argumentieren, die BGH-Rechtspre-



Abb. 1: Einzelzahn­lücke (Klasse Ia) Front.

Abb. 2: Einzelzahn­lücke (Klasse Ib) Seite.

Abb. 3: Schalt­lücke (Klasse II b).

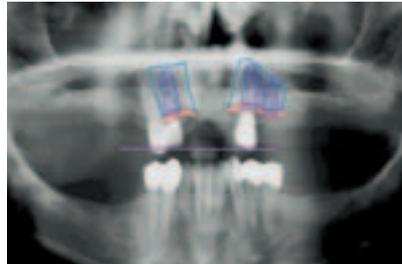


Abb. 4: Freimont­situation (Klasse II a). – Abb. 5: Stark reduziertes Rest­gebiss (Klasse II c). – Abb. 6: Zahn­loser Kiefer (Klasse III).

chung sei nicht auf die Erstattung von Zahnbehand­lungskosten anzuwenden. Diese Argumentation ist rechtlich abwegig, da die vom Bundesgerichtshof ange­prochenen Regelungen allgemeiner Natur sind und für die gesamte Krankenkostenerstattung gilt. Für die Frage, ob eine Behandlung medizinisch notwendig ist, ist grundsätzlich der Zeitpunkt der ärztlichen Entscheidung maßgeblich. Hat eine Behandlungsmethode jedoch Erfolg, ist sie vom Versicherer zu bezahlen, auch wenn es sich bei der Behandlungsmethode um eine so genannte Außenseitermethode handelt.

LG München, Urteil vom 15.12.2003, AZ: 6S 7321/03

b) Die Labor- und Materialkosten seien unangemessen hoch – verweisen auf BEL oder medizinisch nicht notwendig

Berechnung der Laborkosten, (GOZ § 9) nach BEB statt BEL. Die Erstattungspflicht eines privaten Krankenversicherers für zahntechnische Leistungen ist nicht auf die im BEL vorgesehene Vergütung beschränkt. Will die Versicherung nur die BEL-Sätze erstatten, muss dies bereits im Versicherungsvertrag festgeschrieben sein. (Rechts­grundlage für den Erstattungsanspruch ist der Kranken­versicherungsvertrag, der zwischen den Parteien zu­stande gekommen ist.)

LG Darmstadt, Urteil vom 05.05.2004, AZ: 7 S 180/01

OLG Celle, Urteil vom 10.01.2000, AZ: 1 U 100/98

OLG Düsseldorf, Urteil vom 07.05.1996, AZ: 4 U 43/95
BGH, Urteil vom 12.03.2003, AZ: IV ZR 278/01 (siehe oben) bestätigt, dass die Sachkostenliste der PKV nicht anzuwenden ist. Weiterhin sind Leistungen wie individuell charakterisieren, gnathologische Kaufläche, Split Cast Sockel, silanisieren, ätzen u.v.m. medizinisch notwendig und erstattungspflichtig.

c) Weiterhin wird behauptet, dass die GOÄ zur Berechnung nicht herangezogen werden darf
„Zielleistungsprinzip“

Nachdem in der Gebührenordnung selbstständige Leis-

tungen beschrieben sind, ist der Begriff vorab zu definieren. Eine selbstständige Leistung ist dann gegeben, wenn sie nicht Teil einer anderen Leistung darstellt, und im Gebührenverzeichnis eine eigene Beschreibung und Bewertung gefunden hat. Als selbstständige Leistung gelten Maßnahmen, die nicht örtlich, zeitlich oder technisch im Zusammenhang mit einer anderen Leistung stehen. So ist es möglich, die GOZ mit der GOÄ in Verbindung zu berechnen, auch wenn Versicherer behaupten, Begleitleistungen wären durch die GOZ-900er Positionen abgegolten. So ist die von den Versicherern angestrebte Zielleistung abgelehnt worden.

LG Würzburg, Urteil vom 27.02.2003, AZ: 11 C 1228/01
AG Iserlohn, Urteil vom 01.03.1993, AZ: 40 C 75892

d) Einmalbohrer, Lagerhaltungskosten, OP-Material, etc. sind mit der GOZ-Gebühr abgegolten. Neues Urteil des Bundesgerichtshofes vom 24. Mai 2004 AZ III ZR 264/03 überwiegend negativ liegt vor.

Berechnung von Auslagenersatz nach § 10 GOÄ, Praxismaterial, Berechnung von Implantatbohrersätzen und Lagerhaltungskosten für Implantate

Auslagenersatz:

Auslagenersatz bzw. Materialkosten dürfen nur noch im Zusammenhang mit Leistungen aus der Gebührenordnung für Ärzte (aus den Teilen der GOÄ, die dem Zahnarzt eröffnet wurden) berechnet werden.

Das Gericht kam im Schluss zu der Auffassung, dass die gesonderte Berechnungsfähigkeit der hier in Rede stehenden Materialien im Ergebnis nicht verneint werden kann.

„Soweit es um die verwendeten Einmalbohrersätze geht, ist zu unterscheiden:

Soweit dem Zahnarzt die Gebührenordnung für Ärzte eröffnet ist, kann er auch nach § 10 Abs. 1 Nr. 1 GOÄ die Kosten dieses mit der einmaligen Anwendung verbrauchten Artikels berechnen, der nicht zu den in § 10 Abs. 2 GOÄ aufgeführten Kleinartikeln gehört. Demge-

genüber wurden die ossären Aufbereitungsinstrumente im Zusammenhang mit den zahnärztlichen Leistungen aus dem Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses erbracht, der lediglich die gesonderte Berechnung der verwendeten Implantate und Implantatanteile zulässt.“

„Auslagenersatz nach § 10 GOÄ kann der Zahnarzt nur für solche Materialien verlangen, die im Zusammenhang mit einer nach § 6 Abs. 1 GOZ eröffneten ärztlichen Leistung verwendet worden sind. Außerhalb des durch § 6 Abs. 1 GOZ eröffneten Bereichs kommt eine entsprechende Anwendung des § 10 GOÄ für den Auslagenersatz im Zusammenhang mit zahnärztlichen Leistungen nicht in Betracht.“

„Sind Materialien nach dem Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht berechnungsfähig, sind die Kosten hierfür, soweit nicht § 9 GOZ eingreift, nach § 4 Abs. 3 GOZ mit den Gebühren abgegolten.“

Lagerhaltungskosten:

Es dürfen keine Kosten für Lagerhaltung bei Implantaten mehr berechnet werden. Das Gericht ist der Auffassung, dass es sich um Artikel, die für den Sprechstundenbedarf voraussichtlich erforderlich sind, handelt und dass es sich hier um Praxiskosten handelt.

„Der Revision kann eingeräumt werden, dass eine Bevorratung von Implantaten in der Zahnarztpraxis aus betriebswirtschaftlicher Sicht Kosten auslöst, die zu den Erwerbskosten für die Implantate hinzutreten. Dabei handelt es sich jedoch, wie auch bei der Bevorratung anderer für den Sprechstundenbedarf voraussichtlich erforderlicher Artikel, um typische Praxiskosten, die mit den Gebühren abgegolten sind.“ – „Kosten, die dem Zahnarzt durch eine Bevorratung von Implantaten entstehen, sind als Praxiskosten mit den Gebühren abgegolten.“

e) Der Steigerungsfaktor sei unangemessen hoch

Eine Schwierigkeit der einzelnen Leistung, die zu einer Überschreitung des 2,3fachen Gebührensatzes berechtigt, ist jeweils dann gegeben, wenn ein unterschiedlicher Schwierigkeitsgrad bei der Ausführung einer ganz bestimmten einzelnen Leistung, individuell bei jedem Patienten, berücksichtigt werden soll.

Verwaltungsgericht Schleswig-Holstein, Urteil vom 21.04.1995, AZ: 11 A 251/94

Wenn im Versicherungsvertrag des Patienten beinhaltet ist, dass Aufwendungen über dem 3,5fachen Satz bei krankheits- oder befundbedingten Erschwernissen erstattet werden, so ist dem auf jeden Fall Folge zu leisten. AG Frankfurt, Urteil vom 18.02.2004; AZ 29 C 38/02-85 Versicherungsbedingungen, die Erstattungsfähigkeit im Rahmen der gültigen Gebührenordnung vorsehen, schließen Erstattungen auf Honorarvereinbarungen, die den Erfordernissen des § 2 der GOZ entsprechen, nicht aus.

Auch § 2 liegt im Rahmen der GOZ. Versäumt der Versicherer im Vertrag den Hinweis, dass Erstattungen nur bis zum 3,5fachen Satz vorgenommen werden, sind auch darüber hinausgehende Gebührensätze erstattungspflichtig.

AG Düsseldorf, Urteil vom 09.10.1992, AZ: 54 C 8910/92

Soweit Honorarvereinbarungen den Erfordernissen des § 2 entsprechen, muss die Versicherung auch über 3,5fach zahlen.

AG Nürnberg, Urteil vom 22.12.1994, AZ: 11 C 8516/93 Wenn im Versicherungsvertrag des Patienten eine Erstattung über dem 3,5fachen Satz nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist, muss die kostenerstattende Stelle vertragsgemäß erstatten.

LG Essen, Urteil vom 15.11.1991, AZ: 19 O 204/91

f) Neue Behandlungsmethoden, z.B. Softlaser sind nicht berechnungsfähig

Neues Urteil des Bundesgerichtshofes vom 24. Mai 2004 AZ III ZR 264/03

Der Einsatz eines Navigators (computergestütztes Navigationssystem) ist ein kostenintensives Instrument, welches nicht bei Standardfällen benötigt wird, und ist somit Bestandteil der GOZ - Nr. 900 ff. Der Mehraufwand sollte gemäß GOZ § 2 Abs. 1 und 2 über den Steigerungsfaktor geregelt werden oder gemäß GOZ § 2 Abs. 3 vereinbart werden.

Für Fälle, bei denen bestimmte individuelle Kriterien, die in ihrer Summation zu dem indikationsbezogenen Einsatz eines Navigationssystems führen, ist dies sicherlich eine innovative Errungenschaft. Für die Versicherungen ist dies jedoch meist ein Grund, gemäß GOZ § 1, die Erstattung zu verweigern.

Das PRP-Verfahren, eine Blutplasma-Behandlung, ist noch nicht hinreichend wissenschaftlich anerkannt (Evidence based 4). Allein die Anschaffungskosten für das Gerät liegen bei ca. 4.500 Euro, plus Material (Monorette) von ca. 25 Euro je Set. Der zeitliche Mehraufwand bei der Behandlung sowie die Materialkosten können Sie entweder gemäß § 2 Abs. 3 vereinbaren oder gemäß GOZ § 2 Abs. 1 und 2 über den Steigerungsfaktor bei Begleitleistungen regeln.

Das Gericht entschied sich für die Berechnung gemäß GOZ § 2 Abs. 3 und lehnte eine analoge Berechnung des Lasers gemäß GOZ § 6 Abs. 2 folglich ab.

Eine Analogberechnung ist zum heutigen Zeitpunkt nicht gegeben (BGH-Urteil vom 24.05.04). Treffen Sie die Vereinbarungen vor Behandlungsbeginn und weisen den Versicherten auf eine mögliche Kostenübernahmeverweigerung seitens der Versicherung hin.

g) Die Begründungen werden routinemäßig nicht anerkannt, besonders bei beihilfeversicherten Patienten Routinemäßiges Anzweifeln von Begründungen, wenn eine Leistung erbracht wird, ist immer ein konkreter Patient behandelt worden. Die Forderung, eine Begründung müsse patientenbezogen sein, ist demnach überflüssig.

OLG Köln, vom 07.01.1996, AZ: 5 U 196/95

Wenn eine Leistung erbracht wird, ist immer ein konkreter Patient behandelt worden. Die Forderung, eine Be-

gründung müsse patientenbezogen sein, ist demnach überflüssig, entschied das OLG Köln, am 07.01.1996, AZ: 5 U 196/95.

Beihilfebestimmungen

Bitte bedenken Sie im Rahmen Ihrer Patienten-Aufklärungspflicht, dass differenzierte Beihilfebestimmungen bestehen und teilweise die neu festgelegten Indikationsbestimmungen von der Beihilfe unberücksichtigt bleiben. Die Beihilfebestimmungen verändern sich stets und sind bundesweit unterschiedlich (auch zwischen Bund, Land und Kommune!). Informieren Sie den Patienten, dass eine vollständige Kostenerstattung nicht gewährleistet ist. Die evtl. Zuschussermittlung ist Angelegenheit zwischen Patient und seiner Beihilfestelle. Inzwischen gibt es ca. 10 Millionen beihilfeberechtigte Patienten, sodass Sie sich unbedingt im Vorfeld absichern sollten, um spätere Problematiken durch zeitaufwändigen Schriftverkehr oder unnötige Diskussionen zu vermeiden.

Die Berechnungsgrundlagen

Alle in Verbindung mit der Implantation und Suprakonstruktion stehenden Leistungen werden nach GOZ 1988 und ggf. GOÄ vom 01.01.1996 durch eine Privatliquidation berechnet. Bei gesetzlich versicherten Patienten gilt gleiches, da es sich um außervertragliche Leistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 4 SGB V handelt:

„Ebenso gehören implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur

Patientenerklärung nach § 4 Abs. 5b BMV-Z
Anlage zum Heil- und Kostenplan Plan Nr. ... vom ... für
Herrn/Frau ...

Mir ist bekannt, dass ich als sozialversicherter Patient das Recht habe, unter Vorlage einer gültigen Krankenversicherungskarte nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenkassen behandelt zu werden und Anspruch auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung habe.

Darüber hinausgehende Leistungen gehören nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Mein Zahnarzt hat mich über die ausreichend, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung informiert.

Ich wünsche eine darüber hinausgehende Versorgung entsprechend dem nachfolgenden Behandlungsplan als Privatpatient. Ich weiß, dass die Kosten dieser Behandlung unter Zugrundelegung der Gebührenordnung (GOZ bzw. GOÄ) berechnet werden und verpflichte mich, diese selbst zu tragen.

Ort, Datum und Unterschrift des Zahlungspflichtigen!

Kosten für implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktionen dürfen gesetzliche Krankenkassen nicht übernehmen, „...es sei denn, es liegen seltene vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistungen als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt.“ (§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V)

zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden.“

Sichern Sie sich vor Behandlungsbeginn durch eine Patientenerklärung ab und holen die Unterschrift des Patienten, z.B. durch folgenden Mustertext ein:

Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle gemäß der Richtlinien für gesetzlich versicherte Patienten Im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes ist hier mit Änderungen zu rechnen. Die implantologischen Leistungen sollen in den BEMA aufgenommen werden. Weiterhin soll der Patient ab 2005 einen befundbezogenen Festzuschuss durch die Zahnersatzzusatzversicherung (§§ 55 und 58) auch bei Suprakonstruktionen erhalten. Bis Detailfragen geklärt sind wird es noch bis Herbst 2004 dauern.

Ausnahmefälle für die Suprakonstruktion bei gesetzlich versicherten Patienten (§ 30 SGB V)

§ 30 Abs. 1 SGB V entfällt ab 01.01.2005, dafür tritt § 55 – befundbezogener Festzuschuss nach Pflichtversicherung (monatl. 8,50 € Beitrag) in Kraft.

„Für Suprakonstruktionen besteht der Anspruch in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegenden Ausnahmefällen.“

Ausnahmefälle für Suprakonstruktionen gemäß § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V liegen vor

a) bei zahnbegrenzten Einzelzahnlücken, wenn keine parodontale Behandlungsbedürftigkeit besteht, die Nachbarzähne kariesfrei und nicht überkronungsbedürftig bzw. überkront sind sowie

b) bei atrophiertem zahnlosen Kiefer.

Der Patient erhält den Zuschuss für die Krone bzw. die Totalprothese.

Sämtliche Vorleistungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente gehören nicht zur Suprakonstruktion im Sinne des § 30.

Der Buchstabe „i“ hinter der BEMA-Nr. kennzeichnet die Suprakonstruktion und dient dazu, das Abrechnungsvolumen der Ausnahmefälle zu ermitteln. Die Punktzahl bleibt unverändert. Bitte beachten Sie die Neuregelungen bei Ih-

Korrespondenzadresse:

Kerstin Salhoff

Altenfurter Str. 11, 90475 Nürnberg

E-Mail: kerstin.salhoff@t-online.de

Individualprophylaxe und deren Abrechnung

Im Rahmen der Gesundheitsreform übernehmen die Gesetzlichen Krankenkassen seit Anfang des Jahres nur noch einmal pro Jahr die Kosten für eine professionelle Zahnsteinentfernung.

Patienten, welche zur Vermeidung von Zahnfleisch- und Parodontoseerkrankungen eine häufigere Zahnsteinentfernung wünschen, müssen die Kosten darüber hinaus selbst tragen.

DR. MARKUS HECKNER/BERLIN

Mit dem Entschluss im Bereich der Individualprophylaxe einzusparen, hat der Gesetzgeber, nach weit verbreiteter Meinung, wieder ein Schritt in die falsche Richtung getan. Gehören doch Karies und Parodontopathien zu den am weitesten verbreiteten Krankheiten in Deutschland. Auf Grund zahlreicher klinischer Untersuchungen gilt mittlerweile als gesichert, dass diese Erkrankungen durch die richtige Ernährung, regelmäßige zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen und wirksame Mundhygiene in Verbindung mit der Anwendung von Fluoriden und Versiegeln praktisch vollständig verhütet werden könnten. Mundgesundheit lässt sich ohne die Hilfe von Individualprophylaxemaßnahmen nicht realisieren. Aber was tun in einer Zeit, in der die politischen Entscheidungen zu Gunsten der Krankenkassen anstatt der Patienten gefällt werden?

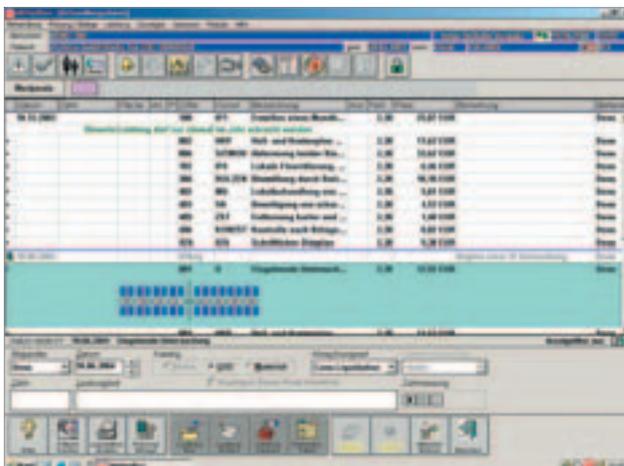
In kaum einem anderen Bereich der zahnärztlichen Arbeit ist der Erfolg so abhängig von der dauerhaften Mitarbeit des Patienten wie in der Prophylaxe. Intensive Aufklärung und ständige Motivation sind unverzichtbar. Diese Maßnahmen erfordern einen hohen Zeitaufwand, welcher eine gerechte Entlohnung nach sich ziehen sollte. Wenn der Gesetzgeber den Zahnärzten eine Hürde nach der anderen aufbürdet, dann sollten diese keine Leistung mehr „verschenken“ und die gegebenen Möglichkeiten nutzen. Eine lückenhafte Dokumentation und/oder eine fehlerhafte Abrechnung können den Praxisinhaber viel Geld kosten. Deshalb ist es wichtig, die richtige Unterstützung zu bekommen. Spezielle Software (wie z.B. DENSoffice EXPERIENCED, DENS

GmbH) hilft schon seit Jahren Zahnärzten das Maximum des Erreichbaren für sich und ihre Patienten aus diesem ungerechten System herauszuholen.

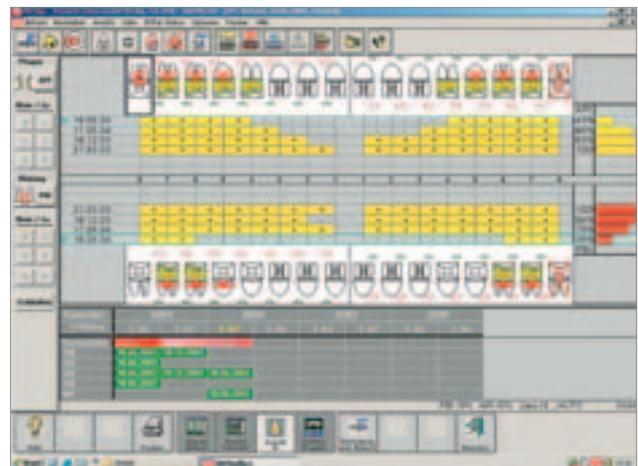
Die Berechnung von Leistungen der zahnärztlichen Individualprophylaxe

Jeder Patient, ohne Rücksicht auf sein Alter, kann individualprophylaktische Maßnahmen in Anspruch nehmen. Der Zahnarzt kann für seine erbrachten Leistungen die entsprechenden GOZ-Nummern berechnen, auch dann, wenn z.B. eine Beihilfestelle oder Privatversicherung einschränkende Bestimmungen in der Erstattung vorgesehen hat. Zum Beispiel ist die GOZ-Nr. 100 nur bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs beihilfefähig. Die Erstattung erfolgt dann durch den Patienten privat.

Die individualprophylaktischen Maßnahmen umfassen die Erstellung des Mundhygienestatus und die eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen (GOZ-Nr. 100), die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Untersuchungen (GOZ-Nr. 101) sowie die lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz (GOZ-Nr. 102). Sollte der in der Leistungsbeschreibung der GOZ-Nr. 100 geforderte Zeitaufwand von 25 Minuten weit überschritten werden, könnte unter Umständen ein Überschreiten des 2,3fachen Gebührensatzes durch den geforderten umfangreichen Leistungsinhalt begründet werden. Die GOZ-Nr.



Eingabe von IP-Leistungen in DENSoffice.



DENSip – Übersicht mit IP-Kalender und Verlaufsanzeige.

Der Beitrag basiert auf den Angaben des Herstellers.

100 kann nur einmal innerhalb eines Jahres berechnet werden. Berechnungseinschränkungen wie diese können zukünftig im GOZ-Katalog von DENSoffice hinterlegt werden. Der Anwender bekommt so gegebenenfalls automatisch einen Warnhinweis.

Auch zusätzliche selbstständige Maßnahmen, die im Zusammenhang mit Prophylaxeleistungen erbracht werden müssen, jedoch nicht zum Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 100 gehören, und daher zusätzlich berechnet werden können, sind demnächst im GOZ-Katalog hinterlegbar. Das Programm schlägt dann nach Eingabe der Leistung die entsprechenden zusätzlich abrechenbaren selbstständigen Maßnahmen vor. Bei der Eingabe der GOZ-Nr. 100 wären dies z.B. die Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans auf Anforderung, Röntgendiagnostik, Abformungen eines Kiefers für ein Situationsmodell, lokale Fluoridierung, Versiegelung, Polieren von Füllungen, Erstellen eines Parodontalstatus, Lokalbehandlung von Mundschleimhautrekrankungen, Beseitigung von Fremdreizen am Parodontium, die Entfernung harter und weicher Zahnbeläge sowie das Erstellen eines individuellen Diätplanes.

Zu beachten sind auch die gesondert berechnungsfähigen Kosten, welche mit den Gebühren nach § 4 Abs. 3 GOZ nicht abgegolten sind. Also alle nicht den allgemeinen Praxiskosten zugeordneten Leistungen wie Materialien, welche dem Patienten mitgegeben werden. Hierzu zählen Zahnbürsten, Zahnseide, Interdentälbürsten, Färbetabletten und Mundspiegel oder Ähnliches.

Maßnahmen nach GOZ-Nr. 100

Im Rahmen der vorbereitenden Therapie erfolgen primär das Erstellen eines individuellen Mundhygienestatus mit der zugehörigen eingehenden Unterweisung zur Vorbeugung gegen parodontale Erkrankungen und anschließend die Kontrolle des Unterweisungserfolges. Diese kann direkt in derselben oder einer späteren Sitzung erfolgen. Die Vorbereitungsphase umfasst dabei Anamnese, Befund und Dokumentation. Eine geeignete Software kann dabei die notwendige Unterstützung geben und Vorgänge durch Automatisierung vereinfachen. So kann man oft viel Arbeitszeit einsparen. Darüber hinaus wird in dieser Phase der Patient individuell über alle notwendigen Hilfsmittel und Methoden zur täglichen Mundhygiene informiert, instruiert und motiviert. Auch hier kann Software visuelle Unterstützung geben.

Maßnahmen nach GOZ-Nr. 101

Da es in der Regel nur schrittweise gelingt, den Patienten in seiner gewohnten Verhaltensweise im Hinblick auf seine Mundhygiene zu bewegen, sind regelmäßige Erfolgskontrollen und Remotivierung notwendig. Je nachdem wie der Patient auf die Therapie anspricht, sind diese Kontrollen nach GOZ-Nr. 101 in unterschiedlichem Ausmaß und Zeitabständen indiziert. Diese Maß-

nahmen können mit einem Zusatzmodul (DENSip) auf einfachste Weise geplant werden. Das System übernimmt anschließend die Überwachung der definierten Vorgänge. Stellt der Zahnarzt in der Nachsorge ein Nachlassen der Hygienebemühungen des Patienten fest, sind die Prophylaxemaßnahmen nach den GOZ-Nrn. 100 und 101 erneut indiziert, wenn Reinstruktion und Remotivation nicht mehr ausreichen. Da nur eine kontinuierliche bzw. regelmäßige gründliche Nachsorge dauerhaft den entzündungsfreien Zustand des Parodontiums gewährleisten kann, sollte der Patient unbedingt in das Recallprogramm aufgenommen werden. Die anschließenden Aufgaben und die Überwachung der notwendigen Vorgänge werden bei DENSoffice-Anwendern größtenteils vom integrierten Recall-System übernommen. Bei den Untersuchungen sollte auf die individuellen Bedürfnisse und Probleme des einzelnen Patienten eingegangen werden. Dokumentieren Sie dabei die individuellen Gewohnheiten sowie die anatomischen und physiologischen Besonderheiten (z.B. Speichelarmut oder Zahnengstand) des Patienten. Der Mundhygienestatus ist die Grundlage einer jeden Prophylaxebehandlung und dient der Dokumentation der zahnärztlichen Untersuchung des Gesundheitszustandes der Mundhöhle. Nur durch diese Dokumentation kann der Zahnarzt den Erfolg seiner Behandlungsmaßnahmen sichtbar darstellen. Die visuelle Darstellung soll auf den Patienten motivierend wirken und die Behandlung rechtfertigen. Das Zusatzmodul (DENSip) gewährleistet die grafische Aufbereitung des aktuellen und alten Befundes und deren Gegenüberstellung. Sie können dem Patienten diese Darstellung als Motivationshilfe ausdrucken und mitgeben.

Zusammenfassung

Die systematische Individualprophylaxe ist einer der wichtigsten Bereiche der zahnärztlichen Tätigkeit. Die Gesetzgebung fordert dabei die Einhaltung gewisser Regeln, um den Aufklärungs-, Dokumentations- und Abrechnungsbestimmungen zu entsprechen. Die DENS GmbH aus Berlin hilft den deutschen Zahnärzten mit ihrem Produkt seit Jahren diesen Anforderungen gerecht zu werden. Die automatische Übernahme von Patienten ins Recall, die vereinfachte Befunderstellung mittels Assistenten, das ausdrückbare Vergleichsschema, in welchem man den aktuellen Befund dem gewünschten Vorbefund gegenübergestellt bekommt sowie der IP-Kalender mit Übersicht der Prophylaxe-Sitzungen, machen DENSoffice zu einem unverzichtbaren Werkzeug in der Zahnarztpraxis.

Korrespondenzadresse:

Dr. Markus Heckner

Potsdamer Str. 12-13, 14163 Berlin

Tel.: 0 30/80 49 65 20, Fax: 0 30/80 49 65 21

E-Mail: mh@dens-berlin.com

Lohnt sich der Prophylaxe-Shop in der Zahnarztpraxis?

Stehen Aufwand und Nutzen im richtigen Verhältnis? Diese Fragen stellen sich immer noch viele Zahnarztpraxen, wenn sie an den Verkauf von Mundhygieneartikeln und die Einrichtung eines Prophylaxe-Shops in ihrer Praxis denken. Um es kurz zu machen: Die Antwort ist ein klares „ja, aber ...“.

DIRK DUDDECK/HEIDELBERG

Das heißt, man muss sich schon etwas intensiver mit dieser Problematik beschäftigen, um einerseits die klaren Vorteile für die eigene Praxis zu erkennen und andererseits die berufs- und steuerrechtlichen „Spielregeln“ zu verstehen. Sonst läuft die Praxis Gefahr, entweder mit der eigenen Kammer (bzw. den Kollegen von nebenan) oder mit dem Finanzamt unliebsame Erfahrungen zu machen. Hält sich die Praxis allerdings an wenige klare Regeln, bietet der gut organisierte und professionell umgesetzte Verkauf von Mundhygieneartikeln ein ganzes Bündel von Vorteilen, die den Erlös aus dem Verkauf einzelner Mundhygieneartikel in den Hintergrund treten lassen. Ebenso wichtig, wie die wirkungsvolle Gestaltung und die technischen Details des Shops als Präsentationsfläche ist seine aus Marketingsicht gesehene besondere strategische Positionierung in der Zahnarztpraxis. Es will also gut überlegt sein, wo der Shop aufgestellt wird und welche Rolle das Praxisangebot an Mundhygieneartikeln in den Patientengesprächen haben soll. Denn ein gut organisiertes und professionell präsentiertes Sortiment an Mundhygieneartikeln stellt nicht nur für Patienten eine erstklassige Serviceleistung dar, sondern bietet der Praxis auch eine ideale Plattform, Patienten auf andere Leistungsangebote wie die professionelle Prophylaxe oder Möglichkeiten der Zahnaufhellung anzusprechen. Wenn der Verkauf von Mundhygieneartikeln mehr sein soll als ein kleines Nebengeschäft, muss das gesamte Praxisteam die besondere Rolle dieses Angebotes und die Bedeutung für die Praxis erkennen. Nur bei optimaler Integration dieses Serviceangebotes in den Praxisablauf profitieren alle – die Prophylaxe-Kraft, der Zahnarzt und – am allerwichtigsten – der Patient.

Welche Mundhygieneartikel darf eine Zahnarztpraxis überhaupt verkaufen?

Unter dem Begriff Mundhygieneartikel werden alle Zahn- und Mundpflegeartikel zusammengefasst, die nicht den Arzneimitteln zugeordnet sind. Die Grenze zu den Arzneimitteln würde überschritten, wenn die in der Zahnarztpraxis angebotenen Produkte vorwiegend zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten bestimmt wären. In der Konsequenz darf der Zahnarzt also apothekenpflichtige Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes (AMG) nicht in sein Verkaufsangebot für Mund-

hygieneartikel aufnehmen. Ein Verkauf von apothekenpflichtigen Arzneimitteln an seine Patienten wäre ein Verstoß gegen das Verbot des § 43 Abs. 1 AMG. Mundhygieneartikel, wie Zahnbürsten, Zahnpasten und Mundspüllösungen, sind hingegen kosmetische Produkte im Sinne des Lebensmittel- und Bedarfsmittelgesetzes, die dazu bestimmt sind, äußerlich beim Menschen oder in seiner Mundhöhle zur Reinigung und Pflege angewendet zu werden.

Wo ist der beste Präsentationsplatz für den Prophylaxe-Shop?

Der beste Präsentationsplatz für Mundhygieneartikel ist zweifellos eine ansprechende Glasvitrine, die im Empfangsbereich der Zahnarztpraxis am sinnvollsten aufgestellt ist. Hier können die Patienten den Prophylaxe-Shop am besten wahrnehmen. Zugleich ist der gesamte Shopbereich unter Beobachtung der Mitarbeiter, sodass



Fragen zu den Produkten sofort beantwortet werden können. Um die Sicherheit in der Praxis zu gewährleisten, sollte eine solche Glasvitrine idealerweise aus Einscheiben-Sicherheitsglas (ESG) bestehen, durch das bei Glasbruch die Verletzungsgefahr deutlich gesenkt wird. Eine effektvolle Beleuchtung und Anschlussmöglichkeiten für akkubetriebene Zahnbürsten sind ebenso sinnvoll, wie verstellbare Einlegeböden. Am besten werden die verschiedenen Mundhygieneartikel auf einer so genannten Blisterwand präsentiert. Dabei werden die Produkte auf passende Edelstahlhaken geschoben und an einer Lochwand eingehängt. Dies schafft bei der Vielzahl an präsentierten Produkten Überblick und Ordnung. Dem Patienten wird damit nicht nur eine professionelle Produktpräsentation vermittelt, er wird das Praxispersonal erfahrungsgemäß von selbst häufiger auf die Produkte hin ansprechen.

Darf für den Verkauf von Mundhygieneartikeln geworben werden?

Die Werbemaßnahmen für das Warenangebot des Prophylaxe-Shops unterliegen sowohl allgemeinen Werbeverboten – zum Beispiel dem Verbot der marktschreierischen und irreführenden Werbung nach dem Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG), wie auch speziellen Werberegeln, etwa dem Heilmittelwerbegesetz und dem Werberecht eines freien Heilberufs nach der Berufsordnung. Mundhygieneartikel fallen in den Rahmen des Heilmittelwerbegesetzes. Dieses Gesetz dient dem Patienten- und Verbraucherschutz und verbietet beispielsweise eine Werbung mit irreführenden Bildern oder mit unseriösen Angaben. Der in die zahnärztliche Praxis integrierte Prophylaxe-Shop ist in seiner Art und in seinem Erscheinungsbild ein Praxisbestandteil. Damit gehört der Betrieb eines Prophylaxe-Shops zur zahnärzt-

lichen Berufsausübung und unterliegt dem Berufsrecht, speziell der Berufsordnung. Erlaubt sind an die eigenen Patienten gerichtete Informationswerbung, etwa in Form von Patienteninformationen, Patientenbroschüren oder einem Internetauftritt gemäß den einschlägigen Vorschriften der Berufsordnung. Grundregel dabei ist: Im Vordergrund muss ein seriöser gesundheitlicher Informationswert stehen, der Beratungshilfen und Anwendungshinweise beinhaltet, die mit der speziellen Prophylaxe-Praxisphilosophie im Einklang stehen. Damit unterscheidet sich die Werbung für Produkte des Prophylaxe-Shops und für Prophylaxe-Angebote der Praxis wesentlich von der allgemeinen kommerziellen Marktwerbung.

Prophylaxe-Shop erhöht die Patientenbindung

Der Patient erwartet zu Recht von seinem Zahnarzt und seinen Praxismitarbeitern eine Beratungskompetenz für Heilmittel und Heilhilfsmittel zur Mund- und Zahnpflege, die ihm weder in einer Drogerie noch im Supermarkt begegnen wird. Hat die Prophylaxe-Fachkraft einen Patienten aufwändig dazu motiviert, beispielsweise spezielle, für seine individuelle Indikation passende Interdentalbürsten einzusetzen, und wurde der Patient anschließend in deren Handhabung professionell unterwiesen, freut er sich, wenn er seine Pflegemittel auch am gleichen Abend einsetzen kann. Es dürfte nicht schwer sein, sich auszumalen, wie es um das Motivationsniveau des Patienten bestellt ist, wenn er auch in der dritten Apotheke die empfohlenen Produkte nicht erwerben kann. Die unmittelbare Versorgung des Patienten mit seinen Mundhygieneartikeln im Anschluss an eine Behandlung oder professionelle Beratung ist eine Serviceleistung der Praxis, die Patienten sehr zu schätzen wissen und die sie in keiner Drogerie erhalten. Im Klartext: Der Verkauf von

ANZEIGE

ICH DENK AN MICH



ALDEHYDFREIHEIT

für Ihre Praxis mit **Mikroloid® AF...**

Ab sofort gibt es die **Generation 2004** der Erfolgsmarke **Mikroloid®** zur Flächendesinfektion im neuen Design –
umweltbewusst, schonend, wirkungsvoll!

... als gebrauchsfertiges getränkte Tücher und als Jumbo Tücher!

... als gebrauchsfertiges Liquid und ...

chuske-mayr

Tel. 040 / 521 00-000 + Fax 040 / 521 00-000 + www.chuske-mayr.com + mail@chuske-mayr.com + 22940 Nordstedt

Mundhygieneartikeln an den Patienten ist ein Teil des Praxismarketings. Zugleich fördert dieser „Rund-um-Service“ die Patientenbindung und den Expertenstatus der Prophylaxe-Fachkräfte. Serviceorientierte Praxen bewegen sich im Trend, da sie eine Erwartungshaltung der Patienten erfüllen.

Praxisangebot zur Prophylaxe – fester Bestandteil der Patientenaufklärung

Die Rolle, die dem „Serviceangebot Mundhygieneartikel“ für die Praxis zukommt, wird in den wenigsten Fortbildungskursen ausreichend erklärt. Kritischer Erfolgsfaktor ist das persönliche Gespräch mit dem Patienten. Wohl dem, der als Redetalent hiermit keine Probleme hat und sich auf die verschiedensten Patienten täglich neu einstellen kann. Will man im gesamten Team diese Fähigkeiten trainieren, bietet sich eine Praxisschulung vor Ort an. Im eigenen Praxiseumfeld wird hierbei gemeinsam mit dem Praxisteam geübt. Da das gesamte Praxisteam an der Schulung teilnehmen kann, wird das Gelernte auch im Anschluss an die Schulung besser umgesetzt. Ob es nur um organisatorische Problemlösungen geht, die fachliche Durchführung der Prophylaxe optimiert wird, oder in Rollenspielen die Gesprächsführung mit dem Patienten geübt und verbessert wird – eine geschulte Praxistrainerin kann in jedem Fall Potenziale in der Praxis erkennen und freisetzen. Nur wenn das Praxisteam geschlossen hinter dem Serviceangebot Prophylaxe steht und die Begeisterung auch den Patienten vermittelt werden kann, kann der Prophylaxe-Shop zum Praxiserfolg beitragen.

Fallstricke bei der steuerlichen Beurteilung erkennen

Von besonderer Bedeutung ist richtige Trennung von gewerblicher und freiberuflicher Tätigkeit, da bei unscharfer Abgrenzung erhebliche steuerliche Nachteile drohen. Würden beispielsweise die aus gewerblicher Tätigkeit stammenden Einkünfte aus dem Prophylaxe-Shop ohne weitere Trennung in die Praxiseinnahmen hineinfließen, wäre die gesamte Tätigkeit der Praxis gewerblich zu beurteilen. Für die Trennung von gewerblichen (Mundhygieneartikelverkauf) und freiberuflichen Tätigkeiten (Praxisbetrieb) müssen die folgenden Punkte unbedingt erfüllt werden (siehe Checkliste). Im Ergebnis entsteht damit ein selbstständiges Gewerbe, das steuerlich völlig

getrennt von der Praxis behandelt wird. In jedem Fall sollte der Steuerberater hinzugezogen werden, da sich je nach Praxistyp (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft) Besonderheiten ergeben.

Broschüre gibt Auskunft

Eine ganz aktuell überarbeitete Broschüre mit dem Titel „Der Prophylaxe-Shop in der Zahnarztpraxis – Verkauf von Mundhygieneartikeln unter berufs- und steuerrechtlichen Aspekten“, die in Zusammenarbeit mit dem ehem. Direktor und Justiziar der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe erstellt wurde, gibt Antworten auf alle berufsrechtlichen und steuerrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit dem Verkauf von Mundhygieneartikeln in der Zahnarztpraxis. Dabei werden die verschiedenen Praxisformen berücksichtigt und individuell beantwortet. Die Broschüre enthält außerdem Checklisten, Beispielrechnungen, Musterverträge und die wichtigsten Erlasse der Finanzbehörden zum Themenkomplex Prophylaxe-Shop. Sie kann unter Faxnummer 0 62 21/64 99 71-20 oder im Internet unter www.praxisdienste.de gegen einen geringen Kostenbeitrag von 14,- € inkl. Versandkosten angefordert werden.

Fazit

Es liegt nahe, den Verkauf von Mundhygieneartikeln zum wirkungsvollen Marketinginstrument für das gesamte Prophylaxespektrum der Praxis einzusetzen. Solange sich die Zahnarztpraxis beim Verkauf von Mundhygieneartikeln an einfache steuerliche, berufsrechtliche und ethische Regeln hält und ihr wirtschaftliches Eigeninteresse dem gesundheitlichen Wohl des Patienten unterordnet, ist der Prophylaxe-Shop in vielerlei Hinsicht eine ideale Bereicherung für jede Zahnarztpraxis. Weitere Informationen zum abgebildeten Prophylaxe-Shop, der Informationsbroschüre oder dem Vor-Ort-Seminar können telefonisch unter 0700-PROPHYSHOP (07 00/77 67 49 74 67) oder über E-Mail info@praxisdienste.de angefordert werden.



Korrespondenzadresse:

Dirk Duddek

Brückenstr. 45, 69120 Heidelberg

Tel.: 0 62 21/64 99 71-0, Fax: 0 62 21/64 99 71-20

E-Mail: duddeck@praxisdienste.de

Diagnostik der Fissurenkaries – Wann bohren?

Karies beginnt mit einer nur mikroskopisch sichtbaren Demineralisation der betroffenen Schmelz-, Dentin- oder Zementoberfläche. Nach Einbruch der entsprechenden Zahnoberfläche ist die Karies leicht zu diagnostizieren, aber oft schon so weit fortgeschritten, dass eine extensive Restauration nötig ist.

PROF. DR. ADRIAN LUSSI/BERN

Schwierig zu diagnostizieren hingegen sind Läsionen im Anfangsstadium oder Läsionen, die, obwohl bis ins Dentin vorgedrungen, eine makroskopisch intakte Oberfläche zeigen. Nur eine korrekte Diagnose ermöglicht es, die richtige Therapie einzuleiten. Es muss entschieden werden, ob präventive Maßnahmen genügen oder ob direkt invasiv vorgegangen werden soll. Epidemiologische Studien haben gezeigt, dass – bei einer generellen Abnahme der Kariesprävalenz in der Schweiz und in Europa – die okklusalen Flächen der bleibenden Molaren bei Kindern und Jugendlichen am meisten mit Karies befallen sind (STEINER et al. 1994). Fissurenkaries muss dementsprechend häufig diagnostiziert werden. Die Diagnose ist hingegen schwierig.

Die Fissurenkaries

Verschiedene Gründe werden für die hohe Kariesprävalenz in den Fissuren angeführt:

- Erhöhte Plaqueakkumulation in den Fissuren bis zur endgültigen Okklusionsfindung. CARVALHO et al. (1989) haben festgestellt, dass der fehlende Antagonistenkontakt eine signifikant erhöhte Plaqueakkumulation zur Folge hat.
- Erhöhte Kariesanfälligkeit des Schmelzes in den ersten Jahren nach dem Durchbruch. Durch Re- und Demineralisationszyklen findet eine Maturation des Schmelzes statt. Die verminderte Kariesanfälligkeit des gereiften Schmelzes ist nicht fissurenspezifisch, wirkt sich dort aber stärker aus.
- Die ungünstige Fissurenmorphologie verunmöglicht oft die Reinigung des Fissurenfundus. Eigene Analysen an Schliffen von 120 Zähnen zeigten bei ungefähr der Hälfte der Fälle eine der Reinigung durch Zahnbürste nicht zugängliche Fissurenanatomie. Ungefähr 20% der untersuchten Stellen zeigten ausladende Fissuren. 30% wiesen enge, nur schwierig zu reinigende Fissurenformen auf (Abb. 1).

Weiter wurde festgestellt, dass unter einer makroskopisch intakten Oberfläche Dentinkaries vorhanden sein kann. Dieser Sachverhalt erschwert die Diagnose. Es scheint, dass etwa 10–30% der Dentinläsionen an Molaren eine bei oberflächlicher Inspektion „intakte“ Oberfläche zeigen, die so genannte „hidden“ Karies. Erschwerend kommt hinzu, dass die oft zu beobachtende dunkle Ver-

färbung des Fissurenfundus nicht zwangsläufig mit Fissurenkaries zusammenhängt, da die Verfärbung auch eine andere exogene Ursache aufweisen kann. Dies trifft vor allem für bleibende Zähne zu. Bei Milchzähnen hingegen deutet eine Verfärbung oft auf eine darunterliegende Karies hin. Neben der klinischen Untersuchung, Biting-Röntgenbildern und der Messung der elektrischen Leitfähigkeit kann die Lasertechnologie zur Diagnostik herbeigezogen werden.

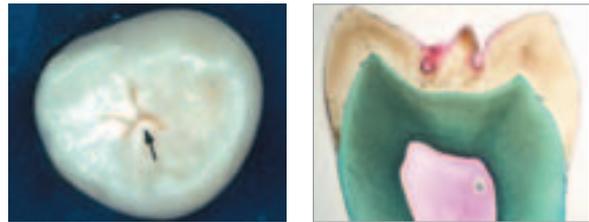


Abb. 1: Fissur (a) mit dem histologischen Schnitt an der Stelle des Pfeiles (b). Beachte die schwierig zu reinigende Fissur.

Klinische Untersuchung

Obwohl jedes Jahr immer neue und unter Umständen auch bessere Geräte als Hilfsmittel zur Befundaufnahme und Diagnostik zur Verfügung stehen, ist es wichtig, zuerst die Inspektion der Mundhöhle und der Zähne durchzuführen. Die klinische Inspektion zeichnet sich neben dem geringen Zeitaufwandes auch durch eine sehr gute Spezifität aus. Gesunde Zähne werden also sehr oft richtig erkannt, was mit der heutigen generell kleinen Kariesprävalenz sehr wichtig ist. Moderne Primärdiagnostik der Fissurenkaries benötigt Luft aus der 3-Wege-Spritze zum Trocknen, was Entkalkungen sichtbar macht. Der zahnärztliche Spiegel hält die Weichteile ab. Aus Untersuchungen geht deutlich hervor, dass der zusätzliche Gebrauch einer Sonde keine Verbesserung in der Diagnostik bringt (Abb. 2).

Sondieren mit Druck hat zudem den Nachteil, dass oberflächlich entkalkte Schmelzanteile zerstört werden, was zu einer beschleunigten Kariesprogression führen kann (BERGMAN und LINDEN 1969, EKSTRAND et al. 1987, VAN DORP et al. 1988, YASSIN 1995). Es wird deshalb empfohlen, die Sonde – wenn überhaupt – mit leichtem Druck als Tastinstrument zu gebrauchen oder es können mit ihr

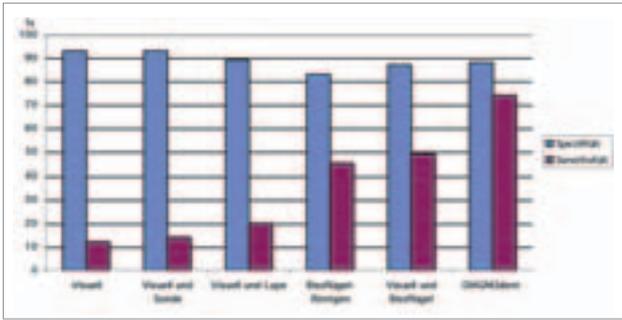


Abb. 2: Spezifitäten (richtig diagnostizierte Zähne ohne Karies oder mit Schmelzkaries) und Sensitivitäten (richtig diagnostizierte Zähne mit versteckter [„hidden“] Dentinkaries) verschiedener klassischer Methoden und des DIAGNOdent für die Diagnostik der Fissurenkaries (Mittelwerte aus Lussi 1993, 1996, 1999; Lussi et al. 2001; Shi et al. 2000; Attrill & Aschley 2001; Pereira et al. 2001; Lussi & Francescut 2003).

Plaquereste im Fissurenfundus unter Umständen entfernt werden. Klinische Inspektion kombiniert mit Fiberoptiktransillumination (FOTI) ist okklusal angewendet schwierig interpretierbar, weil einerseits stark verfärbte Fissuren und/oder benachbarte nicht zahnfarbene Füllungen irritieren, andererseits okklusale Dentinkaries oft nur einen kleinen Teil der durchleuchteten Gesamtzahnmasse betrifft und sich deshalb nicht eindeutig abzuheben vermag.

Bissflügel-Aufnahmen

Bissflügel sind für die Diagnostik der Approximalkaries nicht mehr wegzudenken. Durch das Auftreten der oben erwähnten „hidden caries“ haben sie auch für die Diagnostik der Fissurenkaries ihre Bedeutung. In diesem Zusammenhang ist klar festzuhalten, dass mit Bissflügel-aufnahmen auf der Okklusalfäche nur Dentinkaries festgestellt werden kann. Ist im Dentin eine Aufhellung sichtbar, wird heute empfohlen, die Stelle minimalinvasiv zu versorgen. Vorhandene Bissflügel-Röntgenbilder sollten immer auch okklusal begutachtet werden. Schon lange wurden Hilfsmittel zur Diagnostik gesucht, mit deren Hilfe die Karies frühzeitig und auch bei scheinbar intakter Oberfläche erkannt werden kann. Die heute auf dem Markt für den täglichen Gebrauch anwendbaren Systeme beruhen auf der Messung des Widerstandes zwischen Zahnoberfläche und einer Referenzelektrode und auf der Tatsache, dass kariös veränderte Zahnhartsubstanz fluoresziert.

Messung der elektrischen Leitfähigkeit

Die elektrische Leitfähigkeit resp. der elektrische Widerstand zwischen Zahn und einer Handelektrode ist abhängig vom Zustand des Zahnes. Je mehr Zahnhartsubstanz zerstört und durch ein besser leitendes Medium ersetzt wird, desto kleiner ist der Widerstand. Dieser Sachverhalt wird beim elektrischen Kariesmeter (ECM, Lode, NL-Groningen) ausgenutzt.

Die Messung der elektrischen Leitfähigkeit zeigte eine Sensitivität unter In-vivo-Bedingungen zwischen 93 %–96 % und eine Spezifität zwischen 71 % und 77 % (ROCK und KIDD 1988, VERDON-SCHOT et al. 1992, LUSSI et al. 1995). Da die Messung der Kariesextension mit dem elektrischen Kariesmeter nur punktweise erfolgt – eine Messung dauert etwa 10 Sekunden – empfehlen wir, diese Methode bei Unsicherheit in der klinischen Diagnose hinzuzuziehen. Ferner kann sie zur longitudinalen Beobachtung einer suspekten Stelle gebraucht werden und gibt so Hinweise auf den Erfolg einer Intensivprophylaxe.

Die relativ kleinen Werte für die Spezifität bedeuten, dass zwischen 23 % und 29 % der gesunden Zähne irrtümlich als krank beurteilt und unter Umständen operativ behandelt werden. Dies ist bei der niedrigen Kariesprävalenz in den industrialisierten Ländern nicht erwünscht. Die relativ kleine Spezifität bei Verwendung der Widerstandsmessung ist unter anderem bedingt durch Entwicklungsdefekte im Schmelz und/oder Dentin, die Hypomineralisationen zur Folge haben können. Dies führt zu einem geringeren Widerstand, ohne dass Karies vorhanden wäre.

Messung der Fluoreszenz

Schon länger ist bekannt, dass durch Karies veränderte Zahnhartsubstanz fluoresziert. Demineralisierte Zahnhartsubstanz erzeugt mit Anregung im Roten (Wellenlänge 655 nm, Leistung 1 mW) eine stärkere Fluoreszenz im Bereich über 680 nm als gesunde. Die einwirkende Strahlungsenergie bewirkt einen kurzzeitigen Übergang der Moleküle in einen angeregten Zustand. Der Grundzustand wird wieder erreicht, indem ein Teil der Energie durch Stöße und Wärmeabgabe ins umliegende Gewebe verbraucht wird; ein anderer Teil der Energie kann zur Aussendung von Licht, der Fluoreszenzstrahlung, führen. Durch den erwähnten Energieverlust ist das Fluoreszenzlicht langwelliger („rotverschoben“) als das anregende Licht. Dieses Prinzip der Karieserkennung wurde im DIAGNOdent (KaVo, Biberrach) umgesetzt. Nicht erwünschtes Licht anderer Lichtquellen und das in den Detektionsfasern remittierte Anregungslicht wird dank einem Filtersystem zurückgehalten: Nur Licht mit Wellenlängen > 680 nm wird transmittiert.

Zur Eliminierung langwelliger Störstrahlung wird das Anregungslicht moduliert und nur der entsprechend modulierte Anteil des Photodioden-Signals verstärkt und festgehalten. Dabei wird der aktuelle Messwert und der maximale Messwert des laufenden Messzyklusses gespeichert (HIBST et al. 2001). Ein sich in der Tonlage änderndes akustisches Signal ermöglicht durch Rotation der Spitze die Auffindung der größten Fluoreszenz einer bestimmten Stelle, ohne dass die Anzeige am Gerät dabei beobachtet werden muss. Nach dem Messvorgang wird der Maximalwert abgelesen. Die Bedienung des Gerätes erfolgt durch Betätigen der Ringtaste am Handstück, das durch einen Schlauch mit Lichtfasern mit dem

Anzeigewert	Therapie
0–13	Keine besonderen Maßnahmen
14–20	Übliche Prophylaxemaßnahmen
21–~29	Intensivierte Prophylaxe oder Restauration: Indikation ist abhängig von <ul style="list-style-type: none"> • Kariesaktivität • Kariesrisiko • Recallintervall etc.
≥ ~30	Restauration und intensivierte Prophylaxe

Tabelle 1: Hinweise für die Therapie in Abhängigkeit der Anzeigewerte des DIAGNOdent.

Gerät verbunden ist. Die Detektionsspitze des Gerätes besteht aus einem zentralen Teil für die Zuführung des Lichtes auf die Zahnfläche und den konzentrisch angeordneten äußeren Fasern für die Detektion des vom Zahn fluoreszierten Lichtes. Die bis jetzt vorliegenden Untersuchungen zeigen, dass der auf Laserfluoreszenz basierende DIAGNOdent eine höhere Sensitivität für die Erkennung der Dentinkaries, als die klinische Untersuchung aufweist (Abb. 2). Die klinische Inspektion zeigt wie erwähnt hingegen gute Spezifitätswerte. Es empfiehlt sich deshalb, einen Patienten zuerst klinisch zu untersuchen und, falls nach gutem Trocknen Zweifel über die Gesundheit einer Stelle vorliegen, als zweite Meinung das Lasergerät oder die Messung der elektrischen Leitfähigkeit zu benutzen. Damit wird erreicht, dass einerseits die Vorteile der höheren Spezifität und Geschwindigkeit der klinischen Diagnostik mit den Vorteilen dieser Geräte höhere Sensitivität kombiniert werden können. Im Weiteren ist es wichtig zu wissen, dass Zahnstein, Plaque, verfärbte Fissuren und zum Teil Komposite fluoreszieren und damit eine falsche positive Anzeige verursachen können. Die in Tabelle 1 aufgeführten Grenzwerte tragen diesem Sachverhalt insofern Rechnung, als bis zu einer Anzeige von 30 eine Restauration nur indiziert ist, wenn andere Parameter auch dafür sprechen. Ferner ist zu beachten, dass es sich bei den Grenzwerten nicht um eine absolute Größe handelt. Es kann also sehr wohl sein, dass man bei einer Anzeige von 33 noch nicht operativ eröffnen muss. Reinigungspasten können ebenfalls eine Fluoreszenz bei dieser Wellenlänge besitzen. Eigene (unpublizierte) Untersuchungen haben gezeigt, dass am Zahn höchstens eine kleine, klinisch nicht relevante Veränderung der Fluoreszenz zu messen ist, sofern nach der Reinigung mit der 3-Wege-Spritze gespült wird.

Zusammenfassung

Die frühzeitige und richtige Diagnose einer kariösen Läsion ist wichtig, damit die richtigen Prophylaxe- und Therapiemaßnahmen eingeleitet werden können. Je nach Lokalisation der kariösen Veränderung der Zahnhartsubstanz (Approximal-, Glattflächen-, Fissuren- und Wurzelkaries) erfolgt die Diagnostik und Verlaufskontrolle mit unterschiedlichen Hilfsmitteln. Für die Diagnose der Fissurenkaries wird nach Trocknen der

Oberfläche zuerst die visuelle Inspektion mit ihrer hohen Spezifität angewendet. Bei Zweifel zum Beispiel beim Vorliegen von „hidden“ Karies empfehlen wir – „als zweite Meinung“ – die Messung des elektrischen Widerstandes oder den DIAGNOdent. Vorhandene Bissflügel-aufnahmen sollen immer auch okklusal begutachtet werden. Bei der Kariesverlaufsdagnostik muss berücksichtigt werden, dass das Kariesrisiko eines Patienten keine konstante Größe ist und sich jederzeit verändern kann.

Literatur

- Steiner, M., Menghini, G., Curilovic, Z., Marthaler, T.: Kariesbefall der Schüler der Stadt Zürich im Zeitraum 1970–1993. Schweiz Monatsschr Zahnmed 104, 1.210–1.218 (1994).
- Carvalho, J.C., Ekstrand, K.R., Thylstrup, A.: Dental plaque and caries on occlusal surface of first permanent molars in relation to stage of eruption. J Dent Res 68, 773–779 (1989).
- Lussi, A.: Validity of diagnostic and treatment decisions of fissure caries. Caries Res 25, 296–303 (1991).
- Bergman, G., Lindén, L.A.: The action of the explorer on incipient caries. Svensk Tandläkare Tidsskrift 62, 629–634 (1969).
- Ekstrand, K., Qvist, V., Thylstrup, A.: Light microscope study of the effect of probing in occlusal surfaces. Caries Res 21, 368–374 (1987).
- Van Dorp, C.S.E., Exterkate, R.A.M., Ten Cate, J.M.: The effect of dental probing on subsequent enamel demineralization. J Dent Child 55, 343–347 (1988).
- Yassin, O.M.: In vitro studies of the effect of a dental explorer on the formation of an artificial carious lesions. J Dent Child 62, 111–117 (1995).
- Rock WP, Kidd EAM: The electronic detection of demineralisation in occlusal fissure. Br Dent J 164, 243–247 (1988).
- Verdonschot, E.H., Bronkhorst, E.M., Burgersdijk, R.C.W., König, K.G., Schaeken, M.J.M., Truin, G.J.: Performance of some diagnostic systems in examinations for small occlusal carious lesions. Caries Res 26, 59–64 (1992).
- Lussi, A, Firestone A., Schoenberg V., Hotz P, Stich A.: In vivo diagnosis of fissure caries using a new electrical resistance monitor. Caries Res 29, 81–87 (1995).
- Hibst R, Paulus R, Lussi A: Detection of occlusal caries by laser fluorescence. Basic and clinical investigations. Med Laser Appl 16, 205–213 (2001).
- Lussi A: Comparison of different methods for the diagnosis of fissure caries without cavitation. Caries Res 27, 409–416 (1993).
- Lussi A: Impact of including or excluding cavitated lesions when evaluating methods for the diagnosis of occlusal caries. Caries Res 30, 389–393 (1996).
- Lussi A: Methoden zur Diagnose und Verlaufsdagnostik der Karies. Oralprophylaxe 21, 68–76 (1999).
- Lussi A, Megert B, Longbottom C, Reich E, Francescut P: Clinical performance of a laser fluorescence device for detection of occlusal caries lesions. Eur J Oral Sci 109, 14–19 (2001).
- Shi X-Q, Welander U, Angmar-Mansson B: Occlusal caries detection with KaVo DIAGNOdent and radiography: An in vitro comparison. Caries Res 34, 152–158 (2000).
- Attrill DC, Ashley PF: Occlusal caries detection in primary teeth: a comparison of DIAGNOdent with conventional methods. Br Dent J 190, 400–443 (2001).
- Pereira AC, Verdonschot EH, Hysmans MCDNJM: Caries detection methods: Can they aid decision making for invasive sealant treatment? Caries Res 35, 83–89 (2001).
- Lussi A, Francescut P: Performance of conventional and new methods for the detection of occlusal caries in deciduous teeth. Caries Res 37, 2–7 (2003).

Korrespondenzadresse:
Klinik für Zahnerhaltung
Prof. Dr. Adrian Lussi
Freiburgstr. 7, 3010 Bern
Tel.: +41-31/6 32 25 70, Fax: +41-31/6 32 98 75

Ein Chlorhexidinlack mit vielen Talenten

Antimikrobielle Substanzen sollten nur bei hohem Karies- oder Parodontitisrisiko eingesetzt werden. Hier hat sich für diesen Zweck Chlorhexidin als Goldstandard etabliert. Der Wirkstoff reduziert neben Gingivitis auslösenden Bakterien vor allem den Kariesleitkeim *Streptococcus mutans*.

DR. JAN H. KOCH/FREISING

Damit schafft er eine gute Ausgangssituation für weitere Prophylaxemaßnahmen. Doch welche Darreichungsform ist am besten geeignet? Wenn eine gezielte Behandlung von Risikobereichen erwünscht ist und Nebenwirkungen vermieden werden sollen, haben Lacke klare Vorteile. Chlorhexidin-Digluconat bzw. -diacetat (CHX) verhindert die Adhäsion von Bakterien an der Zahnoberfläche, stört den bakteriellen Stoffwechsel und wirkt bei Konzentrationen von mehr als 100 ppm bakterizid. Noch bei 0,11 ppm wirkt CHX bakteriostatisch. Die Substanz ist konzentrationsabhängig gegen ein breites Spektrum pathogener Keime einsetzbar. Besonders empfindlich reagiert *Streptococcus mutans*. Wenn die Keimzahl durch CHX erfolgreich reduziert ist und der Plaque-pH über dem kritischen Wert von pH 4,5 liegt, kann Fluorid die Remineralisation von Initial-Läsionen einleiten. Ein Prophylaxepan wird

aufgestellt, der auch Speicheltests zur regelmäßigen Kontrolle der bakteriellen Besiedlung umfasst. In Verbindung mit weiteren Maßnahmen gelingt es bei guter Mitarbeit des Patienten, das Mundmilieu zu stabilisieren und die Entstehung (weiterer) kariöser Läsionen zu verhindern.

Darreichungsformen

Welche Darreichungsform von CHX anzuwenden ist, hängt vom Befund ab. Mundspüllösungen in Konzentrationen zwischen 0,06 und 0,2 % sind vor allem für die Desinfektion der Mundhöhle vor operativen Eingriffen oder Parobehandlungen bzw. bei zeitlich begrenzter Einschränkung der Mundhygienefähigkeit indiziert. Da jedoch nach einminütigem Spülen nur noch 30 % des

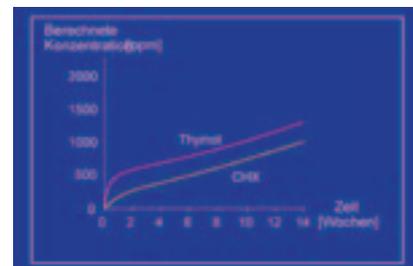
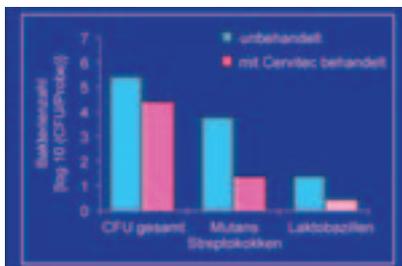


Abb. 1: Im Gegensatz zu anderen CHX-Darreichungsformen hat der transparente Lack Cervitec einen reduzierenden Effekt auf Laktobazillen und die pathogene Wurzelflora, einschließlich Aktinomyzeten und *Candida albicans*²¹.

Abb. 2: Vielfältige Wirkung von Cervitec: Die bewährten antibakteriellen Wirkstoffe Chlorhexidin (CHX) und Thymol (Thymianextrakt) diffundieren in die Pellicel auf der Zahnoberfläche, in den Speichel und wirken zusätzlich auf das Zahnhartgewebe.

Abb. 3: Zeitlicher Verlauf der Freisetzung von Chlorhexidin (CHX) und Thymol aus Cervitec: Beide Wirkstoffe werden auch nach Ablauf von drei Monaten in ausreichender Konzentration freigesetzt (In-vitro-Untersuchung).



Abb. 4: Vor der Anwendung von Cervitec müssen die zu behandelnden Oberflächen sauber und trocken sein. Ideal ist eine professionelle Zahnreinigung, eventuelle Verfärbungen werden dadurch vermieden. Da Reste der Polierpaste das Haftvermögen des Lacks beeinträchtigen können, muss nach der professionellen Reinigung sehr gründlich gespült werden.

Abb. 5: Trockene Oberflächen sind für eine langfristige Haftung von Cervitec – wie bei jeder Lackanwendung – besonders wichtig.

Abb. 6: Cervitec wird mit einem Einmalbürstchen (Vivabrush) entnommen. Das Fläschchen sollte nach Gebrauch fest verschlossen, wischdesinfiziert und im Kühlschrank aufbewahrt werden. Ein Fläschchen reicht für drei bis sechs Patienten.

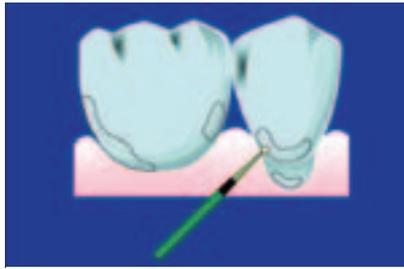


Abb. 7: Mit Cervitec ist es möglich, gefährdete Bereiche sehr gezielt zu schützen. Das gute Fließverhalten des Lacks sorgt dafür, dass auch komplizierte Oberflächen benetzt werden. Dünne Schichtdicken tragen zu einer maximalen Haftdauer bei.

Abb. 8: Anstelle des hier gezeigten Bürstchens eignen sich für die Applikation auch Pinsel oder Pipetten.

Abb. 9: Damit auch die kariesanfälligen Approximalräume geschützt sind, wird Cervitec mit Zahnseide entsprechend verteilt.

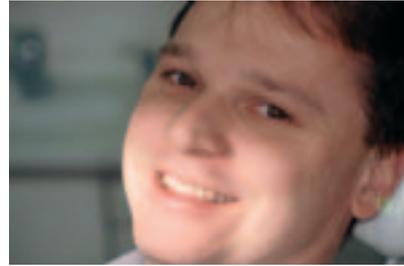


Abb. 10: Nach 30 Sekunden ist Cervitec ausgehärtet, bitte nicht spülen. Der Lack ist transparent und beeinträchtigt daher nicht die Ästhetik. Das fördert die Patientenakzeptanz.

Abb. 11: Nach der Applikation sollte der Patient für drei Stunden weder essen noch trinken. Mit dem Zähneputzen sollte ein Tag, mit der Approximalraum-Reinigung mindestens drei Tage gewartet werden. Die Beachtung dieser Hinweise verbessert die Haftung des Lackes und ermöglicht so eine längere Depotwirkung.

Wirkstoffs in der Mundhöhle verbleiben, ist mit Spüllösungen keine nachhaltige Keimzahlreduzierung zu erreichen.⁶ Für diesen Zweck eignen sich am besten CHX-Lacke, die auf die betroffenen Zahnflächen aufgetragen werden. Alternativ stehen CHX-Gele zur Verfügung, die mit Hilfe von Schienen oder Einbürsten auf die gesamte Dentition appliziert werden. Gele mit 1 % CHX werden über 14 Tage täglich für fünf bis zehn Minuten angewendet. Dies erfordert einen relativ hohen Zeit- und Kostenaufwand für die Schienenherstellung. Gele führen zudem leicht zu Verfärbungen der Zähne und zu Geschmacksirritationen.

Mit CHX-Lacken lassen sich diese Nachteile vermeiden. Es können kariesgefährdete Bereiche wie Fissuren und Wurzeloberflächen gezielt behandelt werden. Bei vielen Patienten muss nur einmal pro Quartal eine vergleichsweise kleine Menge Lack appliziert werden, so dass keine Verfärbungen oder Geschmacksstörungen auftreten. Die professionelle Anwendung in der Praxis sorgt für eine kontrollierte und dosierte Wirkung. Eine Abhängigkeit von der Patientencompliance wie bei Gelen ist nicht gegeben. Zudem haben Lacke durch ihre Depotwirkung eine sehr hohe Substantivität und werden über einen Zeitraum von bis zu drei Monaten in die umliegenden Gewebe und die Mundflüssigkeit abgegeben.⁷

Chlorhexidinlacke können nicht über die IP-Positionen abgerechnet werden. Daher ist hier eine private Vereinbarung notwendig. Empfohlen wird die Analogberechnung nach § 6, Absatz 2 GOZ. Möglich ist zum Beispiel die Position 201 (Behandlung überempfindlicher Zahnflächen, je Kiefer). Die Materialkosten können nach § 3 GOZ ebenfalls berechnet werden. Wird nur ein Teil ei-

nes Fläschchens verbraucht, sollte auch nur dieser Teil (zum Beispiel ein Drittel) berechnet werden.

Transparenter Chlorhexidin-Thymol-Lack

Zwei der drei weltweit erhältlichen chlorhexidinhaltigen Lacke* weisen mit 10 % (Chlorzoin/Imperial Chemical Industries, Macclesfield, England) bzw. 40 % (EC40/Certichem, Nijmegen, Niederlande) sehr hohe CHX-Konzentrationen auf. Entsprechend ist bei längerer Anwendung auch bei diesen Produkten mit Nebenwirkungen wie Schleimhautreizung oder Verfärbung von Kompositrestaurationen und Zähnen zu rechnen. Zudem werden Zahnflächen auch bei hohen CHX-Konzentrationen nach einiger Zeit wieder mit pathogenen Keimen kolonisiert, sodass unter diesem Aspekt keine Vorteile erkennbar sind.

Der transparente CHX-Lack Cervitec (Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein) enthält 1% Chlorhexidin. Gemeinsam mit dem zweiten antibakteriellen Wirkstoff Thymol wird eine synergistische Wirkung erzielt, die pathogene Bakterien wirksam und nachhaltig reduziert.^{5,7} Neben den Karieskeimen *S. mutans* und Laktobazillen reduziert Cervitec weitere relevante Mikroorganismen wie *Candida albicans* (Wurzelkaries, Karies bei Kleinkindern) und Aktinomyzeten (Wurzelkaries) (Abb. 1).¹¹ Die hohe Substantivität des Lackes sorgt dafür, dass die Wirkstoffe auch nach nur einmaliger Applikation langfristig in Zahnschmelze, Pellicel und Mundflüssigkeit bzw. in den gingivalen Sulkus abgegeben werden (Abb. 2 und 3). Mit Nebenwirkungen ist wegen der niedrigen Wirkstoffkonzentration bei geeigneter Anwendung nur in Ausnahmefällen zu rechnen (Abb. 4 bis 11).

* Chlorzoin und EC40 sind nicht in allen europäischen Ländern verfügbar.

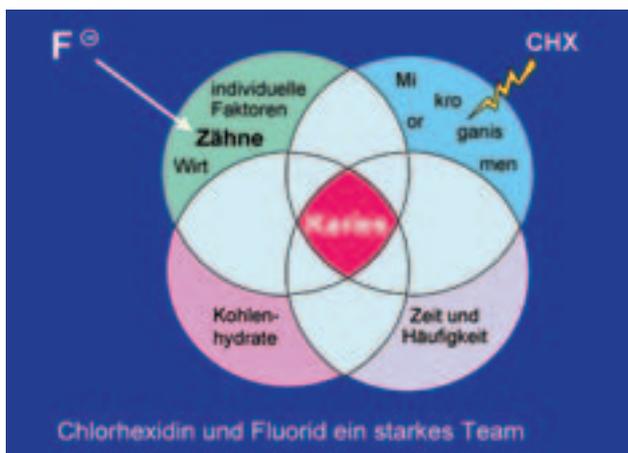


Abb. 12: CHX bekämpft hoch wirksam den Kariesfaktor Mikroorganismen und verringert deren Säurebildungspotenzial. Damit ist der Weg für den Einsatz von Fluorid frei, das erst bei einem pH-Wert >4,5 remineralisierend wirken kann.

Indikationen von Cervitec

Cervitec CHX-Thymol-Lack ist laut Gebrauchsinformation für den Schutz überempfindlicher Zahnhälse und Wurzeloberflächen sowie für die Reduzierung der bakteriellen Aktivität auf der Zahnoberfläche indiziert. Das gilt besonders für Karies-Prädilektionsstellen wie Fissuren und Grübchen, Schmelzoberflächen um kieferorthopädische Brackets, kariesgefährdete Interdentalflächen, Zahnhälse einschließlich freiliegender Wurzeloberflächen sowie Zahnflächen im Bereich von festsitzenden oder herausnehmbaren Restaurationen. Weitere in der Praxis bewährte Anwendungsgebiete sind die Keimzahlreduzierung im Rahmen der Gingivitis- und Parodontitistherapie und die Abdichtung von Grenzflächen zwischen Implantaten und prothetischen Aufbaukomponenten.^{3,16}

Der Einsatz von Cervitec bei Kindern und Jugendlichen mit hohem Kariesrisiko ist besonders gründlich dokumentiert.^{8,12,15} Die Anwendung erfolgt normalerweise vierteljährlich, im Rahmen einer Intensivbehandlung auch in kürzeren Abständen. Indiziert ist die Lack-Applikation insbesondere in Fissuren durchbrechender bleibender Molaren vor einer Fissurenversiegelung und zur Keimreduzierung von Approximalräumen im Milch- und bleibenden Gebiss.^{14,15} BORUTTA et al. empfehlen als primär-primärpräventive Maßnahme zusätzlich die Keimzahlreduzierung bei Müttern mit hohem Kariesrisiko.⁴ LAURISCH nennt in seinen für die Praxis verfassten Prophylaxe-Fachbüchern weitere Indikationen für Cervitec. Dazu gehört das schrittweise Exkavieren kariöser Läsionen bei Kleinkindern mit ECC (Early Childhood Caries) sowie die Lackapplikation nach kieferorthopädischem Bogenwechsel zur Karies- und Gingivitisprophylaxe.^{9,10}

Großen Wert legen verschiedene Autoren auf eine gründliche Risiko-Bewertung vor Behandlungsbeginn und regelmäßige Überwachung des Mundmilieus mit Tests zur Bestimmung des Kariesrisikos.^{9,14} Dies kann einerseits durch Bestimmung der koloniebildenden Einheiten im Speichel erfolgen. Andererseits können gezielt

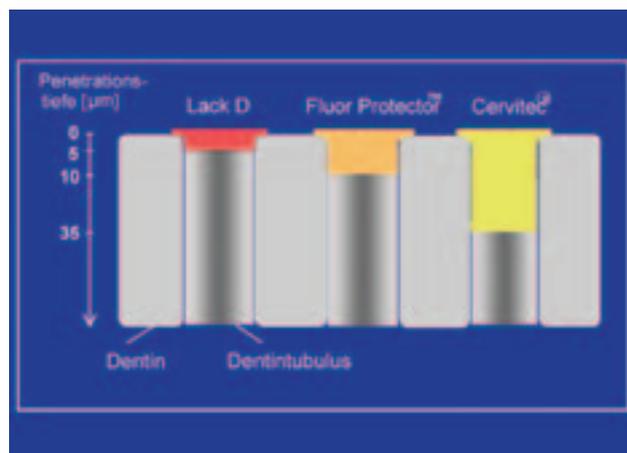


Abb. 13: Durch seine gute Penetration in demineralisiertes Dentin wirkt der CHX-Thymol-Lack Cervitec auch gegen Überempfindlichkeit im zervikalen Bereich.¹

Proben von Risikoflächen entnommen und auf Testträger aufgeimpft werden.¹⁴ Sehr gut bewährt und wissenschaftlich erforscht ist die Anwendung von Cervitec in Verbindung mit Fluorid, insbesondere dem Fluoridlack Fluor Protector (Ivoclar Vivadent).^{2,13,17} Mit der Fluoridierung wird begonnen, sobald die Zahl der kariesrelevanten Keime durch Cervitec erfolgreich reduziert und das Säurebildungspotenzial der Plaque entsprechend herabgesetzt ist.

Zusammenfassung

Wirksame Karies- und Parodontitis-Prophylaxe erfordert ein geplantes und nach Befund und Patientenalter abgestuftes Vorgehen. Häufig ist eine wirksame Reduzierung der verursachenden Mikroorganismen mit Hilfe von antimikrobiellen Wirkstoffen der erste Schritt zu einer nachhaltigen Etablierung eines gesunden Mundmilieus. Hier hat sich der transparente, chlorhexidinhaltige Schutzlack Cervitec besonders bewährt. Der Lack eignet sich für eine Vielzahl von Indikationen mit Schwerpunkt auf Keimzahlreduzierung bei hohem Kariesrisiko und der gezielten Anwendung in Problembereichen. Die Anwendung von Cervitec sollte jedoch immer Teil eines präventiven Gesamtkonzepts sein, zu dem neben der regelmäßigen Kontrolle der bakteriellen Speichelwerte auch eine effektive Plaquekontrolle, Fluoridanwendung und Ernährungslenkung gehören.

Die Literaturliste kann in der Redaktion angefordert werden.

Korrespondenzadresse:

Dr. Jan H. Koch

Ländestr. 4, 85354 Freising (bei München)

Tel.: 0 81 61/4 25 10, Fax: 0 81 61/4 25 20

E-Mail: janh.koch@t-online.de

Prophylaxe als Profit-Center

Präventivmedizin als Konjunkturmotor

Seit geraumer Zeit schon unterliegt die Medizin einem umfassenden Wandel. Die klassische Medizin, die als heilende Medizin eine Reaktion auf vorhandene Erkrankungen war, teilt sich nun (zumindest in den westlichen Industrienationen) ihren Platz mit einem neuen medizinischen Ansatz, der als Präventivmedizin die geeigneten Maßnahmen zur Vermeidung von Erkrankungen beinhaltet.

RALPH KITTEL/HANNOVER

Diese neue Sichtweise wurde nicht zuletzt durch einen gesellschaftlichen Wandel in den „entwickelten“ Nationen initiiert, der mit einer neuen Wertedefinition Gesundheit, das allgemeine Wohlbefinden sowie auch die Ästhetik des Körpers in den Vordergrund rückt. Erkennbar ist diese Entwicklung an einem breiten Angebot (und Nachfrage!) nach speziellen Nahrungs- und Nahrungsergänzungsmitteln, der nicht abflauenden Fitnesswelle und der steigenden Zahl von Schönheitsoperationen, um nur einige Beispiele zu nennen.

Auch die Zahl von medizinischen Vorsorgeuntersuchungen ist rapide angestiegen; so gibt es in den Vereinigten Staaten bereits einen breiten Markt für verschiedenste Vorsorgeuntersuchungen außerhalb der Versicherungsleistungen. Der überwiegende Teil der Volkswirtschaftler sieht in dieser Entwicklung sogar die treibende Kraft für den nächsten globalen Konjunkturaufschwung. Insbesondere auch die ständig steigende (finanzielle) Verantwortung der Patienten, für ihre Gesundheit zu sorgen, lenkt die Medizin in eine neue Richtung, die den prophylaktischen Charakter der Maßnahmen betont. Die Chance, durch geeignete Maßnahmen Gesundheit zu erhalten und dadurch auch Kosten für eine spätere Behandlung einzusparen, führt zu einem Umdenken bei den Patienten und einer steigenden Bereitschaft, auch für prophylaktische Maßnahmen zu zahlen.

Prophylaxe als Erweiterung des zahnärztlichen Leistungsspektrums

Auch die zahnärztliche Praxis kann von dieser Entwicklung profitieren, da sich speziell im zahnärztlichen Bereich zwei der genannten Patientenforderungen widerspiegeln und ergänzen: Der Präventivgedanke, mit dem sich der Patient vor kostenintensiven, restaurativen Behandlungen schützen möchte sowie der ästhetische Aspekt, der dem Wunsch eines gepflegten und perfekten Erscheinungsbildes entspringt, das sich auch durch ein gleichmäßiges und gesundes Gebiss ausdrückt. Für den Zahnarzt bedeutet die Bereicherung seines Leistungsspektrums zunächst eine Erweiterung seiner Produktpalette im Sinne einer Diversifikation. Dies bietet für die

Praxis mehrere Vorteile hinsichtlich verschiedener Aspekte:

1. Marketing

Die Ausweitung der Angebotspalette bedeutet für den Patienten eine höhere Attraktivität für den Praxisbesuch. Das Angebot von Prophylaxeleistungen signalisiert eine moderne Sichtweise der Zahnmedizin und die präventive Bemühung um die Patientengesundheit. Selbst Patienten, die das Angebot nicht in Anspruch nehmen, realisieren jedoch das umfassende Angebot und die moderne medizinische Sichtweise.

2. Privatliquidation

Die solide Kassenpraxis mit zusätzlicher Privatliquidation ist für viele Zahnärzte das Ziel vor dem betriebswirtschaftlichen Hintergrund der Praxisführung.

Die Prophylaxe kann als Einstieg in die Privatliquidation betrachtet werden, da sie mit vergleichsweise geringen Kosten für den Patienten den Boden für zusätzliche Privatleistungen ebnet.

3. Verbesserte Ressourcennutzung

Die Praxis als Unternehmen mit einem hohen Fixkostenanteil sollte betriebswirtschaftlich nach dem Maximierungsprinzip betrieben werden. Das bedeutet nichts anderes, als dass die vorhandenen Ressourcen, die nicht weiter minimierbare Kosten verursachen, auch konsequent zur maximalen Leistungserbringung zu nutzen und einen Deckungsbeitrag zu erwirtschaften. Die vorhandenen Potenziale können durch Prophylaxe genutzt und für die Erwirtschaftung zusätzlichen Umsatzes eingesetzt werden.

4. Patientenbindung

Das Angebot an prophylaktischen Leistungen kann zudem über zwei maßgebliche Effekte die Patientenbindung erhöhen. Zum einen wird über das ausgeweitete Angebot eine Abwanderung an Praxen vermieden, die ebenfalls den Prophylaxebereich forcieren und in Konkurrenz zu Praxen ohne adäquates Angebot auftreten. Der Patient ist nicht auf Grund des eingeschränkten Angebotes zu einem Wechsel gezwungen. Zum anderen bietet die Prophylaxe die Möglichkeit, in einer deutlich

entspannteren und angstfreieren Atmosphäre mit dem Patienten zu kommunizieren. Losgelöst vom Druck der „normalen“ stressbelasteten zahnärztlichen Behandlung lassen sich während der Prophylaxe durchaus positivere Themen anschneiden und ggf. sogar Verkaufsgespräche für weitere privat liquidierbare Maßnahmen führen. Der Dienstleistungscharakter der Praxis kommt stärker zum Vorschein und relativiert das Bild des Patienten von der klassischen Zahnarztpraxis. Alles in allem bietet die Einrichtung einer umfassenden Prophylaxetätigkeit Chancen und Möglichkeiten für die Praxis den Patientenstamm zu halten bzw. zu vergrößern, den Anteil von Privatleistungen zu stärken und den Umsatz zu steigern. Gleichwohl sollten im Vorfeld einer solchen Entscheidung verschiedene Aspekte näher betrachtet werden.

Die Prophylaxe als Profit-Center

Der vorrangige Aspekt der Prophylaxe soll neben dem Vorbeugungsgedanken zur Patientengesundheit natürlich die Erwirtschaftung eines zusätzlichen Ertrages sein. In der Literatur wird in diesem Zusammenhang häufig von einem „Profit-Center“ gesprochen. Ursprünglich stammt dieser Begriff aus der Kostenrechnung von Großunternehmen, die durch Einrichtung von Profit-Center ihre verschiedenen Abteilungen zu einem eigenständigen und kostenorientierten Denken anhalten wollen. Dabei ist das Ziel die Wirtschaftlichkeit und Ertragsorientierung jeder einzelnen Abteilung. Prinzipiell ist das Modell des Profit-Centers auch auf die Zahnarztpraxis übertragbar. Die Zielsetzung eines Profit-Centers in der Zahnarztpraxis liegt darin, einen klar abgegrenzten und eigenständig arbeitenden Bereich einzurichten, der eigenverantwortlich einen zusätzlichen Umsatz und Ertrag erwirtschaften soll. Der Einrichtung dieses speziellen Profit-Centers für die Prophylaxe sollten verschiedene Überlegungen vorangehen:

- Ermöglicht die Struktur des Patientenstamms die Liquidation von privaten Prophylaxeleistungen auf einer breiten Basis? Wie hoch ist die Bereitschaft im Patientenstamm private Zuzahlungen für prophylaktische Leistungen zu zahlen?



- Verkräftet die derzeitige Personalsituation der Praxis die zusätzliche Arbeitsbelastung oder muss zusätzliches Personal akquiriert werden?
- Wie hoch kann der Mehrumsatz durch ein Prophylaxe-Angebot ausfallen und welche Investitionen bzw. zusätzliche Kosten entstehen dadurch?
- Kann nach der Praxisphilosophie die Prophylaxe auf den vorhandenen Behandlungsplätzen durchgeführt werden oder sollten spezielle Räumlichkeiten zur Prophylaxe eingesetzt werden?

Die vorangegangenen Fragestellungen stellen nur einen geringen Teil der notwendigen Informationen dar. Im Kernpunkt geht es um die Frage, ob Standort und Patientenstamm der Praxis einen Markt für prophylaktische Privatleistungen bieten und mit welchen Kosten für das zusätzliche Angebot zu rechnen ist.

Vollkosten – versus Kostenstellenrechnung

In der zahnmedizinischen Fachliteratur wird zur Berechnung der Praxiskosten überwiegend die Vollkostenrechnung gewählt. Diese zeichnet sich durch eine einfache Anwendung und durchaus aussagekräftige Ergebnisse aus, kann jedoch keine detaillierte Angaben zur Entstehung und Zuordenbarkeit der Kosten geben. Gerade dies ist jedoch wichtig, wenn eine Rentabilitätsrechnung zu einem Profit-Center und verschiedenen Behandlern in einer Praxis erfolgen soll. Begnügt sich die Vollkostenrechnung mit einem pauschalen Stundensatz für die gesamte Praxistätigkeit, ist hier jedoch ein Instrument gefragt, das eine Aufschlüsselung der Kosten je Behandler ermöglicht. Dies kann die Kostenstellenrechnung leisten, mit deren Hilfe man in der Lage ist, Kosten verursachergerecht zuzuordnen und so einen differenzierten Blick auf deren Struktur erhält. Der Vorteil hierbei ist, dass am Beispiel der Prophylaxe detailliert feststellbar ist, welche Kosten in diesem Bereich entstehen und welche Umsätze dem gegenüberstehen. So lassen sich klare Aussagen über die Rentabilität treffen und ggf. Kostentreiber in der Praxis lokalisieren. Die Kostenstellenrechnung ist im Gegensatz zur Vollkostenrechnung jedoch deutlich komplexer und erfordert für aussagekräftige Ergebnisse die Gewinnung und Analyse von erheblich mehr Daten. Der Einsatz einer Kostenstellenrechnung ist ohne betriebswirtschaftliche Kenntnisse und intensiver Vorarbeit nicht möglich. Die Firma Procedia aus Hannover bietet in ihrem Praxismanagementsystem apolloniaX ein umfangreiches Controlling-Modul, das die vorangegangenen Überlegungen zur Wirtschaftlichkeit eines eigenständigen Profit-Centers deutlich vereinfacht. Mit zwei, im Controllingsystem enthaltenen Modulen, lassen sich wertvolle Informationen innerhalb kürzester Zeit erhalten und auswerten.

Patientenstammanalyse

Eine Patientendatenanalyse dient in der ersten Phase der Überlegungen der Ermittlung der Absatzmöglichkeiten für ein zusätzliches Prophylaxeangebot. Dabei ermög-

licht das Modul detaillierte Informationen über den Patientenstamm. Die Altersstrukturanalyse sowie die PKV/GKV-Verteilung lässt bereits auf den ersten Blick einen Trend in der Patientenstruktur erkennen. Eine Analyse der Privatrechnungen der letzten Jahre hinsichtlich der unterschiedlichen Rechnungshöhen und insbesondere auch nach Zeitraum bis zum Rechnungsausgleich geben Aufschluss über die generelle Zuzahlungsbereitschaft der Patienten und die Zahlungsmoral. Ergänzend kann auch eine Aufschlüsselung der Patienten nach Postleitzahlengebieten erfolgen. Mit Hilfe von Informationen über das entsprechende Haushalteinkommen, die ohne Probleme über das Statistische Landesamt angefordert werden können, lässt sich das Potenzial für privat zu vergütende Leistungen noch besser einschätzen. Die Analyse der Leistungsstatistik ermittelt, wie viele prophylaktische Maßnahmen bislang abgerechnet wurden und welcher Umsatz damit erzielt wurde. Eine Stoppuhr, die die Messung der Behandlungszeiten je Patient ermöglicht, lässt eine Auswertung darüber zu, wie viel Zeit für die Prophylaxebehandlung einkalkuliert werden muss.

Kostenstellenrechnung

Die im Modul enthaltene Kostenstellenrechnung ermittelt im nächsten Schritt die verursachergerechten Kosten und gibt in Verbindung mit den Umsatzzahlen detailliert Auskunft zu der Rentabilität des Prophylaxe-Profit-Centers. Dazu ist allerdings erforderlich, dass die Kosten aufgeschlüsselt und den einzelnen Verursachern zugeordnet werden. Gegebenenfalls kann dies anhand der letzten BWA und mit Unterstützung des Steuerberaters erfolgen. Dazu werden zunächst Konten für die einzelnen Kosten gebildet und im apolloniaX Controlling-Modul angelegt. Hier kann man die Kosten für Vorjahr und aktuelles Jahr je Konto als Plan- und Ist-Kosten eintragen, was zusätzlich eine Aussage über die Kostenentwicklung ermöglicht. Wurden alle Kosten auf entsprechenden Konten erfasst, werden in apolloniaX die sog. Hilfskostenstellen angelegt. Diese sind im Idealfall die Behandlungs-, Röntgen- und Laborräume sowie Empfang, Wartezimmer, Bürobereich und die weiteren Nutzflächen. Die Kosten werden nun den einzelnen Räumen zugeordnet. Durch eine Unterscheidung zwischen direkten Kosten, wie bspw. den Abschreibungen und Wartungskosten für das Röntgengerät, die unmittelbar einem entsprechenden Raum zugeordnet werden können, und allgemeinen Kosten, wie z.B. Heizung, Strom, Versicherungen etc., die auf alle Flächen verteilt werden müssen, erhält man eine differenzierte Kostenstruktur der Praxisräume. apolloniaX unterstützt dabei die Verteilung der allgemeinen Kosten mit einem intelligenten Schlüsselsystem, das über verschiedene Verteilungsschlüssel, wie Quadratmeter Fläche oder auch absolute Verhältniszahlen verfügt und sofort die prozentualen Anteile ermittelt. Die endgültigen Kostenstellen sind die Behandler, den neben den direkten Kosten, wie Gehälter und Nebenleistungen, Fortbildungskosten etc. Nutzungsanteile an den entsprechenden Hilfskostenstellen zugeordnet werden.

Der Vorteil gegenüber der Vollkostenrechnung besteht nun darin, dass dem Behandler, der umfangreich mit einem Laser arbeitet oder intensiv das Röntgensystem nutzt, höhere Kosten zuzuordnen sind, als dem Behandler, der zehn Stunden weniger arbeiten möchte und kaum die kostenintensiven Behandlungsmöglichkeiten nutzt. Analog dazu ist es relativ einfach, für eine spezielle Prophylaxepraxis die tatsächlichen Kosten, die außer dem Lohn auch die Nutzung von Räumen und Personalkosten durch die Terminvergabe über den Empfang enthalten, zu ermitteln. Verbunden mit einer Arbeitszeiterfassung in apolloniaX, die die Behandlerzeiten auswertet,

Kostenstelle	2003	2004	2005	2006
Behandlungsräume (Röntgen und Zahn)	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00
Behandlungsräume (Prophylaxe)	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00
Wartung und Instandhaltung	800,00	800,00	800,00	800,00
EDV Programm und Wartung	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00
Empfang	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
Wartezimmer	500,00	500,00	500,00	500,00
Bürobereich	400,00	400,00	400,00	400,00
Laborräume	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00
Laborräume II	800,00	800,00	800,00	800,00
Laborräume III	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00
Laborräume Prophylaxe	500,00	500,00	500,00	500,00
Personal	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00
Material	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00
Strom	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00
Heizung	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00
Verfahren	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00
Subjekte und Aufwandsrechnung	0,00	0,00	0,00	0,00
Subjekt und Aufwandsrechnung II	0,00	0,00	0,00	0,00
Subjekt und Aufwandsrechnung III	0,00	0,00	0,00	0,00
Subjekt und Aufwandsrechnung IV	0,00	0,00	0,00	0,00
Subjekt und Aufwandsrechnung V	0,00	0,00	0,00	0,00
Subjekt und Aufwandsrechnung VI	0,00	0,00	0,00	0,00
Subjekt und Aufwandsrechnung VII	0,00	0,00	0,00	0,00
Subjekt und Aufwandsrechnung VIII	0,00	0,00	0,00	0,00
Subjekt und Aufwandsrechnung IX	0,00	0,00	0,00	0,00
Subjekt und Aufwandsrechnung X	0,00	0,00	0,00	0,00
Subjekt und Aufwandsrechnung XI	0,00	0,00	0,00	0,00
Subjekt und Aufwandsrechnung XII	0,00	0,00	0,00	0,00
Subjekt und Aufwandsrechnung XIII	0,00	0,00	0,00	0,00
Subjekt und Aufwandsrechnung XIV	0,00	0,00	0,00	0,00
Subjekt und Aufwandsrechnung XV	0,00	0,00	0,00	0,00
Subjekt und Aufwandsrechnung XVI	0,00	0,00	0,00	0,00
Subjekt und Aufwandsrechnung XVII	0,00	0,00	0,00	0,00
Subjekt und Aufwandsrechnung XVIII	0,00	0,00	0,00	0,00
Subjekt und Aufwandsrechnung XIX	0,00	0,00	0,00	0,00
Subjekt und Aufwandsrechnung XX	0,00	0,00	0,00	0,00

können so behandler-spezifische Stundenkostensätze ermittelt werden, welche Aufschluss über den Mindestumsatz je Stunde, der zur Deckung der Kosten erforderlich ist, geben. So lässt sich am Beispiel der Prophylaxe leicht feststellen, ob die erforderlichen Umsätze realisierbar sind, und welche Preise für Privatleistungen erlöst werden müssen. Darüber hinaus bietet das Controllingmodul auch die Möglichkeit verschiedene Szenarien zu kalkulieren. Die Senkung der Arbeitszeit, eine Lohnerhöhung oder die Investition in ein neues Gerät können über die Kostenkonten erfasst werden und geben sofort Aufschluss über eine Änderung des Stundenkostensatzes und ob die geplante Änderung vor dem betriebswirtschaftlichen Hintergrund sinnvoll ist. Mit dem apolloniaX Controlling-Modul kann eine zuverlässige Aussage zu den zu erwartenden Kosten, den erforderlichen Umsätzen und der Akzeptanz von privaten Prophylaxeleistungen im Patientenstamm getroffen werden und die durchdachte Einrichtung eines Profit-Centers gewährleistet werden.

Korrespondenzadresse:
 Ralph Kittel
 Vahrenwalder Str. 156, 30165 Hannover

Lukrative Zusatzgeschäfte bei medizinischer Notwendigkeit – aber wie?

Um eine moderne und innovative Patientenbehandlung zu erzielen, gilt es, die Arbeit sowohl medizinisch-wissenschaftlich als auch wirtschaftlich zu optimieren. So kommt es, dass der Praxisalltag hart und knapp kalkuliert ist. Entsprechend der Behandlung sind nur x Minuten pro Patient vorgesehen, damit



die Praxisrentabilität stimmt. Und trotzdem ist ein zusätzliches Engagement unabdingbar, um dem Konkurrenz- und Leistungsdruck standzuhalten. Dr. Jack Peretz, Vice President Marketing and Sales der DEXCEL® PHARMA GmbH, empfiehlt sowohl als optimales klinisches Mittel als auch als lukratives Zusatzgeschäft beispielsweise zur Unterstützung der Parodontitisbehandlung den Einsatz des PerioChip®. Anbei ein paar hilfreiche Argumente, wie die Beratung und die Applikation in den Behandlungsalltag integriert werden können, um wertvolle Zeit zu sparen: PerioChip® ist ein Arzneimittel, das die Heilung von Parodontitis erfolgreich und effizient unterstützt. Es handelt sich um eine kleine Membran, die mit Chlorhexidin vernetzt

ist. Empfohlen wird die Applikation des PerioChip® nach der supra- und subgingivalen Reinigung (SRP) in die entzündeten Parodontaltaschen ab einer Tiefe von 5 mm. Der PerioChip® wird als Begleittherapie zum routinemäßigen SRP eingesetzt, um die Taschentiefe wieder zu reduzieren.

Behandlungsvorteile

- einfache und zeitsparende Applikation, ca. 30–60 Sekunden
- der PerioChip® wird innerhalb von 7–10 Tagen resorbiert
- geringes Risiko der Resistenzbildung (kein Antibiotikum), was bei chronischen Erkrankungen wie der Parodontitis von hoher Bedeutung ist
- die Patienten umgehen ggf. eine aggressivere Therapie (Chirurgie), was zu glücklicheren und zufriedeneren Patienten führt
- hohe Patientenbindung (Recall)
- erhöhter Geschäftsumsatz und Profit.

Anwendungshinweise

Die zu behandelnde Stelle sollte zunächst mit einer Watterolle trocken gelegt und der Sulcus leicht ausgeblasen werden. Danach kann man den PerioChip® vorzugsweise mit einer glatten Pinzette aus dem Blister entnehmen und mit dem abgerundeten Ende apikalwärts in die Parodontaltasche einschieben. Zu guter Letzt schiebt man den PerioChip® mit einem feinen Heidemann bis zum Taschenboden. Nach einer ausführlichen Aufklärung bzgl. der Parodontitis und ihrer Folgen nämlich schlimmstenfalls dem Risiko des Zahnausfalls können dem Patienten folgende Ängste bzw. Zweifel genommen werden:

- keine Zahnverfärbung
- keine Geschmacksveränderungen
- keine Änderungen der Mundhygiene- und Essgewohnheiten.

Klinische Studien zeigen, dass mit einer kombinierten Behandlung von PerioChip®, Scaling und

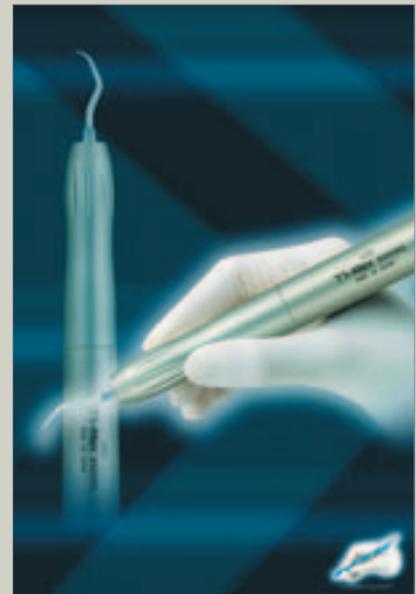
Wurzelglättung das bessere Ergebnis in kürzerer Zeit erreicht wird, als nur mit dem routinemäßigen Scaling und Wurzelglätten alleine. Das beste Resultat wird erreicht durch mehrmalige Applikation. Bei einer alle drei Monate wiederholten Behandlung mit dem PerioChip® konnte eine konti-

nuierliche und signifikante Taschentiefenreduktion von 2 mm nach neun Monaten beobachtet werden. Darüber hinaus belegen die Studien, dass PerioChip® auch den Knochenschwund stoppt. PerioChip® ist dank neuester Entwicklungsmaßnahmen seit Mai 2004 bei Raumtemperatur bis 30°C lagerfähig. Die Haltbarkeit beträgt zwei Jahre ab Herstellungsdatum.

DEXCEL® PHARMA GmbH
Röntgenstr. 1
63755 Alzenau
E-Mail:
dexcel.pharma@dexcel-pharma.de

Airscaler S900KL/SL

NSK Europe steht für innovative Produkte von hoher Qualität. Getreu diesem Anspruch kann der Zahnarzt jetzt die beiden neuen Air Scaler S900KL und S900SL seinem Instrumentensortiment hinzufügen. Die Phatelus-Luft Scaler sind die logische Erweiterung der NSK



Produktpalette im Bereich der mit Licht ausgestatteten Instrumentenreihe. Mit ihnen ist kraftvolles und leises Arbeiten möglich. Zudem sind sie einfach an die Luftturbinen-Kupplung anzuschließen. Dank der Ringbeleuchtung hat man mit den Scalern hervorragende Lichtverhältnisse im benötigten Arbeitsgebiet, was die Behandlung erleichtert und beschleunigt, ohne den Behandler zu belasten. Der Körper der Handstücke besteht aus Titan. Die natürliche Beschaffenheit von Titan bietet einen sicheren Griff mit hoher Tastsensibilität. Dank der Verwendung von Titan ist es NSK möglich, Produkte herzustellen, die leichter



Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

und trotzdem stärker und langlebiger sind als vergleichbare Instrumente aus anderen Materialien. Jeder Scaler wird mit dem Starter-Set inklusive drei Scalerspitzen (Universal, Sichel und Perio), Drehmomentschlüssel und Tip Cover geliefert.

NSK Europe GmbH
Westerbachstr. 58
60489 Frankfurt
E-Mail: info@nsk-europe.de
Web: www.nsk-europe.de



Die vor drei Jahren erfolgte Eingliederung von Hawe Neos Dental in die KERR-Gruppe stellt die ideale Kombination zweier sich ergänzender Produktpaletten dar. Anlässlich des kürzlich abgehaltenen IDFH-Symposiums in Madrid stellte KerrHawe seine integrierte Produktpalette vor, die in kontinuierlichem Ideenaustausch mit weltweit führenden Dentalhygienikern entwickelt wurde. Diese Initiative schafft ein Umfeld, in dem KerrHawe die bestmöglichen Produkte entwickelt, um Dentalpatienten durch vereinfachte Behandlungsmethoden und ergonomischere Arbeitsbedingungen effektiver behandeln zu können. Und, um dem gestiegenen Sicherheitsbedürfnis Rechnung zu tragen, Produkte, die sowohl den Patienten als auch den Zahnärzten besseren Schutz während der Behandlung bieten. Hawe PerioStar, Hawe Cleanic und Hawe Pro-Cup sind etablierte Marken, die den Zahnärzten Technologie auf dem neuesten Stand bieten. Unser Motto für Sie: Wir runden Ihren Tag ab. Werden Sie Mitglied im KerrHawe Prevention Team unter www.kerrhawe.com/prevention.

E-Mail: prevention@KerrHawe.com

Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

Plaque sichtbar machen

Wie motivieren Sie Ihre Patienten zu regelmäßiger Mundhygiene? Machen Sie Zahnbeläge sichtbar und verabreichen Sie Ihren kleinen und großen Patienten eine Färbetablette zu diesem Zweck. Hierzu eignet sich das Plaque-Einfärbemittel Mira-2-Ton Tablet aus dem Hause



Hager & Werken. Die Praxis kennt das Produkt seit Jahren in flüssiger Form. Nach dem gleichen Wirkmechanismus färbt diese neue Kautablette ältere Plaque blau und neuere rosa. Durch Spülen oder normales Zähneputzen lässt sich die Einfärbung wieder entfernen. Die Kautablette ist erythrosinfrei und basiert auf Lebensmittelfarbe. Ideal zur Präsentation auf der Theke am Empfang oder im Prophylaxeraum ist das neue, handliche Display. Es ist der perfekte Verkaufshelfer in der modernen Praxis und steht seit kurzem auch erfolgreich in zahlreichen Apotheken und Praxen. Das Display enthält 24 Packungen mit sechs Kautabletten und 15 Patientenbroschüren. Als Produkt der mira dent Prophylaxemarke wird es exklusiv in der Zahnarztpraxis und Apotheke angeboten.

Hager & Werken GmbH & Co.KG
Ackerstr. 1, 47269 Duisburg
E-Mail: info@hagerwerken.de
Web: www.hagerwerken.de

Eine sehr angenehme Form der Mundpflege

Das Zähneputzen allein reicht nicht aus, um den ständigen Keimpegel in der Mundhöhle auf einem geringen Niveau zu halten, damit die Schleimhäute und die Zähne im Rachen auf Dauer keinen

ANZEIGE

NEU

lebt bei Raumtemperatur lagerfähig

PerioChip

Chlorhexidimbis (12-2Jahresalt)

Das EINZIGE nicht-antibiotische, lokal applizierbare Arzneimittel, das sich bei Parodontitis als Begleittherapie zu SRP empfiehlt.

PerioChip

PerioChip

Weil jeder Zahn zählt.

Denn Schmerzen müssen nicht sein.

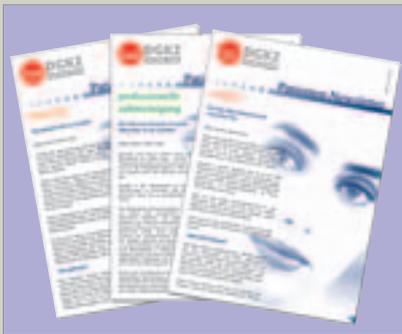
Super Seal
Dental Sealant
DEXCEL PHARMA

Kostenlose Hotline:
Tel. 0 800 / 2 81 37 42
Fax 0 800 / 7 32 71 20
www.dexcel-pharma.de

DEXCEL
PHARMA GmbH

ratungsgespräche. Zur Individualisierung können die Patienten-Newsletter mit dem Praxisstempel versehen werden. Wenn Sie sich die Patienten-Newsletter genauer anschauen möchten, besuchen Sie doch mal die Homepage der DGKZ unter www.dgkz.com. Hier finden Sie Muster der Newsletter unter der Rubrik Publikationen. Jedes Mitglied der DGKZ erhält einmalig 20 Exemplare zu jedem Thema kostenfrei. Wenn Sie darüber hinaus Exemplare benötigen oder Sie noch nicht Mitglied der DGKZ sind, können Sie die Patienten-Newsletter auch bestellen.

(50 Stk.: 17,50 €; 100 Stk.: 32,50 €; 150 Stk.: 47,50 € (Preise jeweils zzgl. Versandkosten, Stückzahl jeweils zu einem Thema). Bestellformulare können Sie sich ebenfalls auf der Homepage der DGKZ herunterladen oder telefonisch unter 03 41/4 84 74-2 02 anfordern. Die DGKZ plant künftig auch komplett individualisierte Patienten-Newsletter anzubieten, die neben einer persönlichen Ansprache des jeweiligen Zahnarztes auch die Möglichkeit der Veröffentli-



chung von Praxis- oder Personenbildern bieten wird. Bei Interesse fordern Sie bitte ein individuelles Angebot per E-Mail unter info@dgkz.info oder telefonisch 03 41/4 84 74-2 02 an.

Deutsche Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e.V.
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig
E-Mail: info@dgkz.info
Web: www.dgkz.com

Effektive Reinigung für sensible Zähne und freiliegende Zahnhälse

Mehr als 20 Prozent der deutschen Erwachsenenbevölkerung haben hypersensible Zähne – Tendenz steigend. Die elmex® interX SENSITIVE Zahnbürste ist für sensible Zähne und freiliegende Zahnhälse konzipiert und jetzt auch als Kurzkopf-Variante erhältlich. Sie besitzt optimal abgerundete Schon-Filamente. Mit den höher stehenden X-Filamenten

ermöglicht sie die Reinigung bis in die besonders kariesgefährdeten Interdentalräume. Der kurze Bürstenkopf erreicht zudem die schwer zugänglichen Molaren und die Zahninnenflächen sehr gut. Amerikanische Wissenschaftler der



University of Pennsylvania führten eine In-vitro-Studie zur Reinigungsleistung von Zahnbürsten durch. Sie fanden heraus, dass die elmex® interX SENSITIVE Zahnbürste gegenüber einer herkömmlichen Zahnbürste an den Interdentalräumen eine um 43 Prozent effektivere Reinigung erzielt. Zusammen mit der elmex® SENSITIVE Zahnpasta und Zahnsplüsung bildet sie ein optimal aufeinander abgestimmtes System zum Schutz für sensible Zähne und freiliegende Zahnhälse. Die elmex® interX SENSITIVE KURZKOPF Zahnbürste gibt es exklusiv in der Zahnarztpraxis oder der Apotheke. Sie ist zusätzlich zur Normalkopf-Variante erhältlich.

Quelle:
Yankell SL, Shi X, Emling RC: Laboratory evaluations of elmex® interX toothbrushes for interproximal access efficacy and posterior tooth surface cleaning. J Clin Dent 13, 249–252 (2002)

GABA GmbH
Berner Weg 7, 79539 Lörrach
E-Mail: info@gaba-dent.de
Web: www.gaba-dent.de

1. Internationales Symposium Parodontale Medizin und Implantologie vom 23.–25. 6. 2005

Eine Veranstaltung für das gesamte Praxisteam, die Sie sich unbedingt vormerken müssen!

Die Abteilung für Parodontologie und der Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg veranstaltet mit Unterstützung der Deutschen Gesell-

ANZEIGE

HURRISEAL®

DENTIN DESENSITIZER

**Drei Wirkungen
in einer
Anwendung!**

**desensibilisierend
mineralisierend
antimikrobiell**

curasan
Lindigstraße 4 · 53801 Kleinscheid
Tel. 0 60 27/46 86-0 · Fax 46 86-19
www.curasan.de

SONDERAKTION!

Bitte direkt an curasan AG faxen:
0 60 27/46 86 19 oder per Post schicken.

Ich bestelle 2 Flaschen HURRISEAL® Dentin Desensitizer zum Preis von 84,- € je Flasche (zzgl. MwSt.) und erhalte zusätzlich 1 Flasche HURRISEAL® Dentin Desensitizer und 200 Applikatoren kostenlos

Name: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Angebot gültig bis 30.06.05

Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

schaft für Zahnärztliche Implantologie e.V. (DGZI) sowie zahlreicher weiterer Fachgesellschaften in Zusammenarbeit mit der Oemus Media AG vom 23. bis 25. Juni 2005 in Berlin das 1. Internationale Symposium Parodontale Medizin und Implantologie. Erwartet werden namhafte nationale und internationale Referenten aus unterschiedlichen medizinischen Fachbereichen. Der Grundgedanke dieser Veranstaltung beruht auf der Idee des Brückenschlages zwischen



der Parodontologie und Medizin sowie deren klinischen und grundlagenorientierten Forschungsschwerpunkten. Medizinische Inhalte, die bislang nebeneinander thematisiert wurden, gilt es miteinander zu verknüpfen. Dabei soll gezeigt werden, dass die Parodontologie im Spektrum der interdisziplinären Grundlagenforschung eine durchaus nicht zu unterschätzende Rolle spielt. Dieser ganzheitliche Ansatz soll den Dialog und die Kooperation zwischen Parodontologie und Medizinern unterschiedlicher Fachrichtungen fördern und voranbringen. Ziel ist es, mit dieser Veranstaltung nicht nur Spezialisten, sondern angesichts des inhaltsreichen Themen-Aufgebotes auch Allgemein-zahnärzte und Praxisteams anzusprechen. Präsentiert werden zur parodontalen Medizin assoziierte Themen, ein abwechslungsreiches Workshop-Pro-

gramm zu aktuellen klinischen Themen in der Parodontologie, Implantologie und Prävention sowie verschiedene Fortbildungsveranstaltungen für Zahnärztinnen und zahnmedizinische Fachangestellte. Das exzellente Rahmenprogramm bietet eine ideale kulturelle Ergänzung zum hochkarätigen fachlichen Inhalt.

Oemus Media AG
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig
E-Mail: info@oemus-media.de
Web: www.oemus.com

trèswhite by Opalescence – Zahnaufhellung neu erfunden

Zahnaufhellung – ein Thema höchster Aktualität. Die Medien sind voll davon, die Patienten fragen danach. Für die Zahnarztpraxis ist es dabei entscheidend, wirksame und zugleich schonende Verfahren anzuwenden. Andererseits soll sich der Zeitaufwand und die Belastung des Praxisteams in Grenzen halten, um dem Patienten diese Leistung auch preisgünstig anbieten zu können. Für den Patienten stehen – außer dem finanziellen Aspekt – Fragen der praktischen Handhabung und des Behandlungskomforts im Vordergrund. Mit trèswhite stellt Ultradent Products, USA, nun ein neuartiges Aufhellungssystem vor, das viele Vorteile in bisher nicht gekannter Weise in sich vereinigt. trèswhite ist das erste vorgefüllte, adaptierbare Zahnaufhellungssystem zur Einmalverwendung. Damit entfällt der Aufwand für die Herstellung individueller Schienen. Stattdessen umschließt eine hochflexible Folie den gesamten Zahnbogen und legt sich auch unregelmäßig stehenden Zähnen optimal an. Ein stabiles Außentray erleichtert das Einsetzen im Mund und wird danach entfernt. Die auf den Zähnen verbleibende feine

Folie ist mit hochwirksamen 9%igem Hydrogen-Peroxid-Gel gefüllt. Der Gingivaschutz wird durch ein Schutzgel lingual/palatal bzw. labial gewährleistet. Die Tragezeit beträgt täglich ca. 30–60 Minuten; meist nach ca. 5–10 Tagen ist ein ansprechendes Ergebnis erzielt. Patienten empfinden die kaum störende, fast



trèswhite: gebrauchsfertige KombiTrays zur Einmalverwendung, paarweise eingesiegelt.

unsichtbare Folie als sehr angenehm. Die beiden Aromen, „melone“ oder „mint“, sind sehr beliebt. Auch wenn somit die eigentliche Behandlung zu Hause abläuft: Der Zahnarzt muss stets „Herr des Verfahrens“ sein. Er stellt die Diagnose, berät den Patienten hinsichtlich der Anwendung und überwacht den gesamten Vorgang. Darum wird auch trèswhite nur an Zahnarztpraxen abgegeben.

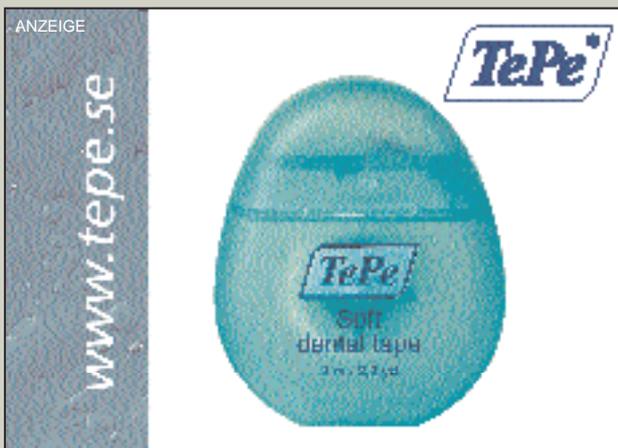
UP Dental GmbH
Am Westhoyer Berg 30, 51149 Köln
E-Mail: info@updental.de
Web: www.updental.de

meridol® reduziert Gingivitis auch bei unterschiedlicher individueller Prädisposition

Erstmals wurde die Wirkung von Aminfluorid/Zinnfluorid bei Patienten mit hoher und niedriger Gingivitis-Prädisposition untersucht. Beide Gruppen profitieren unabhängig von der individuellen Entzündungsneigung. Zwischen Plaque und Gingivitis besteht ein kausaler Zusammenhang. Die Entwicklung einer



Parodontitis ist jedoch nicht zwingend vorgegeben, sondern neben der bakteriellen Belastung abhängig von der individuellen Prädisposition und Immunantwort des Patienten. Eine vergleichbare Plaquemenge kann je nach individueller Prädisposition eine Gingivitis unterschiedlichen Schweregrads auslösen. Wird die mechanische Plaqueent-



Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

HERSTELLERINFORMATIONEN

fernung durch meridol® Zahnpasta und meridol® Mundspül-Lösung mit Aminfluorid/Zinnfluorid (AmF/SnF₂) unterstützt, so wird die Plaquebildung reduziert und dadurch, ungeachtet der individuellen Entzündungsneigung, die Wiederherstellung gesunder gingivaler Verhältnisse gefördert. Zu diesem Ergebnis kommt die Arbeitsgruppe um Leonardo Trombelli von der Universität Ferrara, Italien. Die Wissenschaftler verglichen in einer experimentellen Gingivitis-Studie die Wirkung von AmF/SnF₂ bei Patienten mit hoher und niedriger Gingivitis-Prädisposition.

Quellen:

Trombelli L, Scapoli C, Orlandini E, Tosi M, Bottega S, Tatakis DN: Modulation of clinical expression of plaque-induced gingivitis. III. Response of „high responders“ and „low responders“ to therapy. J Clin Periodontol 31 (2004), 253–259.

GABA GmbH

Berner Weg 7, 79539 Lörrach

E-Mail: info@gaba-dent.de

Web: www.gaba-dent.de

mectron – smile into the future

Ein neues, freundliches Lächeln – mectron präsentierte sich erstmals auf der dental informa in Bremen im neuen Stil. Mit eigenem, 36 qm großen Messestand und einem breiten Produktspektrum in den Bereichen Ultraschall, Pulverstrahl und Lichtpolymerisation, welches mectron als Anbieter ausweist, der vollständige Lösungen offeriert. Für die professionelle Zahnreinigung werden die Geräte turbodent s und combi s angeboten. Das combi s kombiniert den Pulverstrahl mit einem Ultraschall. Das Ultraschallgerät multipiezo ist die Basis für 28 verschiedene Ultraschallinstrumente in den Indikationen Scaling, Perio, Endo, Retro und restaurative Zahnmedizin.

Dabei benötigt das multipiezo nur einen Stromanschluss, die Flüssigkeit wird über ein Flaschensystem zugeführt. Und auch das Zubehör zeigt sich durchdacht und vollständig, ob nun das cart univers mit Kabelkanal und höhenverstellbarem mittleren Tray, die bonaqua Wasserversorgung zum DIN EN 1717 konformen Anschluss von Peripheriegeräten oder aber die Reinigungslösung bonaqua solvent. Die zweite große Produktgruppe umfasst die Lichtpolymerisation mit LED-Lampen. Unter dem Produktnamen starlight bietet mectron insgesamt fünf verschiedene LED-Polymerisationslampen an, vom akkubetriebenen starlight pro, über die Piezon-Handstückschlauch adaptierten starlight pm, pe und ps bis hin zur Einbauversion starlight s. Allen gemeinsam ist die 5 Watt LED und das Fokussierungsprisma. Die Leistung kann sich sehen lassen. Die starlight härtet eine 2 mm Schicht in nur 10 Sekunden zuverlässig aus. Dass die Produkte ins richtige Licht gerückt werden, zeigt der neue Messeauftritt der mectron Deutschland: sauber und klar, einfach perfekt designt. Die Präsentation auf den Besuchern zugewandten Tresen ermöglicht es, jedes Produkt direkt zu testen. Kurt Goldstein, Geschäftsführer der mectron Deutschland Vertriebs GmbH: „Die Resonanz gibt uns recht. Wir haben, als relativ neues Unternehmen auf dem deutschen Markt, sehr positiven Zuspruch aus dem Handel und eine geradezu überraschende Zustimmung bei den Zahnärzten erhalten. Die Besucher haben unser Angebot wahrgenommen und einige haben sich direkt zum Kauf entschieden. Unser Fazit ist daher durchweg positiv.“

mectron Deutschland Vertriebs GmbH
Keltenring 17
82041 Oberhaching
E-Mail info@mectron-dental.de



Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.



Ein Lizenzsystem für Zahnärzte setzt sich durch – neue Kunden für Ihre Praxis !

- europaweit bereits 10 Lizenznehmer
- umfangreiches PR- & Marketingprogramm
- Teilnahme an zentralem Terminsystem
- günstige Einkaufskonditionen

Informieren Sie sich jetzt !

0700-1000 1003 zum Ortstarif

www.smilecare.de

„Eine gute Praxishygiene sollte in jedem Team zu den Grundgesetzen gehören“

Bakterien sind ungebetene Gäste beim Zahnarzt – im Extremfall könnten sie schwere Infektionen bei Patienten und Mitarbeitern auslösen. Daher gehört Hygiene in der zahnärztlichen Praxis zu einer äußerst wichtigen Aufgabe, wenn auch zu einer alltäglichen. Einschleichende Routine darf aber keinesfalls über die latenten Gefahren, die von pathogenen Mikroorganismen ausgehen, hinwegtäuschen. ZMF Saskia Stelzer aus Erding kennt den täglichen Umgang mit Desinfektionsmitteln und beschreibt im Interview, worauf es in der Praxis wirklich ankommt.

REDAKTION



ZMF Saskia Stelzer

Frau Stelzer, Sie sind seit sechs Jahren in einer Erdinger Gemeinschaftspraxis tätig. Wie würden Sie Ihren Aufgabenbereich beschreiben?

Unser Praxisteam besteht aus drei Zahnärzten, zwei Dentalhygienikerinnen und sechs zahnärztlichen Assistentinnen. Ich persönlich bin hauptsächlich als Assistenz am Stuhl tätig und für Bürotätigkeiten verantwortlich. Auch die tägliche Praxis-Hygiene fällt in meinen Aufgabenbereich.

Wie viel Zeit verbringen Sie täglich mit Hygienemaßnahmen?

Jeden Abend werden alle Instrumente und Flächen gründlich gereinigt und desinfiziert – selbstverständlich auch die Absauganlage. Und natürlich zwischen den Behandlungen im Laufe des Tages auch. Wie viel Zeit ich dafür exakt brauche, habe ich noch gar nicht ausgerechnet. Fest steht: Es ist eine der wichtigsten Aufgaben in der Zahnarztpraxis, die trotz Routine immer wieder auf das Genaueste durchgeführt werden muss und keinerlei Nachlässigkeit gestattet. Eine gute Orientierung liefert dabei ein Hygieneplan. Auf ihm steht genau was, wann und womit gereinigt werden sollte.

Warum ist es so wichtig, diese Aufgaben stets aufs Neue so engagiert zu erfüllen?

Überall wo Menschen medizinisch behandelt werden, können Bakterien schnell zu äußerst problematischen

„Hausgästen“ werden. Auch wenn es etwas dramatisch klingen mag, aber pathogene Keime können im Extremfall über Leben und Tod, in jedem Fall aber über Gesundheit und Krankheit entscheiden. Und der Patient vertraut auf die Reinlichkeit gerade in einer Praxis. Was bringen tausend Schutzimpfungen für den Urlaub, wenn es in der Zahnarztpraxis um die Ecke nicht sauber zugeht?

Mit welchen Maßnahmen rücken Sie den potenziellen Krankheitserregern denn zu Leibe?

Wir arbeiten mit Desinfektions- und Reinigungsmitteln von Dürr Dental. Für jeden Bereich stellt die Dürr System-Hygiene das spezielle Mittel bereit – für Instrumente, Flächen, Hände und Spezialbereiche wie zum Beispiel die Absauganlage. So funktioniert Hygiene am wirkungsvollsten.

Besteht denn prinzipiell nicht die Gefahr, auch einmal zur falschen Flasche zu greifen?

Farblich auf die jeweiligen „Einsatzgebiete“ abgestimmt, kann man mit der Dürr System-Hygiene eigentlich nichts mehr falsch machen: Blau für Instrumente, grün für Flächen, rosa für Hände und gelb für Spezialbereiche. Auch funktionieren die farbigen Deckel der handlichen 2,5-Liter-Flaschen als Dosiereinheiten. So lässt sich immer genau das richtige Mittel in der exakt erforderlichen Menge anwenden – auch wenn es mal hektisch in der Praxis zugeht.

Welchen Stellenwert hat, Ihrer Einschätzung zufolge, die Hygiene heute in der Zahnarztpraxis?

Nun, ich glaube die Situation ist natürlich in jedem Fall etwas verschieden. Sicher gibt es in anderen Praxen auch die ein oder andere Kollegin, die aus Angst, sich die Hände zu sehr zu strapazieren, etwas zu sparsam mit Desinfektionsmitteln umgeht. Auch kommt es bestimmt immer wieder vor, dass sich die gewählten Mittel einfach nicht für die Desinfektion der jeweiligen Flächen oder Instrumente eignen. Das Risiko aber, sich in Zahnarztpraxen Infektionen zu holen, ist zum Glück insgesamt sehr gering. Allerdings nimmt die Wahrscheinlichkeit

zusätzlich ab, wenn ein Praxisteam ganz besonders auf gute Hygiene achtet. Für Praxen, die quasi im Akkord arbeiten und Desinfektion nur als eine lästige Unterbrechung oder eine müßige Routineaufgabe betrachten, kann es allerdings eines Tages mal zu unliebsamen Überraschungen kommen. Nein, ich denke eine verantwortungsvolle Hygiene sollte heute unbedingt zu den „Grundgesetzen“ in jeder Zahnarztpraxis gehören.

Gibt es einfache Möglichkeiten, sich auch immer wieder in diesen Fragen auf dem Laufenden zu halten?

Ja. Unser Team ist beispielsweise seit Jahren im Dürr HygieneClub. Er informiert uns kurz und bündig über wichtige Hygienethemen. Auch lassen sich Weiterbildungen

zu Vorzugskonditionen über ihn buchen. Außerdem enthält die vierteljährlich erscheinende ClubNews-Zeitschrift unterhaltsame Artikel und praktische Tipps. Selbst Preisrätsel werden darin mit Hygiene verknüpft. Für das Praxisteam ist sie inzwischen so etwas wie ein vertrauter Begleiter, sicherlich ein kleines „Highlight“ im beruflichen Alltag.

Welche Empfehlungen können Sie Ihren Kolleginnen noch abschließend mit auf den Weg geben?

Bloß nicht nachlässig und bequem in Sachen Praxishygiene werden. Sie immer ernst nehmen und mit den richtigen Präparaten arbeiten, die auch DGHM-gelistet sind. Dann dürfte eigentlich nichts mehr schief gehen.

4. DH-Aufstiegsfortbildung

Jetzt ist der vierte DH-Kurs in der Vorbereitung, drei Kurse über jeweils ein halbes Jahr sind bislang erfolgreich durchgeführt worden. Der Kurs gliedert sich in einen vorklinischen und einen klinischen Teil.

Die Aufstiegsfortbildung verläuft – in bundesweit einzigartiger, enger Kooperation mit der Poliklinik für Parodontologie der Universität Münster – nach internationalem Standard. Durch den vorklinischen Teil führt Seminarleiterin Dipl.-DH Dorothee Neuhoff. An der Akademie für Fortbildung der ZÄKWL finden Unterricht und Phantomkurse statt. Begleitet in ihrem Unterricht wird die Seminarleiterin dabei unter anderem von Irene Thiesen, ebenfalls Dipl.-DH sowie Dozentinnen und Dozenten des Universitätsklinikums Münster.

Dieser Fortbildungsteil dauert insgesamt vier Monate. Während dieser Zeit sind alle Teilnehmerinnen zudem bereits zwei Tage in der Woche in der Klinik. An einem Tag werden die Vorlesungen von Professor Dr. Thomas F. Flemmig, Leiter der Poliklinik, gemeinsam mit den Studenten besucht, an einem anderen Tag werden in der Poliklinik für Parodontologie Patienten behandelt.

Dort stehen den angehenden Dentalhygienikerinnen der wissenschaftliche Assistent, Priv.-Doz. Oberarzt Dr. Gregor Petersilka, die angehenden Fachärzte für Parodontologie und zwei Dipl.-Dentalhygienikerinnen zur Seite. Unter diesem Team behandeln sie täglich in der Klinik Patienten und werden auch in anderen Abteilungen eingesetzt, z.B. in der Kieferorthopädie.

Die Teilnehmerinnen erwarten eine anspruchsvolle Aufstiegsfortbildung, organisiert mit enormem Einsatz der verantwortlich Beteiligten.

Auch bei der Unterbringung vor Ort bietet die ZÄKWL Unterstützung an, ebenso wie bei der Beantragung des „Meister-Bafög“ zur Finanzierung der Kursgebühren und der monatlichen Unterhaltskosten.

„Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung und ermutigen Sie, sich zu trauen, Ihre Kompetenz zu erweitern“, so Dorothee Neuhoff.



Das fachkundige Team der ZÄKWL für die Aufstiegsfortbildungen der zahnmedizinischen Assistenzberufe (v.l.n.r. Andrea Sigge, Irene Thiesen, Dorothee Neuhoff, Barbara Schemmelmann, Doris Brinkmann).

Die erste Aufnahmeprüfung fand bereits am 5. Juni 2004 in Münster statt, weitere Prüfungstermine nach Vereinbarung.

Wer sich zum vierten Kurs „Aufstiegsfortbildung zur Dentalhygienikerin“ anmelden möchte, kann dies mit Angabe der persönlichen Daten unter unten stehender Adresse tun.

Korrespondenzadresse:
 Akademie für Fortbildung der Zahnärztekammer
 Westfalen-Lippe
 z.Hd. Frau Burness oder Frau Meyer
 Auf der Horst 25, 48147 Münster
 Tel.: 02 51/5 07-0
 Fax: 02 51/5 07-5 70
 www.zahnaerzte-wl.de

Prophylaxe ist ganzheitlich zu sehen

Das 2. Oral-B Symposium in Frankfurt am Main am 15. Mai 2004 war mit namhaften nationalen und internationalen Referenten wie Priv.-Doz. Dr. Christof Dörfer, Prof. Dr. Marc Quirynen und Dr. Elmar Favero hochkarätig besetzt und mit mehr als 1.000 Teilnehmern restlos ausgebucht.

YVONNE STRANKMÜLLER/LEIPZIG

Die Zahnmediziner und ihre Helferinnen widmeten sich im Congress Center des Sheraton Hotels am Flughafen aufmerksam dem Thema „Orale Prophylaxe – ein ganzheitlicher Ansatz“. So informierten die Redner über Risikofaktoren bei Parodontalerkrankungen, den Einfluss der Ernährung auf die Mundgesundheit und die Mundhygiene-Instruktion in der Praxis.

Den wissenschaftlichen Vorsitz der von der Firma Braun Oral-B zum zweiten Male initiierten Veranstaltung hatte Priv.-Doz. Dr. Christof Dörfer (Universität Heidelberg). In seinem Beitrag „Systemische Gesundheit und Parodontalerkrankungen“ wies er auf die vielfältigen Wechselwirkungen des Zahnhalteapparates und verschiedenen Erkrankungen des Allgemeinorganismus hin. Deren Rolle und die Syndrome bei der Progression von Parodontitiden ist bekannt und gut dokumentiert, ebenso wie Bakteriämien. Die Datenlage reicht jedoch derzeit nicht aus, um Therapieentscheidungen auf der Basis möglicher Assoziationen zwischen Parodontitis und Allgemeinerkrankungen wie zum Beispiel kardio-zerebrovaskuläre Erkrankungen, Schwangerschaftskomplikationen und dem Risiko für Frühgeburten, rezidivierenden Lungenerkrankungen und Gastritiden und dem Insulinbedarf bei Diabetikern zu fällen. Patienten, bei denen ein erhöhtes Bakteriämierisiko festgestellt wird, sollten in ein Prophylaxeprogramm eingebunden werden, das optimal auf ihre intraoralen Verhältnisse abgestimmt ist.

Immer auf dem aktuellen Wissensstand sein

Prof. Crispian Scully (University College London) beschäftigte sich anschließend mit „Intraoralen Symptomen systematischer Erkrankungen“ und stellte dabei fest, dass die medizinischen Probleme im Bereich der Wissenschaft von der zahnmedizinischen Gesundheitspflege wachsen. So weisen orale Erkrankungen eine breit gefächerte Ätiologie auf. Die meisten Parodontalerkrankungen haben lokale Ursachen. Sie können aber auch systemischer Natur sein. Alle Mitarbeiter einer Zahnarztpraxis müssen sich demzufolge mit einer ständig steigenden Zahl der Ursachen von Parodontitiden beschäftigen und sich dementsprechend fortbilden.

Risiken früher erkennen – Parodontitis besser vorbeugen

„Klinische Risikofaktoren und deren Steuerung“ – ein Beitrag von Prof. Peter Eickholz, der die Teilnehmer des Symposiums explizit aufforderte, den Parodontalen



Die Referenten des Symposiums.

Screening Index PSI schon ab dem 10. Lebensjahr regelmäßig zu erheben, um die Parodontitis frühzeitig zu erkennen. An verschiedenen Beispielen versuchte er, diese Notwendigkeit zu verdeutlichen und klar zu zeigen, welche Chance darin besteht. Ebenso sollten bei der Diagnose von aggressiver Parodontitis auch die Geschwister untersucht werden. In seinem Schlusssatz verwies er auf den 9. bis 11. September 2004. Dann wird in Dresden die Jahrestagung der DGP abgehalten werden. Dazu lud er die Teilnehmer des Symposiums herzlich ein.

Identifikation der Keime notwendig, um zu therapieren

Mit „Mikrobiologischen Risikofaktoren und Behandlungskonzepten“ beschäftigte sich das Referat von Dr. Pia Merete Jervoe-Storm (Universität Bonn). Nach ihren Erkenntnissen scheint eine Analyse der subgingivalen Plaque für bestimmte Mikroorganismen vor allem bei den aggressiven und schweren Parodontitisformen interessant und erforderlich zu sein. Es sollte jedoch berücksichtigt werden, dass das Vorhandensein spezifischer Bakterien nicht als allein stehende Ursache für parodontale Attachmentverluste angesehen werden kann. Eine Keimabwesenheit ergibt aber eine relative Sicherheit für parodontale Stabilität.

Vor dem Essen putzen oder danach – die alles entscheidende Frage?

Prof. Dr. Martin Addy (Dental School, University of Bristol) überraschte die Zuhörer mit einer kühnen These während seines Vortrages „Zähneputzen: Risiko oder Nutzen?“. Zähneputzen sollte möglichst vor dem Essen oder Trinken

erfolgen. Dies senkt das Risiko abrasiver Wirkungen. Er ist der Ansicht, dass übereifriges Putzen Schäden an oralen Hart- oder Weichgeweben hervorruft, insbesondere wenn Erosion hinzutritt. Zum Beispiel verringern saure Fruchtsäfte den pH-Wert des Speichels. So wird der Abrieb von Zahnschmelz begünstigt. Als kühn empfanden die Anwesenden die These deshalb, weil bis zum jetzigen Zeitpunkt immer zum Zähneputzen nach dem Essen animiert werden sollte, damit Plaque gar nicht erst entsteht.

Vorsicht bei der Gabe von Antibiotika

„Chemische Plaquekontrolle in der Parodontologie: Risiko oder Nutzen?“ – ein Thema, mit dem sich Prof. Dr. Marc Quirynen (Katholische Universität Leuven) auseinandersetzte. Er warnte vor allem vor dem Einsatz von Antibiotika bei Parodontitis und stellte fest, dass hier in den meisten Fällen eine Kontraindikation vorliegt. Bakterien seien zunehmend resistent gegen zuvor wirksame Mittel geworden. Das Gleichgewicht im menschlichen Körper wird so gestört und die Vermehrung von resistenten bakteriellen oder nicht-bakteriellen Organismen ermöglicht. Dies kann der Auftakt für neue Infektionen darstellen, die schlimmer als die primär behandelten sind.

Ein ganzheitliches Konzept gegen Parodontitis

Am Nachmittag folgten weitere interessante Vorträge. Dr. Elmar Favero (Ambulatorium für Zahn-, Mund- und

Kieferheilkunde Innsbruck) fasste 15 Tipps zum Thema Ernährung und richtiges Essen zusammen und verdeutlichte so den Teilnehmern des Symposiums seine Philosophie: die Essgewohnheiten sollten grundsätzlich den individuellen Lebensgewohnheiten gerecht werden. Eine Checkliste zur Raucherentwöhnung stellte Dr. Christoph A. Ramseier (Universität Bern) vor, denn es gilt als medizinisch erwiesen, dass Raucher schlechtere Chancen zur erfolgreichen Parodontalbehandlung haben als Nichtraucher. Weitere Studien zeigen auf, dass Rauchen ein modifizierender Faktor auch für die Entstehung von Parodontalerkrankungen bildet. Aus diesem Grund ist eine Raucherentwöhnung, im zahnmedizinischen Praxisalltag „Kurzintervention“ genannt, angebracht (Informationen dazu unter www.dental-education.ch). Bernita Bush-Gissler (Klinik für Parodontologie und Brücken-Prothetik Bern) appellierte an ihre Zuhörer: das Mundhygiene-Niveau der Patienten ist Sache des ganzen Praxis-Teams. Deshalb sollte ein Mundhygienekonzept erstellt werden, das von allen Mitgliedern beherrscht wird, ebenso wie die von der Praxis empfohlenen Mundhygieneprodukte.

Zum Abschluss des Programms ging Dr. med. Peter Kopopka (Augsburg) auf die Bedürfnisse der Menschen des 3. Jahrtausends ein. Sie brauchen besondere Erkenntnisse, Fähigkeiten und Techniken, um die Vorteile der Zivilisation genießen zu können – ohne unter ihren Nach-

Prophylaxepreis an „Mobilix/Fixpunkt e.V.“

Mit großer Freude haben Zahnärztekammer und KZV Berlin die Nachricht von der Verleihung des diesjährigen Wrigley-Prophylaxepreises an das Berliner Projekt „Mobilix – Gesundheitsförderung für Drogenkonsumenten“ aufgenommen.

REDAKTION

Beide Organisationen haben die zahnmedizinische Versorgung, aber auch die Prophylaxebemühungen des Teams um Marion Bracht in einem speziellen „Zahnmobil“ zur Versorgung Drogenabhängiger mit Finanz- und mit Sachmitteln über das Berliner Hilfswerk Zahnmedizin (Schirmherrin: Zahnärztekammer Berlin) unterstützt und tun dies nach wie vor. Der Vorsitzende des Berliner Hilfswerks, Dr. Christian Bolstorff, hatte im Januar 2002 am einschlägigen Platz „Kottbusser Tor“ eine gut bestückte mobile Behandlungseinheit persönlich an Frau Bracht (Ärztin und Zahnärztin) übergeben und damit das soziale Projekt zur Förderung der Mundgesundheit der Drogenabhängigen in eine aktive Phase gebracht. Die Akzeptanz seitens der „Szene“ war von Anfang an außerordentlich hoch, Frau Bracht konnte an einer großen Anzahl von Patienten auch spezielle Bedürfnisse und Probleme dieser Patientengruppe erfassen und auswerten. Drogenkonsumenten haben ein besonders großes Risiko für Zahn- und Munderkrankungen, da – abgesehen von den sozial bedingten Defizi-

ten bei der Mundhygiene und häufigen Infektionen verschiedener Art – Drogen den Speichelfluss im Mund verringern und damit das biologische Gleichgewicht aus der Bahn bringen. Häufiges substanzbedingtes Erbrechen und die damit verbundene Säure-Attacke auf die Zahnoberfläche führt zu Schäden am Zahnschmelz und zu Reizungen des Zahnfleisches. Das Projekt Mobilix des Vereins „Fixpunkt e.V.“ trägt erheblich zum Abbau der Hemmschwelle für eine Mundgesundheitsversorgung bei – auch wenn viele der Drogenkonsumenten krankenversichert sind, suchen sie in der Regel keine reguläre Zahnarztpraxis auf. Viele versuchen bei ausbleibender zahnärztlicher Hilfe ihre Zahnschmerzen auf andere Weise zu betäuben, das Projekt trägt daher auf Umwegen mit dazu bei, dass solche „Umwege“ reduziert werden können. Das mit der Auszeichnung verbundene Preisgeld in Höhe von 2.000,- € wird für Lehr- und Hilfsmittel eingesetzt, die die präventive Arbeit von Mobilix zur Vermeidung von Zahn- und Munderkrankungen weiter ausbauen hilft.

Kongresse, Kurse und Symposien

Datum	Ort	Veranstaltung	Thema	Info/Anmeldung
24./25. 09. 04	Düsseldorf	Teamfortbildung	Parodontologie/Prophylaxe	Tel.: 03 41/4 84 74-3 09 Fax: 03 41/4 84 74-3 90
07.–09. 10. 04	Mannheim	7. DEC Dentalhygiene-Einsteiger-Congress	Dentalhygiene	Tel.: 03 41/4 84 74-3 09 Fax: 03 41/4 84 74-3 90
21.–23. 10. 04	München	3. Jahrestagung der DGEEndo/ 45. Bayerischer Zahnärztetag	Endodontie	Tel.: 03 41/4 84 74-2 02
29./30. 10. 04	Bremen	Teamfortbildung	Parodontologie/Prophylaxe	Tel.: 03 41/4 84 74-3 09 Fax: 03 41/4 84 74-3 90
05./06. 11. 04	Berlin	7. DZUT – Deutscher Zahnärzte Unternehmertag	Strategie des Erfolgs – Erfolg ohne Strategie?	Tel.: 03 41/4 84 74-3 09 Fax: 03 41/4 84 74-3 90
05./06. 11. 04	Düsseldorf	13. Deutscher Kongress für Präventive Zahnheilkunde	Mundgesundheit und Allgemeinerkrankungen	Tel.: 03 41/4 84 74-3 09 Fax: 03 41/4 84 74-3 90
12./13. 11. 04	Stuttgart	Teamfortbildung	Parodontologie/Prophylaxe	Tel.: 03 41/4 84 74-3 09 Fax: 03 41/4 84 74-3 90
03./04. 12. 04	Leipzig	Teamfortbildung	Parodontologie/Prophylaxe	Tel.: 03 41/4 84 74-3 09 Fax: 03 41/4 84 74-3 90
23. 04. 05	Wien	2. Mundhygienetag		Tel.: 03 41/4 84 74-3 09 Fax: 03 41/4 84 74-3 90
23./25. 06. 05	Berlin	1. Internationales Symposium „Parodontale Medizin und Implantologie“		Tel.: 03 41/4 84 74-3 09 Fax: 03 41/4 84 74-3 90

Dentalhygiene Journal

Zeitschrift für Parodontologie
und präventive Zahnheilkunde

Impressum

Verleger:
Torsten R. Oemus

Verlag:
Oemus Media AG
Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig
Tel. 03 41/4 84 74-0 · Fax 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: kontakt@oemus-media.de

Deutsche Bank AG Leipzig
BLZ 860 700 00 · Kto. 1 501 501

Verlagsleitung:
Torsten R. Oemus · Tel. 03 41/4 84 74-0
Ingolf Döbbecke · Tel. 03 41/4 84 74-0
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner · Tel. 03 41/4 84 74-0
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller · Tel. 03 41/4 84 74-0

Chefredaktion:
Prof. Dr. Andrej M. Kielbassa
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Campus Benjamin Franklin (WE 36)
Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde, Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und
Parodontologie
Alßmannshäuser Straße 4–6, 14197 Berlin
Tel.: 0 30/84 45 63 03, Fax: 0 30/84 45 62 04
E-Mail: andrej.kielbassa@medizin.fu-berlin.de

Redaktionsleitung:
Dr. Torsten Hartmann (verantw. i. S. d. P.)
Tel. 02 11/98 94-2 34

Redaktion:

Katja Kupfer · Tel. 03 41/4 84 74-3 25
Kristin Urban · Tel. 03 41/4 84 74-3 26

Korrektorat:

Ingrid Motschmann · Tel. 03 41/4 84 74-1 25
Bärbel Reinhardt-Köthnig · Tel. 03 41/4 84 74-1 25

Herstellung:

Andrea Udich · Tel. 03 41/4 84 74-1 15
W. Peter Hofmann · Tel. 03 41/4 84 74-1 14

Erscheinungsweise:

Das Dentalhygiene Journal – Zeitschrift für Parodontologie und präventive Zahnheilkunde – erscheint 2004 mit 4 Ausgaben. Die Zeitschrift und die enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlegers und Herausgebers 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. Die Redaktion behält sich vor, eingesandte Beiträge auf Formfehler und fachliche Maßgeblichkeiten zu sichten und gegebenenfalls zu berichtigen. Für unverlangt eingesandte Bücher und Manuskripte kann keine Gewähr übernommen werden. Mit anderen als den redaktionseigenen Signa oder mit Verfasseramen 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. Es gelten die AGB, Gerichtsstand ist Leipzig.



