statement

Chancen in der Implantologie 2006

Dr. Roland Hille
2. Vizepräsident der DGZI (Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.)

Wir haben die ersten Wochen des Jahres ohne eine „neue Gesundheitsreform und veränderte Genehmigungsverfahren“ überstanden.
Die Unsicherheiten durch die Systemumstellung auf Festzuschüsse, von denen wir alle in den ersten Monaten des vergangenen Jahres betroffen waren, liegen Gott sei Dank hinter uns.
Eine Zäsur ist zweifelsohne eingetreten, doch nützt uns Jammern wenig. Innovative Praxiskonzepte sind gefragt und damit wird sich jeder von uns in den kommenden Jahren immer mehr auseinander setzen müssen, wenn wir den Spaß an unserem Beruf nicht verlieren wollen. Maßgeschneiderte, universell einsetzbare Arbeitsanleitungen für den Praxiserfolg gibt es nicht, auch wenn sie uns von manchen Referenten versprochen werden. Sie sind die Marke Ihrer Praxis, Sie stellen den zentralen Praxiswert dar, Sie müssen Ihr fachliches Know-how und Ihre Persönlichkeit in Ihre Praxis einbringen und Sie entscheiden über Ihr Praxisleistungsangebot, dabei müssen Sie voll und ganz hinter Ihrer Praxisphilosophie stehen. Der Patient ist sensibler und kritischer geworden, dies steht ohne Frage fest. Sie müssen mit fachlichen Aspekten überzeugend argumentieren, aber dies alleine reicht auch nicht. Sie müssen die geweckten Erwartungen in Ihrer Praxis mit Ihren Patienten in die Tat umsetzen. Schöne Zähne, zufriedene Patienten und selbstverständlich eine optimale Funktion sind die beste Werbung für Ihre Praxis und somit für eine erfolgreiche und zufriedene berufliche Zukunft.
Die Implantologie als „ Stoßstürmer“ der Zahnmedizin in den vergangenen 15 Jahren ermöglicht uns ein breites Feld. Auch die Kollegen, die den chirurgischen Part nicht übernehmen möchten, sind nicht vom Fortschritt der Zahnmedizin ausgeschlossen. Leider nutzen die nicht chirurgisch tätigen Kollegen in ihren Praxen die Implantologie nicht in angemessener Form. Manch ein Patient geht somit für die nicht implantologische Praxis „verloren“.

Wir alle haben Chancen! Packen wir sie an, solange man uns diesen Freiraum noch gewährt!

Mit herzlichen Grüßen
Ihr
Dr. Roland Hille

ZWP spezial *Bleaching/Cosmetic Dentistry*

In der Bevölkerung wird dem Aussehen und in diesem Zusammenhang strahlend weißen Zähnen eine immer größere Bedeutung beigemessen. Dieser Trend ist vor dem Hintergrund knapper Budgets der Kassen durchaus eine Alternative für den Erfolg in der Zahnarztpraxis. Das vorliegende Supplement ZWP spezial „Bleaching und Cosmetic Dentistry“ gibt einen Überblick über aktuelle Entwicklungen auf diesem Gebiet.

ANZEIGE

politik
6 Politik Fokus

wirtschaft
8 Wirtschaft Fokus
10 Aktives Praxismarketing
14 Das richtige Steuerungsinstrument

recht
18 Das Sachverständigen(un)wesen in der Zahnmedizin
24 Aktuelles Arbeitsrecht für den Zahnarzt
28 Dentalhygiene nur unter Aufsicht

abrechnungs- und steuertipps
30 Fröhlich verdient, verdient fröhlich!
32 Der Advision Steuertipp
34 GOZ-Pos. 905: Wann berechenbar?

zahnärzteforum
36 Wirtschaftlichkeitsprüfung und Zivilprozess: Dokumentation des Zahnarztes
38 Zahnersatz aus dem Ausland
40 Aufnahmeantrag

zahnmedizin
41 Zahnmedizin Fokus

zahnmedizin implantologie
44 Megatrend: Minimalinvasive Implantologie
48 Statements Implantologie
52 Der sanfte Weg in der Implantologie
56 Steigender Bedarf nach Sofortimplantaten
60 15 Jahre klinische Erfahrung mit einem Implantat

zahnmedizin implantologie
62 Vom Abfahrtski zum Implantat
64 Implantologische Gesellschaften: Die Qual der Wahl
66 Vorstellung der implantologischen Gesellschaften
68 Implantologie für Einsteiger und Experten
72 Masterstudiengang Implantologie
74 Curriculum Implantatprothetik
76 Marketing für die Implantologiepraxis
80 Kommunikation: Patientenmagazin „Zahnimplantate“

praxis
82 Zahnmedizin Produkte
90 Semipermanente Versorgung: Perfekter Halt in nur einer Sitzung
94 Adhäsiver Stift-Stumpf-Aufbau

dentalwelt
98 Dentalwelt Fokus
100 Klare Strategie und einzigartiges Design

finanzen
104 Finanzen Fokus
106 Immobilienkapitalanlage: Sichere Vorsorge

lebensart
108 Zum 50. Mal: „Auf dem Holzweg“
114 Auf dem Holzweg

rubriken
3 Seite 3
89 Leserservice
112 Impressum
113 Inserentenverzeichnis/Kleinanzeigen
114 Vorschau

ANZEIGE

BEILAGENHINWEIS:
In dieser Ausgabe der ZWP Zahnarzt Wirtschaft Praxis befindet sich das ZWP spezial Bleaching/Cosmetic Dentistry, die today ZWP event, Beilagen der Firmen ZA und mectron, ein Einhefter von Brothers International sowie Postkarten der Firmen Kuraray, ICmed, Nordiska, BeyCodent und Owandy.

Ärzte-Protesttag in Berlin:

„Zahnärztliche Qualität driftet ins Mittelmaß ab“

Beim ersten bundesweiten Aktionstag der Ärzte am 18. Januar in Berlin waren mehr als 20.000 Ärzte in die Bundeshauptstadt gekommen. Es war einer der größten Ärzteproteste, die es je in Deutschland gegeben hat. Mehr als 40 Verbände hatten zu der Massendemonstration gegen sinkende Einkommen, überbordende Bürokratie und eine staatlich verordnete Begrenzung medizinischer Leistungen aufgerufen.

„Diagnostiziert haben wir lange genug“, rief der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, der Menge in Berlin zu, „ab heute wird therapiert“. Denn „zuerst stirbt die Praxis, dann der Patient“, warnte Hoppe die Gesundheitspolitik. Die Ärzte hätten jetzt genug von unmenschlichen Bedingungen und unbezahlter Mehrarbeit. „Und wir wollen auch nicht länger auf dem Rücken unserer Patienten staatliche Rationierung durchführen müssen.“ Auf den Postern und Transparenten zur Demo in Berlin hat sich der ganze aufgestaute Frust über die Gesundheitspolitik der vergangenen Jahre entladen. Die Diskussion um Angleichung von Privater Krankenversicherung (PKV) an Honorare der Gesetzlichen Krankenkassenversicherung (GKV) sowie das aktuelle Arzneimittelpaket, durch das Ärzte durch überdurchschnittliches Verschreiben zur Kasse gebeten werden, hatten das Fass zum Überlaufen gebracht. Hauptkritik aller Redner war der Versuch der Politiker, den Ärzten den schwarzen Peter für die Unterfinanzierung der Gesundheitsversorgung zuzuschieben. Um das System aufrechtzuhalten, seien sie gezwungen, unentgeltlich zu arbeiten und Patienten Leistungen vorzuenthalten.

Frühlingserwachen

Auch der Präsident des Bundesverbandes der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI), Christian Berger, hatte die 4.000 Mitglieder kurzfristig aufgerufen, sich in Berlin oder anderen Städten an der Kundgebung zu beteiligen. Über die in den Koalitionsvereinbarungen angepeilten Reformansätze zeigt sich der BDIZ EDI enttäuscht. „Diagnostisch nicht zu Ende gedacht“, nennt Berger die Vereinbarungen der großen Koalition. „Die Pflichtversicherten werden immer unzufriedener mit ihren Krankenkassen, weil sie immer mehr Zuzahlungen selbst leisten müssen.“ Berger fürchtet um die noch hohe Qualität zahnmedizinischer Versorgung der Bevölkerung und er fürchtet um die Existenz der Zahnarztpraxen im europäischen Wettbewerb. Die deutschen Zahnärzte seien, was die Rahmenbedingungen betrifft, im Hintertreffen. „Bereits jetzt hat sich ein von den Krankenkassen heftig beworbener Zahnersatz-Tourismus ins Ausland eingestellt. Unsinnige Ansätze wie die Angleichung der GOZ an den BEMA tragen zur Verunsicherung in den Praxen bei.“ Der BDIZ EDI fordert eine umfassende Reform des deutschen Gesundheitswesens. „Wenn es so weiter geht wie bisher, wird unser Gesundheitswesen unbezahlbar und die (zahn)ärztliche Qualität driftet zwangsläufig ins Mittelmaß ab. Vor diesem Hintergrund müssen wir notfalls auch auf die Straße, um dafür einzutreten, unseren Patienten die bestmögliche Therapie bieten können“, so Christian Berger.

Die Proteste der niedergelassenen Ärzte gegen die ihrer Ansicht nach schlechten Arbeitsbedingungen werden fortgesetzt: Der Verband Freie Ärzteschaft hat für den 24. März zu einem weiteren nationalen Protesttag in Berlin aufgerufen. Auch zahlreiche Patienten-Selbsthilfegruppen wollten sich an der Aktion beteiligen. „Der erneute nationale Protesttag ist Auftakt für eine Protestwoche, in der bundesweit die meisten der 100.000 Arztpraxen komplett bis zum 31. März geschlossen bleiben“, sagte Verbandsvorsitzender Martin Grauduszus dem „Westfalen Blatt“.

kurz im fokus

Präventionsbericht der GKV

Die präventiven Angebote der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden zunehmend in Anspruch genommen. 2004 erreichte die GKV mit Präventionsleistungen rund doppelt so viele Menschen (3,4 Millionen) wie im Jahr 2003 (1,7 Millionen). Dies geht aus dem vierten Präventionsbericht hervor, den der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDS) gemeinsam mit den Kassen-Spitzenverbänden vorstellte. Mit diesen Ergebnissen unterstreichen die Krankenkassen die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Gesundheitspolitik.
Der Dokumentationsbericht 2004 sowie eine Zusammenfassung der Ergebnisse können unter www.gkv.info oder www.mds-ev.de abgerufen werden.

Haftung bei falscher Information

Mit einer Entscheidung zur wirtschaftlichen Aufklärung eines Privatpatienten durch den Zahnarzt hat das Oberlandesgericht (OLG) Köln Umfang aber auch Grenzen dieser Pflicht definiert. Arzt und Krankenhaus müssen demnach den Patienten darauf hinweisen, wenn zu befürchten ist, dass z.B. die Krankenkasse die gewünschte oder vom Arzt vorgesehene Behandlung nicht bezahlen wird (BGH, Urt. v. 9.05.2000 – VI ZR 173/99, S. 16). Die wirtschaftliche Hinweispflicht ist, im Gegensatz zur sonstigen Aufklärungsverpflichtung, lediglich eine Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag und somit nicht der eigentlichen ärztlichen Behandlung zuzurechnen. Die Verletzung dieser Pflicht gibt dem Patienten einen Anspruch auf Befreiung von der Kostenbelastung.

Marketingpaket für Zahnärzte

Das Thema Patientengewinnung und Kundenbindung wird von vielen Zahnärzten noch immer vernachlässigt. Die Stuttgarter Sahara Werbeagentur bietet Zahnärzten nun ein modulares Marketingkonzept, das jeder Praxis eine professionelle Patientenkommunikation ermöglicht: die „PraxisEinblicke“. Das Konzept beinhaltet Praxisbroschüre, Praxis-Visitenkarten, Termin-, Erinnerungs- und Glückwunschkarten. Herzstück der „PraxisEinblicke“ ist der individuelle, „Google“-optimierte Internetauftritt: ein Webseiten-Konzept im Baukastensystem zum Einstiegspreis von 1.299,00 EUR zzgl. einmaligen 399,00 EUR Individualisierungskosten mit patientengerechten Texten zu allen Themen der Zahnheilkunde .
Infos unter www.praxiseinblicke.de und direkt bei der Sahara Werbeagentur, Tel. 0711/2 37 3 0-18.

Elektronische Gesundheitskarte

Mit einhelliger Zustimmung der Länder hat das Bundesministerium für Gesundheit festgelegt, in welchen Ländern Feldtests mit der elektronischen Gesundheitskarte starten sollen. Es sind: Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Schleswig-Holstein.

Buchvorstellung:
„Kompass Gesundheitsmarkt 2006“

Zahlen, Daten, Fakten – wer wissen will, was der „Gesundheitsmarkt“ eigentlich ist, von dem heute so viel geredet wird, der findet in dieser Neuerscheinung Antwort auf diese Frage. Konzentriert und übersichtlich stellt Dr. Uwe K. Preusker, Chefredakteur der Zeitschrift „KlinikManagement Aktuell“, in seinem Buch volkswirtschaftliche Rahmendaten und betriebswirtschaftliche Kenndaten für den deutschen Gesundheitsmarkt und die daran beteiligten Branchen zusammen, und versäumt auch nicht den Blick auf den Gesundheitsmarkt Europa. Er stellt auf diese Weise eine Reihe wichtiger Informationen zusammen, die für alle von Bedeutung sind, die sich heute in diesem Sektor „vermarkten“ müssen: Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser und Arztpraxen, Labors und Medizintechnik, Apotheken und pharmazeutische Industrie.

Dr. Uwe K. Preusker (Hrsg.)
„Kompass Gesundheitsmarkt 2006“
Zahlen – Daten – Fakten
Economica Verlag, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm
272 Seiten
28,– Euro
ISBN 3-87081-428-4

Gesundheitswesen:
Besteuerung von Spitzenverdienern

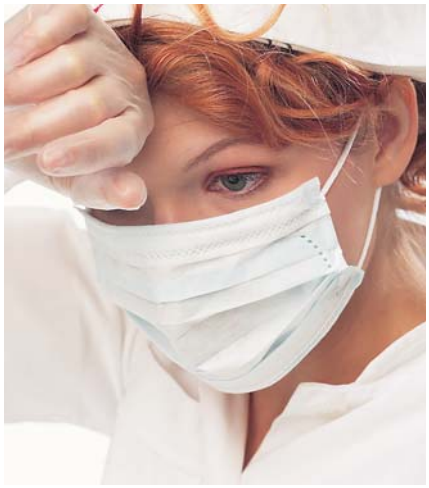
Mit einer höheren Besteuerung von Spitzenverdienern will der SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach das Gesundheitswesen sanieren. Unterdessen ist Gesundheitsministerin Ulla Schmidt weiter darum bemüht, die Arzneimittelkosten zu senken. Der Bundestagsabgeordnete Lauterbach begründete seine Anregung in der „Welt am Sonntag“ mit dem Hinweis, dass sich die Gutverdienenden bislang an der solidarischen Finanzierung des Systems „nur weit unterproportional beteiligen“. Er gab zu bedenken, dass Spitzenverdiener und Selbstständige in der Regel privat versichert seien und daher nicht zur Finanzierung der Krankenversicherung für Geringverdiener beitrügen.
Auch die Krankenversicherung der Kinder werde überwiegend von der Solidargemeinschaft finanziert. Mit den Einnahmen aus höheren Steuern könne etwa die medizinische Versorgung der Kinder bezahlt werden. „Dies würde die Beitragssätze senken und sich positiv auf den Arbeitsmarkt auswirken“, erklärte Lauterbach. Hintergrund für die Überlegungen des SPD-Politikers ist der steigende Reformdruck in der gesetzlichen Krankenversicherung. „Ohne Finanzreform würde der Beitragssatz um einen Prozentpunkt steigen. Für die sich erholende Konjunktur käme es zu einem unkalkulierbaren Belastungstest“, schrieb Lauterbach.
Gesundheitsministerin Schmidt sprach im Nachrichtenmagazin „Focus“ von der Möglichkeit, jenen Patienten die Praxisgebühr zu erlassen, die sich gezielt preiswerte Medikamente verschreiben lassen. Die Koalitionsfraktionen prüften derzeit, ob dies noch in das Konzept für die bevorstehende Gesundheitsreform aufgenommen werden sollte. Ziel der Reform ist es nach den Worten Schmidts, bei den Arzneimitteln in diesem Jahr eine Milliarde Euro und 2007 rund 1,3 Milliarden Euro einzusparen. Ferner hält die SPD-Politikerin höhere Arzthonorare im Austausch gegen geringere Arzneimittelkosten für denkbar. „Ich halte es nicht für richtig, dass wir mehr Geld für Arzneimittel ausgeben als für die gesamte Honorierung der niedergelassenen Ärzte“, zitierte der „Focus“ Schmidt. Die Ministerin verwies auf die Tatsache, dass die Ausgaben für Arzneimittel im vergangenen Jahr um 3,6 Milliarden Euro gestiegen seien. Sie sei dafür, dass die Ärzte mehr Honorar bekommen, die sich auf preiswerte Medikamente beschränken. Allerdings müssten diese Arzneimittel ebenso wirksam sein wie die teureren Präparate.

Statistisches Bundesamt:

Beschäftigung im Gesundheitswesen stagniert

Wie das Statistische Bundesamt mitteilt, waren zum 31.12.2004 im deutschen Gesundheitswesen rund 4,2 Millionen Menschen und damit etwa jeder neunte Beschäftigte tätig. Der Personalbestand im Gesundheitswesen ist zwischen 2003 und 2004 nahezu gleich geblieben (+ 11.000). In der Gesamtwirtschaft war in dieser Zeit ein Beschäftigungswachstum von 0,6 % zu verzeichnen. Die aktuelle Entwicklung geht vor allem auf den schwachen Personalanstieg in den Gesundheitsdienstberufen (z. B. Ärzte, Gesundheits- und Krankenpfleger) zurück (+ 3.000). Im Vorjahr gab es hier noch einen Anstieg um 23.000 Beschäftigte. Auch in den sozialen Berufen, wie Altenpfleger, stieg das Personal lediglich um 7.000 Beschäftigte an (Vorjahr: + 13.000). Ein Gesundheitshandwerk (z. B. Augenoptiker) übten im Jahr 2004 rund 2.000 Personen mehr aus als im Jahr 2003. Dagegen ging die Beschäftigung in den sonstigen Gesundheitsfachberufen (z. B. Pharmakanten) um 2.000 Personen zurück. In den anderen Berufen des Gesundheitswesens (z.B. Verwaltungsfachleute) blieb der Personalbestand konstant (1,4 Mio.).

In der ambulanten beziehungsweise stationären und teilstationären Gesundheitsversorgung arbeiteten im Jahr 2004 annähernd gleich viele Personen (jeweils 1,8 Mio.). Ursache für die Annäherung der Personalstärke ist vor allem der Personalabbau in den Krankenhäusern (- 25.000), der durch die Zuwächse in der stationären und teilstationären Pflege (+12.000) nicht kompensiert werden konnte. Die Zahl der auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten, die so genannte Vollzeitäquivalente, nahm im Gesundheitswesen zwischen 2003 und 2004 um 41.000 ab. Dies liegt vor allem am starken Rückgang der Vollzeitbeschäftigung um 2,3 %. Bei der Teilzeitbeschäftigung gab es beim Gesundheitspersonal von 2003 auf 2004 einen Zuwachs von 2,0 %; in der Gesamtwirtschaft nahm die Zahl der Teilzeitbeschäftigten in diesem Zeitraum um 0,2 % zu.



Anpassung:

Punktwert für zahnärztliche Leistungen

Das Bundesschiedsamt hat ausgeführt, dass eine Punktwerterhöhung für zahnärztliche Leistungen in dem von der KZBV beantragten Umfang gerechtfertigt und nicht beitragssatzgefährdend sei. In seiner Sitzung am 26. Januar 2006 folgte es damit vollinhaltlich dem Antrag der KZBV. Für das gesamte Jahr 2006 wurde eine Punktwerterhöhung um 0,97 Prozent beschlossen und der Punktwert auf 0,7212 Euro festgesetzt. Im Anschluss daran wurde außerhalb des Bundesschiedsamtes den Spitzenverbänden der Krankenkassen eine Erklärungsfrist bis zum 30. Januar eingeräumt, ob sie auf Grund der fortgeschrittenen Zeit im Jahr 2006 – wie auch auf Landesebene sonst üblich – einer Interpolation des Punktwertes zustimmen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Sitzung des Bundesschiedsamtes zwecks Festsetzung der Höchstpreise für die BEL II 2006 nach Auskunft der Spitzenverbände der Krankenkassen erst am 15. März 2006 stattfindet, und erst nachgelagert die auf Basis der Punktwertfestsetzung vom Gesetzgeber vorgeschriebene Beschlussfassung des Gemeinsamen Bundesausschusses erfolgen kann. Über das weitere Verfahren wird die KZBV informieren.

ANZEIGE

Aktives Praxismarketing

Patienten sind aus gutem Grund wählerisch, wenn es um die Entscheidung für zahnärztliche Praxen und ihre Leistungen geht. Praxismarketing entwickelt sich damit zu einer entscheidenden Größe für den wirtschaftlichen Erfolg jeder zahnärztlichen Praxis. Die Konsequenz: Praxisinhaber mit einem optimalen „Marketingmix" werden am Markt besser wahrgenommen und verzeichnen in der Regel deutlich höhere Umsätze.

Dr. Walter Schneider

Der Entschluss, Marketing für die eigene Praxis zu betreiben, erscheint manchen Praxisinhabern immer noch zweitrangig. „Wir müssen zuerst unsere Umsatzsituation verbessern", argumentieren viele Kollegen, „bevor wir an Feinheiten wie etwa eine Praxisbroschüre denken können." Diese Haltung ist nur daraus zu erklären, dass die Mehrzahl der Praxisinhaber noch keine Gelegenheit hatte, die Wirkung eines eigenen, aktiven Praxismarketings zu testen. Denn dann wäre Marketing ihr erster Schritt auf dem Weg zu mehr Gewinn. Nur mit Marketing gelingt es, sich mit der eigenen Praxis als Marke zu etablieren, eine erfolgreiche Imagepflege zu betreiben und die Position seines Unternehmens im stetig wachsenden Wettbewerb nachhaltig zu stärken. Dazu bezieht ein ganzheitlicher Marketingansatz die gesamte Präsentation einer Praxis mit ein: von der Einrichtung und Pflege der Praxisräume über die Kommunikation mit Patienten und Mitarbeitern bis hin zu Imagebroschüre, Internetpräsentation, Anzeigen und Öffentlichkeitsarbeit in eigener Sache.

Mehrwert erzeugen

Praxen, die ihr Image gezielt steuern, verkaufen erfahrungsgemäß auch ihre aufwändigeren Leistungen deutlich besser. Praxen, deren Patienten ausbleiben oder Praxen, die für ihre Leistungen keine angemessenen Honorare mehr durchsetzen können, sollten daher unbedingt ihr Marketing optimieren. Eine Umfrage bei Patienten kann dabei helfen, die geeigneten Marketingmaßnahmen zu ergreifen (Abb. 1).

Bevor es jedoch um einzelne Marketingmaßnahmen geht, gilt es, die eigene Strategie in Hinblick auf ihre Kommunizierbarkeit zu überprüfen. Dazu gehört die genaue Definition der Werte und Ziele, denen sich die Praxis verpflichtet, damit ihr Marketing ideal auf alle Parameter abgestimmt werden kann (Abb. 2). Hat eine Praxis beispielsweise die Strategie, die Zähne ihrer Patienten ein Leben lang zu erhalten, wird sie auch ihre Werte entsprechend ausrichten: Die Definitionen von Kompetenz, Solidität, Zuverlässigkeit und weiteren Maßstäben werden sich an dieser Vision orientieren. Bei der Umsetzung in der Marketingkommunikation sind Praxen gut beraten, sich

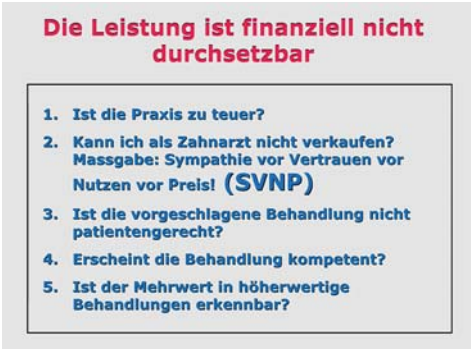


Abb. 1: Das Honorarniveau einer Praxis ist auch eine Frage der passenden Marketingmaßnahmen.

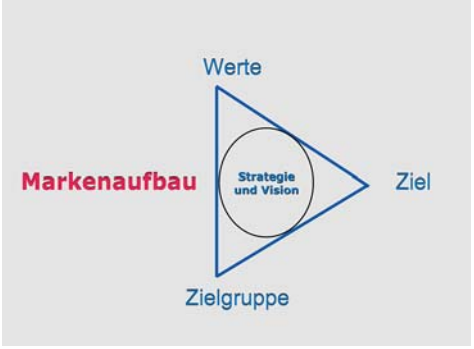
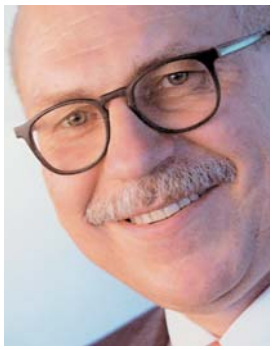


Abb. 2: Erfolgreiches Praxismarketing orientiert sich an den tatsächlichen Werten und Zielen einer Praxis.



der autor:

Dr. Walter Schneider *ist Zahnarzt mit umfassender Erfahrung aus eigener Praxis und Geschäftsführer der solutio GmbH, einem Unternehmen, das sich auf die Entwicklung und Anpassung von Software-Lösungen für den zahnärztlichen Bedarf spezialisiert hat.*

an den vier Perspektiven nach dem Balanced Scorecard-Prinzip zu orientieren: der Finanzperspektive, der internen Prozessperspektive, der Patientenperspektive sowie der Lern- und Entwicklungsperspektive. Die Betrachtung der eigenen Leistungen und Ziele unter diesen Gesichtspunkten bringt die Ziele der Praxis klar auf den Punkt und macht sie kommunizierbar.

Hochwertige Leistung zeigen

Eine Praxisstrategie, die den dauerhaften Erhalt der Zahnsubstanz in den Vordergrund stellt, erfordert eine gezielte Präsentation hochwertiger Leistungen. Diese Konsequenz können Praxisinhaber in ihrer Planung nach der Finanzperspektive entsprechend auswerten: beispielsweise dahingehend, dass stundenabhängige Honorarberechnungen nicht unter 300 Euro erfolgen dürfen. Oder dass im Patientengespräch grundsätzlich Verlangensleistungen in den Vordergrund gestellt werden, bedarfsweise kombiniert mit GOZ-Leistungen, die zum 3,5-fachen Steigerungssatz abgerechnet werden können. Angewendet auf die Marketingmaßnahmen der Praxis wird anhand der Finanzperspektive deutlich, in welcher honorarspezifischen Größenordnung die Praxis ihre Leistungen präsentieren sollte. Welche Leistungen das im Einzelfall sind, hängt vom individuellen Leistungsprofil ab. Wer über ein Praxismanagementsystem wie beispielsweise „Charly“ verfügt, kann sich zur Auswahl der geeigneten Leistungen gezielt an stundenabhängigen Honorarkalkulationen orientieren, die sich per Software schnell und einfach generieren lassen. Zahnärzte, die ihre Leistungen im Patientengespräch noch besser präsentieren möchten, können entsprechende Zusatzqualifikationen in Seminaren und Workshops erwerben und damit einen maßgeblichen Vorsprung gegenüber der Konkurrenz erreichen.

ANZEIGE

Prozesse transparent machen

Geht es um die praktische Umsetzung von Leistungen, sollte in Hinblick auf das Praxismarketing ebenfalls die Strategie im Blick behalten werden. Bleiben wir bei der oben genannten Strategie vom lebenslangen Zahnerhalt, sollte eine Praxis die damit verbundenen Therapieformen in ihren Marketinginstrumenten benennen und transparent machen: modernste Mundhygiene-Verfahren, minimalinvasive Eingriffe, Sanierung und Erhaltungstherapie. Gesichtspunkte, die bei diesen Darstellungen im Vordergrund stehen sollten, ergeben sich aus der Prozessperspektive. Passende Ausgangsfragen könnten dabei heißen: Welche Prozesse finden bei welchen Behandlungsarten statt? Wie werden sie abgerechnet? Praxen, die mit der solutio-Software „Charly“ arbeiten, können sich dabei an den im System hinterlegten Behandlungskomplexen orientieren, wo bereits alle Schritte einschließlich der passenden Gebührenziffern hinterlegt sind. Praxen, die auch auf Prozessebene ihre lukrativsten Therapien präsentieren möchten, können in „Charly“ zusätzlich den Umsatz pro Behandlungsform abfragen und ihre Marketingaussagen entsprechend gewichten.

Kompetenzen benennen

Ein Blick auf die Lern- und Entwicklungsperspektive der Praxis macht deutlich, welche Kompetenzen diese in ihren Marketingmaßnahmen namentlich benennen sollte. Allgemeine Aussagen, die die hohe Qualität der Behandlungsformen in den Mittelpunkt stellen, erhalten durch passende Belege mehr Glaubwürdigkeit und wecken Vertrauen in die Arbeit der Praxis. Benannt werden können unter anderem Zusatzausbildungen, beispielsweise im Bereich minimalinvasiver Behandlungsformen, aber auch die hohe Basisqualifikation und umfassende Erfahrung der Behandler – etwa durch Ausbildung in den USA oder große Routine bei besonders anspruchsvollen Eingriffen.

Sicherheit vermitteln

Nicht nur die Kompetenz einer Praxis entscheidet über ihren Erfolg, sondern auch der Eindruck von Sicherheit und Zuverlässigkeit, den sie ihren Patienten vermittelt. Ebenso, wie auf der Leistungsebene ein ganzheitliches Konzept hinter der Arbeit der Praxis steht („Zahnerhalt ein Leben lang“), sollte sich eine Praxis einheitlich präsentieren. Dazu gehört ein ansprechendes Ambiente in allen öffentlichen Teilen der Praxis – vom Empfang über das Wartezimmer bis zu den Behandlungszimmern. Auch in ihren

Abb. 3 und 4: Eine Praxisbroschüre stellt die Werte einer Praxis vor und vermittelt Vertrauen in ihre besonderen Leistungen.

Präsentationen per Patientenbrief, Imagebroschüre oder Online-Auftritt sollte die Praxis ein einheitliches Bild anstreben. Die Möglichkeiten, Profil zu zeigen, reichen vom ansprechenden Praxisnamen über ein eigenes Logo und eine Hausschrift bis hin zum gedruckten Briefpapier.

„Klasse" zeigen

Die Philosophie und die Werte einer Praxis sind es, die ihren Patienten eine klare Vorstellung davon vermitteln, was sie erwarten dürfen. Diese Haltung sollte überall zum Tragen kommen, damit sich Patienten wertgeschätzt fühlen und die Praxis schätzen lernen. Schon bei der Namensfindung kann sich die Praxis aus der breiten Masse von Praxen herausheben: Je nach Profil, Standort und Zielgruppe bieten sich beispielsweise Namenskombinationen mit den Bausteinen „Praxis für Zahnheilkunde", „Praxis für Zahnmedizin" oder auch „Praxis am Park" und vergleichbare Formulierungen an. Die eher anonym wirkende Formel „Zahnarztpraxis Dr. …" sagt nichts über die Güte einer Praxis aus und hebt sich auch bei Brancheneinträgen oder Präsentationen nicht von den Angeboten anderer Kollegen ab. Ähnliches gilt für alle anderen Auftritte in der Öffentlichkeit: Schaltet eine Praxis eine Stellenanzeige oder stellt sich im Rahmen ihrer Online-Präsenz vor, sollte sie auch hier konsequent ihre Werte und Ziele vermitteln, also als „Marke" auftreten (Abb. 3 und 4).

Wirkung analysieren

Um den Erfolg ihrer Marketingmaßnahmen bewerten zu können, sollte eine Praxis ihre Prozesse regelmäßig anhand von Kennzahlen kontrollieren. Umfragen bei den Patienten können das Zufriedenheitsniveau mit bestimmten Leistungen abfragen – vom Service über die Behandlung bis hin zur Nachsorge. Praxismanagementsysteme wie die solutio-Software „Charly" bieten schon heute die Möglichkeit, Kennwerte nach dem Balanced Scorecard-Prinzip im System zu hinterlegen und auszuwerten. Darüber hinaus können Zahnärzte das Controlling-Modul von „Charly" nutzen, um ihre Umsätze nach Behandlungsarten, die Anzahl von Patienten im Recall und viele andere umsatzrelevante Größen abzufragen. Unabhängig von der Form der Auswertung gilt für alle Zahnarztpraxen: Je besser sie ihr Marketing auf die individuelle Situation und die konkrete Zielsetzung ihrer Praxis abstimmen, desto größer sind ihre wirtschaftlichen Erfolgsaussichten.

Erfolg zulassen

Welche Marketingmaßnahmen eine Praxis für ihre eigenen Ziele favorisiert, ist jedem Praxisinhaber selbst überlassen. Die Erfahrung zeigt, dass kombinierte Maßnahmen mehr Erfolg haben als kostspielige Einzelmaßnahmen. Steht also ein Praxisinhaber vor der Wahl, ob er sich nur eine besonders repräsentative Internetpräsenz leistet oder ob er sein Marketingbudget auf verschiedene Imageträger wie Praxisbroschüre und persönliche Patientenanschreiben verteilt, sollte er bedenken, dass die kombinierten Maßnahmen eine deutlich breitere Zielgruppe erreichen. Passen die gewählten Maßnahmen zur Praxis, werden sich positive Resonanzen schon nach kurzer Zeit einstellen. Denn: „Wenn man gut ist, kann man mit nichts den Erfolg verhindern." ||

ANZEIGE

ic med
Das Systemhaus für die Medizin

Digitale Bildbearbeitung für die Zahnarztpraxis!

Digitales Röntgensystem DEXIS®
Qualität die Sie sehen!

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

Ja, das interessiert mich!
Bitte rufen Sie mich an.

Meine Tel.-Nr.: _____/_____

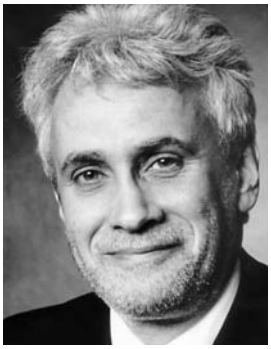
Einfach per Fax an: 0345 – 29 84 19 – 60
Telefon: 0345 – 29 84 19 – 0
oder e-mail: dexis@ic-med.de

ic med Das Systemhaus für die Medizin

Das richtige Steuerungsinstrument

Immer mehr Praxen geraten unter wirtschaftlichen Druck. In der Ausgabe 2/2006 des Wirtschaftsmagazins Capital geht man sogar davon aus, dass einem Drittel aller niedergelassenen Ärzte die Insolvenz droht. Doch gibt es trotzdem Praxen, die sich, den freien Kräften des Marktes ausgesetzt, mit großem Erfolg behaupten. Entgegen dem allgemeinen Abwärtstrend verzeichnen ihre Praxisinhaber steigende Gewinne.

| Prof. Dr. Johannes Georg Bischoff



der autor:

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

kontakt:

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

Beim Blick hinter die Kulissen solcher Erfolgspraxen offenbart sich fast immer eine konsequente und den Marktverhältnissen optimal angepasste Ausrichtung. Bei den einen ist es die Konzentration auf Tätigkeitsschwerpunkte oder auf eine Nischenstrategie, wie die Anti-Angstpraxis. Bei anderen heißt das Erfolgsrezept bestmögliche Ausnutzung technischer und persönlicher Ressourcen der Praxis durch Kooperationsmodelle wie Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis. Wieder andere zeichnen sich durch ein optimiertes Verhältnis von Angebot und Ausstattung aus. Beispiel: In einer ländlichen Kassenpraxis macht es wenig Sinn in Hightech-Geräte zu investieren, die sich die Patienten vor Ort ohnehin nicht leisten können.

Alle diese Konzepte können, mit Ausdauer umgesetzt, zum wirtschaftlichen Erfolg führen. Dies gilt für die Kassenpatienten-Praxis im ländlichen Raum genauso wie für die ästhetisch ausgerichtete Praxis in einem gut situierten Stadtviertel. Wichtig ist nur, dass die Mittel in der Praxis sinnvoll eingesetzt sind und die Wirtschaftlichkeit sauber analysiert und zielgerichtet gesteuert wird.

Zahnärzte wollen Antworten auf ihre Fragen:

- *Wie setzen sich meine Praxiseinnahmen zusammen?*
- *Wo liegen meine Kosten über dem Branchendurchschnitt?*
- *Was kostet mich eine Behandlungsstunde?*
- *Wie entwickelt sich meine Liquidität?*
- *Wie viel kann ich investieren?*
- *Wie viel Geld kann ich monatlich aus meiner Praxis entnehmen? Wofür habe ich meine Einnahmen verwendet?*
- *Welche Steuerzahlungen kommen noch auf mich zu?*
- *Rentiert sich mein Eigenlabor oder der Praxisshop?*
- *Wodurch wurde das Ergebnis meiner Einnahmeüberschussrechnung verfälscht?*
- *Beeinflussen meine Prophylaxehelferin oder mein Assistenzarzt das Praxisergebnis positiv?*

Steuerung des Praxiserfolges

Mit einem Steuerungsinstrument müssen Sie in der Lage sein, sich die oben stehenden Fragen fundiert zu beantworten. Nur damit hier keine Missverständnisse auftreten. Sie sind weder Steuerberater, Banker noch Anwalt, sondern Zahnarzt. Aus diesem Grund sollten alle relevanten Informationen so aufbereitet sein, dass Sie sie ohne betriebswirtschaftliches Lexikon sofort verstehen. Aussagefähige Grafiken sollten Ihnen Entwicklungen sichtbar machen. Die Vergleiche mit Vorjahreswerten oder denen anderer Praxen sollen Optimierungspotenziale aufzeigen. Die Wirtschaftlichkeit von einzelnen Teilbereichen muss sofort nachvollziehbar sein.

Und das sind die Anforderungen, die Sie darüber hinaus an ein zeitgemäßes Praxissteuerungsinstrument stellen sollten: Es darf kein Mehraufwand an Zeit, an Geld oder für zusätzliche EDV-Programme entstehen. Denn die Ihnen zur Verfügung stehenden Mittel und die Arbeitszeit benötigen

Aufgabe:

Rechnet sich das Eigenlabor von Dr. Dent?

Zahnarzt Dr. Dent hat zum 1.1.2005 sein Fremdlabor weitgehend durch ein kleines Eigenlabor ersetzt. Er verspricht sich dadurch eine Verbesserung seines Praxisergebnisses um 28.000,00 EUR pro Jahr.

Das ist sein Plan:

Jan. – Dez. 2006	***EUR***
Laborerlöse (Eigenlabor)	*100.000,00*
Laborbedarf	*–24.000,00*
Personalkosten für das Labor	*–42.000,00*
Abschreibung des Labors	*–6.000,00*
Ergebnisbeitrag („Deckungsbeitrag")	*=28.000,00*

Anfang 2006 sieht sich Dr. Dent seine „normale" BWA des Jahres 2005 an und ist zufrieden.

„Normale" Informationsquelle: BWA

Standard-BWA	*Jan. – Dez. 2005 EUR*	*Jan. – Dez. 2004 EUR*	*Ergebnisveränderung EUR*
Umsatzerlöse	*375.000*	*295.000*	*80.000*
Material/Wareneinkauf	*95.000*	*115.000*	*20.000*
Betrieblicher Rohertrag	*280.000*	*180.000*	*100.000*
Kostenarten ...			
Personalkosten	*90.000*	*48.000*	*–42.000*
Raumkosten	*13.000*	*13.000*	*0*
...			
(restliche Kosten)	*52.000*	*29.000*	*–30.000*
Vorläufiges Ergebnis	*118.000*	*90.000*	*28.000*

Aufgabe: Hat sich das Labor für Dr. Dent wirklich gerechnet?

Sie für Ihre Tätigkeit als Zahnarzt. Im Hintergrund müssen alle Informationen, die in Ihrer Praxis an verschiedenen Stellen vorhanden sind, zu einer komplexen Struktur verdichtet sein. Im Vordergrund präsentiert sich das integrierte Gesamtkonzept in aussagekräftigen, leicht verständlichen Grafiken. Vergleichbar ist das Ganze am besten mit dem Navigationssystem in Ihrem PKW.

Wirtschaftlichkeit im Griff

Der Alltag sieht in den meisten Praxen aber immer noch ganz anders aus. Untersuchungen der Bergischen Universität Wuppertal zeigen, dass die meisten Zahnärzte ausschließlich die so genannte Standard-BWA (Betriebswirtschaftliche Auswertung) als Informationsquelle für betriebswirtschaftliche Entscheidungen nutzen. Isoliert daneben stehen Auswertungen aus dem Praxiscomputer (Patientendaten, Abrechnungen). Die in der BWA einmal im Quartal auf viel Papier zusammengestellten Zahlen der Buchhaltung und ein Blick in das Abrechnungsprogramm reichen natürlich nicht aus, um sich ein vollständiges Bild zu verschaffen. Sie verwirren. Vergleichen Sie doch einmal die Zahlen aus Ihrem Computer mit denen der Praxiseinnahmen laut BWA. Wie stellen Sie einen Zusammenhang her?

Bessere Informationen

Stellen Sie sich stattdessen vor, Sie hätten einen Bericht vorliegen, der alle Ihre Fragen zur wirtschaftlichen Situation Ihrer Praxis innerhalb weniger Minuten fundiert und in Ihrer Sprache beantwortet. Grafiken zeigen die Entwicklung auf: Woher kommen die Praxiseinnahmen? Womit wurde das zahnärztliche Honorar erwirtschaftet (Prothetik, Prophylaxe, Kons./Chir, Implantologie)? Rechnen sich bestimmte Bereiche der Praxis wie Prophylaxe, CAD/CAM oder das Eigenlabor wirklich? Verbessert der Entlastungsassistent das Praxisergebnis? Darüber hinaus ist der Bericht zielorientiert aufgebaut und macht Praxisentwicklungen auch im Detail nachvollziehbar. Für diejenigen, die ihre Ziele fixiert haben, stellt eine Grafik das Angestrebte dem Erreichten gegenüber. Damit befinden wir uns schon mitten im Controlling-Kreislauf von Planung, Controlling, Abweichungsanalyse und Gegensteuerung. Wenn Ihnen diese Vorstellung gefällt, dürfen Sie den nächsten Artikel nicht verpassen. Dort erfahren Sie, welche Fülle an betriebswirtschaftlich wichtigen Informationen Ihnen Ihre Quartalseinnahmen liefern können, und natürlich die Auflösung des Fallbeispiels von Dr. Dent und seinem Eigenlabor. II

info:

Fragen Sie nach Terminen für Praxis-Navigation®-Intensivseminare bei Prof. Dr. Bischoff & Partner unter Tel. 0800/9 12 84 00.

tipp:

Nähere Informationen erhalten Sie mithilfe unseres Faxcoupons auf S. 89.

Das Sachverständigen(un)-wesen in der Zahnmedizin

Wie in anderen Lebensbereichen stehen zahnärztliche Ausbilder, Behandler und Gutachter in vielfältigen Relationen zu Versicherungen, Dentalprodukteherstellern und Berufs- oder Interessenverbänden. Diese Relationen sind regelmäßig nicht transparent, ebenso regelmäßig wird seitens des berufenen Sachverständigen trotz naheliegender Interessenkonflikte eine eigene Befangenheit häufig verneint.

RA Michael Zach

Michael Zach, Rechtsanwalt.

Die Hersteller ihrerseits sind darauf bedacht, aktiv die Spuren der Zusammenarbeit mit Universitäten und Gutachtern zu verwischen. So ist es nur logisch, dass bei der Begutachtung alternativer Behandlungsansätze allenfalls eine nur geringe Methodentoleranz besteht. Die Fülle der angewandten Behandlungsverfahren bewirkt, dass der jeweils berufene Sachverständige oft nicht Anwender des zu beurteilenden Behandlungsverfahrens ist und bei seinem Votum letztlich stets nur auf das eigene Erfahrungswissen zurückgreifen kann. Diese faktisch vorhandene Begrenzung des Gutachterhorizontes auf die eigenen Erfahrungen, auf die eigenen, meist national geprägten Ausbildungs- oder Forschungsinhalte wird aber nur selten eingeräumt, sondern stattdessen ein umfassender Sachverstand in Anspruch genommen.

Richtige Gutachterauswahl

Im Bereich der Erstattungsverfahren der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung hat sich bei Begutachtungsfällen durchgesetzt, dass der Patient und auch der Behandler im gerichtlichen Verfahren keinen Anspruch darauf hat, dass sein Behandlungsfall durch einen Sachverständigen beurteilt wird, der gerade ausgewiesene Kenntnisse in Theorie und Praxis der bei ihm angewandten Behandlungsmethode hat. Dies hat insbesondere bei der Beurteilung sog. „alternativer Behandlungsansätze“ dazu geführt, dass Schulmediziner über die Erfolgsaussichten, die Heilungschancen und letztlich den Erfolg alternativer Behandlungsansätze zu entscheiden hatten, ohne dabei diese Methoden und die dabei erzielten Erfolge selbst in Augenschein genommen zu haben. Aus der Perspektive der Versicherungswirtschaft mag diese Ablehnung der sog. Binnentheorie folgerichtig sein, da die Leistungspflicht der Kostenträger gem. dem dort erstellten Bedingungswerk regelmäßig auf schulmedizinischer Anknüpfungsgrundlage beruht, was grundsätzlich auch ein sachgerechtes Eingrenzungskriterium für eine versicherungsrechtliche Leistungspflicht darstellen kann. Sehenden Auges wird jedoch damit eine Gutachterauswahl getroffen, die eine sachnahe und von Anwenderwissen geprägte objektive sachverständige Beurteilung einer Behandlung selbst dann ausschließt, wenn die sog. Schulmedizin einen Behandlungsansatz für die zu beurteilende Befundsituation nicht bereithält. Unerträglich ist jedoch der Verzicht auf eine Behandlungsbeurteilung durch einen Systemanwender, wenn es um zivilrechtliche oder strafrechtliche Vorwürfe gegen einen Behandler geht, da nur ein Methodenanwender die Behandlungsdokumentation, die Aufklärung und die Behandlungsvorgänge wird nachvollziehen können. Ein anschauliches Beispiel hierfür bietet eine Entscheidung des LG Düsseldorf, Urteil vom 23.11.2000, 3 O 448/97, bei dem der Sachverständige feststellte, dass die sofortige Implantation nach einer Sinusliftoperation das Risiko eines deutlich erhöhten Implantatverlustes berge und dass die

sehr früh erfolgte feste Einzementierung ebenfalls das Risiko des Implantatverlustes erhöhte. Diese Überlegungen stellten sich für das konkret angewendete Implantationsverfahren als glatt falsch heraus: Diese Gefährdungsprognose des Sachverständigen beruhten auf seinem Erfahrungswissen, das ausschließlich auf die Implantation sog. krestaler Implantate gestützt war. Wie der Sachverständige bestätigt hatte, waren ihm die zur Anwendung gelangten sog. basalen Zahnimplantate fremd, die sich dadurch auszeichnen, dass sie eben nicht in der Knochenspongiosa verankert werden, sondern in dem kortikalen Knochen. Zugleich beruht die Anwendung dieser Implantate auf den wissenschaftlich seit Jahrzehnten gesicherten orthopädischen Prinzipien der Knochenfrakturheilung, weshalb auch in der Gebrauchsanweisung dieser Implantate die Sofortbelastung als Methode der Wahl empfohlen wird. Es wird erkennbar, dass das sachverständige Erfahrungswissen auf die Behandlung mittels krestaler Zahnimplantatsysteme nicht übertragbar ist, sodass der Sachverständige von falschen Prämissen ausgegangen war, was letztlich zu einem unzutreffenden Sachverständigengutachten geführt hat. Fehlende eigene Erfahrung mit dem zu beurteilenden Implantatsystem kann das sachverständige Votum genauso angreifbar machen, wie in jenem Fall, in dem der Sachverständige nicht mehr die Grenzen des eigenen Fachgebietes wahrt. Beides muss der Sachverständige von sich aus dem Gericht und den Prozessbeteiligten offenbaren.

Wissenschaftliche Absicherung

Im Zuge der Etablierung der zahnärztlichen Implantologie war von der Gruppe Brånemark für jedes neu angewandte Verfahren der Nachweis über eine mindestens zehnjährige Langzeitstudie gefordert worden. An diesem Postulat ist bis heute festgehalten worden und zwar auch in den Fällen, in denen das jeweilige Medizinprodukt zertifiziert und die Anwendung und Verbreitung nach Maßgabe des Medizinproduktegesetzes gestattet ist. Angesichts der Innovationsfreudigkeit der Branche und des Innovationspotenzials im Bereich der Zahnimplantate kann dieses Postulat schon faktisch nicht aufrechterhalten werden, weil sonst jedwede Innovation obsolet wäre, wenn sie erst nach einer vieljährigen Studie gewissermaßen retroperspektiv zugelassen werden könnte. Dieses Postulat war mit einer Reihe von Streitfragen verbunden, so war unklar, wer das Datenmaterial zu sammeln hatte, wer es auswerten sollte und ob dies zwingend universitär zu erfolgen habe. So hat denn jüngst auch der Marktführer im Bereich der zahnärztlichen Implantate nicht nur auf den Nachweis der Langzeiterprobung von Neuerungen verzichtet, sondern selbst von der Durchführung klinisch-wissenschaftlicher Studien abgesehen. Dennoch wird von einzelnen Gutachtern an diesem Erfordernis festgehalten: geht man der Sache nach, so handelt es sich um solche Universitätsangehörige, die vor der Einführung des Medizinprodukterechts solche Untersuchungen im Auftrage der Herstellerfirmen durchgeführt hatten. Die – freiwillige – universitäre Absicherung der Markteinführung eines Produktes bedingt die zum Teil erhebliche Preisspanne zwischen den erhältlichen Implantattypen mit im wesentlich gleicher Qualität. Es versteht sich von selbst, dass namentlich die Beratungszahnärzte der Privaten Krankenversicherungen im Kosteninteresse der Gesellschaften, die – vermeintlich Kosten steigernde – medizinische Innovation nicht mitzutragen bereit sind und damit die Perpetuierung des den Versicherungsnehmern zur Verfügung stehenden medizinischen Standards vornehmen.

Falsche Formulierungen

Das Überschreiten eigener Fachgebietsgrenzen im Rahmen der Begutachtung ist genauso häufig zu beobachten, wie die Beurteilung der Rechtsfrage einer ordnungsgemäßen Behandlungsaufklärung, zu der

ANZEIGE

Keramik-
vollverblendung*
€ 9,99
*außervertraglich plus MwSt.

SPITZEN-
QUALITÄT
äußerst preisgünstig

Außer Kronen, Brücken sowie Modellguss bieten wir u.a.:

- Geschiebetechnik
- Implantatprothetik
- Teleskopkronen

SEMPERDENT
ZAHNERSATZ

Weitere Informationen finden Sie unter
www.semperdent.de
oder rufen Sie uns an!
0800-1 81 71 81 (gebührenfrei)

Semperdent GmbH
Tackenweide 25
46446 Emmerich

TÜV zertifiziert

sich zahnmedizinische Sachverständige gerne äußern. Dabei wird auf die juristische Begrifflichkeit zurückgegriffen, die gegenüber dem Patienten (insbesondere bei Gutachten im Namen der Kostenerstattungsstellen) oft mit verheerenden Folgen falsch angewendet werden. So wird die zu begutachtende Behandlung schnell in das Licht einer Körperverletzung gestellt, wenn ausgeführt wird, dass die Behandlung in keiner Weise mehr medizinisch vertretbar war. Durch eine solche Formulierung wollte der Sachverständige jedoch eigentlich zum Ausdruck bringen, dass er die Erstattungsvoraussetzungen des Regelungswerkes der Versicherungsgesellschaft nicht für erfüllt ansieht, was aber keinerlei Feststellung dazu trifft, ob etwa unter Berücksichtigung der Maßstäbe alternativer Behandlungsansätze von einer gleichwertigen Erfolgsgeeignetheit der Methode ausgegangen werden kann. Zuweilen wird die zu beurteilende Behandlung auch mit dem Begriff der „Außenseitermethode" stigmatisiert. Dieser Begriff ist weder im Gesetzestext zu finden noch in der Formulierung der allgemeinen Versicherungsbedingungen. Lediglich in einer Gesetzesbegründung findet sich dieser Begriff, der dort diejenigen Behandlungsansätze bezeichnet, die nicht mehr auf methodologisch-wissenschaftlicher Grundlage basieren, mit anderen Worten keinen Anspruch auf logisch-sachliche Herleitung erheben. Lediglich der Umstand, dass ein Verfahren noch nicht allseits wissenschaftlich anerkannt ist oder keine Langzeitstudien vorliegen, rechtfertigt jedoch keine Einordnung unter dem Begriff der „Außenseitermethode".

Intransparenz der Interessen

Vor einigen Jahren sind die Universitäten und ihre Forschungseinrichtungen wegen des Vorwurfs weitgehender Abhängigkeit von Drittmittelgebern in das Interesse der Öffentlichkeit gerückt. Unterblieben ist eine Fortsetzung dieses Gedankens im Hinblick auf die Unvoreingenommenheit der universitären Gutachter, die seitens der angerufenen Gerichte mit der Erstellung von Sachverständigengutachten beauftragt wurden. Auf Grund der personalen Verflechtungen des Gutachters mit seiner Forschungseinrichtung und seinen Forschungspublikationen erscheint es nahezu ausgeschlossen, ein wirklich unabhängiges und objektives Sachverständigengutachten jemals zu erhalten. Wenn es zutrifft, dass 96 % der Befürworter einer Therapie Geld vom Hersteller erhalten haben, ist evident, dass der Beweiswert eines Gutachtens entscheidend von den finanziellen Verflechtungen des Sachverständigen abhängen dürfte (Detsky, Süddeutsche Zeitung vom 12.03.1988, S. 24). Der Grad der Verflechtung und damit der Abhängigkeit dürfte bei einem Klinikarzt größer sein, als bei einem niedergelassenen Arzt, bei einem Ordinarius eines universitären Lehrstuhls größer als bei einem Chefarzt eines kommunalen Krankenhauses (Der Spiegel, 1997, Heft 4, S. 68 1. Spalte 1. Abs.; Lanz ZRP-Gesetzgebungs-Report 1998, Heft 9 „Zur mangelnden Neutralität vieler gerichtlicher Gutachten"). Verdächtig sind auch Sachverständige in niedergelassener Praxis, die Fortbildungstätigkeiten für einzelne Hersteller oder kombinierte Behandlungsverfahren anbieten. Gerade solche Tätigkeiten lassen sie andererseits für die Gerichte als besonders geeignet erscheinen. Noch eindeutiger ist die Situation, wenn das Forschungsengagement eines universitären Lehrstuhls im Wesentlichen durch Aufträge der dentalen Industrie geleitet und begrenzt wird, sodass dort keine staatlichen Forschungsmittel mehr erforderlich sind. Die Einflussnahme durch die Dentalindustrie auf den als Sachverständigen berufenen Universitätsprofessor erfolgt heute zumeist verdeckt und gerne unter Ausnutzung des schweizerischen Stiftungswesens: Die ITI-Stifung (International Team of Implantologists)

„Auf Grund der personalen Verflechtungen des Gutachters mit seiner Forschungseinrichtung und seinen Forschungspublikationen erscheint es nahezu ausgeschlossen, ein wirklich unabhängiges und objektives Sachverständigengutachten jemals zu erhalten."

wird maßgeblich vom Marktführer im Bereich der Zahnimplantate gestützt und gesteuert. Die „Osteology"-Stiftung wurde zur Förderung der Marktdurchsetzung von bovinen Knochenersatzmaterialien von den in diesem Segment tätigen Herstellerfirmen gegründet. Durch deren simplen Vorstandsbeschlüsse werden Mittel freigegeben an einzelne Universitäten zur Verwendung von den in Auftrag gegebenen Forschungsarbeiten oder schlicht zur Einrichtung von einfachen Planstellen. Es liegt auf der Hand, dass ein Ordinarius in der mündlichen Verhandlung die von ihm auf Grund dieser finanziellen Ausstattung gewonnenen Ergebnisse verbreiten und gegen Angriffe oder alternative Behandlungsansätze wird verteidigen wollen. Von einem Wettbewerb der Universitäten um die Gunst der Drittmittelgeber kann insofern gesprochen werden, dieser Wettbewerb setzt sich fort in dem Wettbewerb der Universitäten untereinander und kristallisiert sich zuweilen in dem Diskurs der widerstreitenden Sachverständigen in der mündlichen Verhandlung, wenn unterschiedliche Lehrmeinungen aufeinander treffen. Die Sachverständigenauswahl wirkt damit häufig präjudizierend.

Bemerkenswert ist die oft völlig fehlende Einsicht in die Inkompatibilität der eigenen Verflechtungen mit der Übernahme eines gerichtlichen Gutachtensauftrages: Dies soll anhand typischer Konstellationen dargestellt werden.

Während Gutachter des angesehenen Freien Verbandes bayerischer ZMK-Gutachter die Begutachtung der ihnen fremden Behandlungsmethode der basalen Implantate ablehnten, sahen sich anders verortete Zahnärzte und sogar eine Zeitschrift für zahnärztliche Implantologie in der Lage, sich hierzu sachverständig zu äußern, obwohl auch sie die Methode weder in Theorie noch Praxis kannten.

Einem in Bern beheimateten Lehrstuhlinhaber erscheint es auch nicht bedenklich, dass er die von ihm entwickelte Knochenaufbautechnik als präimplantologische Maßnahme zunächst an die beiden o.g. Stiftungen vermarktet und sich dann gutachterlich gegen alternative, einen Knochenaufbau überhaupt vermeidende Verfahren in seiner Eigenschaft als Lehrstuhlinhaber engagiert.

Der GOZ-Referent für Kieferorthopädie der ZÄK Nordrhein ist in wohl nicht mehr nur geringfügigem Maße als Gebührengutachter einer privaten Krankenversicherung tätig, für die er Gebührengutachten schreibt. Teilweise hat er sodann eine Beratung fortgeführt, nachdem der Patient nach der Lektüre seiner gutachterlichen Stellungnahme sich zu einem Behandlerwechsel entschied, was wiederum einen Verstoß gegen die Gutachterrichtlinie der ZÄK dargestellt haben dürfte.

Zweifelhaft erscheint auch die Übernahme von Behandlungsfehlerklagen des Justiziars der ZÄK Nordrhein gegen Kammermitglieder, da regelmäßig das angerufene Gericht bei der ZÄK um Benennung eines geeigneten Sachverständigen nachsucht. Dieses Vorschlagsrecht der Kammer wird regelmäßig durch die Rechtsabteilung der Kammer ausgeübt, der ihr Justiziar vorsteht.

Fehlende Methodentoleranz

Auf den ersten Blick unverständlich ist die häufig anzutreffende Beteuerung des Sachverständigen, erstens, er sei völlig frei von sachfremden Einflussnahmen und zweitens die Hartnäckigkeit, mit der die auf dieser Grundlage erstellten sachverständigen Voten zum Teil unter Missachtung sogar der strafrechtlichen Vorgaben behauptet und aufrechterhalten werden. So hatte beispielsweise der zahnärztliche Schriftleiter der Zeitschrift für zahnärztliche Implantologie ZZI (hrsg. vom Deutschen Ärzteverlag) zunächst eine Erklärung abgegeben, wonach er diverse in 02/04 der ZZI aufgestellte Behauptungen nicht weiter verbreiten werde. Er hat dies aber dann gegenüber einer privaten Krankenversicherung dennoch getan, dies aber zunächst bestritten und erst als der Beratungszahnarzt dieser privaten Versicherung benannt werden konnte, der sich der Wahrheit verpflichtet fühlte, seinen Verstoß zugegeben (LG München II, Urt. v. 19.01.06, 5 O 5590/05, Fall Schmidinger).

Ein solchermaßen hartnäckiges Verhalten eines Sachverständigen und Schriftleiters einer Fachzeitschrift kann wohl nicht mehr alleine mit dem für eine private Krankenversicherung verfolgten Kosteninteresse begründet werden, sondern dürfte in der grundsätzlichen Art und Weise der Zusammenarbeit der zahnmedizinischen Lehrstühle mit der Industrie begründet sein. Zumindest in der Vergangenheit waren die o.g. Studien zu einer Langzeiterprobung eines neuen dentalen Medizinproduktes Voraussetzung für die Anerkennung durch die implantologischen Fachgesellschaften, deren Leitung und Führung eben in der Hand der Inhaber jener Lehrstühle liegt, die auch die genannten Studien erstellen. II

kontakt:

RA Michael Zach
Fachanwalt für Medizinrecht
Eickener Straße 83
41061 Mönchengladbach
Tel.: 0 21 61/1 02 44
Fax: 0 21 61/1 02 73
E-Mail: info@rechtsanwalt-zach.de
www.zahnarztrecht.net

Aktuelles Arbeitsrecht für den Zahnarzt

Wenngleich die arbeitsrechtlichen Fragen in der Zahnarztpraxis recht überschaubar sind, ist auch der Zahnarzt als Arbeitgeber immer wieder von aktuellen Tendenzen in der Rechtsprechung betroffen. Hier gilt: Gewisse Grundkenntnisse vermeiden den überflüssigen Rechtsstreit.

RA Wolf Constantin Bartha

Die Beendigung eines Arbeitsverhältnisses durch Kündigung ist häufig bereits menschlich eine heikle Angelegenheit. Da in der Zahnarztpraxis das Kündigungsschutzgesetz überwiegend nicht anwendbar ist, scheint in rechtlicher Hinsicht meist „nur" die richtige Berechnung der Kündigungsfrist zu beachten zu sein. Hier treten aber überraschend häufig Probleme auf.

Die richtige Kündigungsfrist

Nicht immer gilt das, was im Arbeits- oder Tarifvertrag steht. So auch im jüngst vom Bundesarbeitsgericht (BAG) entschiedenen Fall (Urteil vom 02.06.2005, Az. 2 AZR 296/04). Im Arbeitsvertrag einer Helferin hieß es, dass der Arbeitnehmer das Arbeitsverhältnis mit einer Frist von sechs Wochen zum Ende des Quartals kündigen könne, sofern sich nicht aus anderen Vorschriften oder auf Grund einer längeren Beschäftigungsdauer eine längere Frist ergäbe. Für die Kündigung durch den Arbeitgeber sollten die Bestimmungen des aktuellen Tarifvertrages gelten. Dieser sah eine Kündigungsfrist von vier Wochen zur Monatsmitte oder zum Monatsende vor. Der Arbeitgeber kündigte unter Beachtung dieser vertraglichen Frist. Die Helferin erhob Klage und meinte, die Kündigung habe das Arbeitsverhältnis erst zum Ende des nächsten Quartals beendet. Denn die im Arbeitsvertrag geregelte Kündigungsfrist für den Arbeitgeber verstoße gegen das Gesetz. Im BGB heißt es, dass für die Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitnehmer keine längere Frist vereinbart werden darf als für die Kündigung durch den Arbeitgeber. Ein solcher Fall läge hier vor. Dass hier tatsächlich ein Verstoß gegen § 622 Abs. 6 BGB vorliegt, weil eben für die Arbeitnehmerin eine längere Frist gelten soll als für den Arbeitgeber, liegt auf der Hand. Etwas schwieriger sind aber die Erwägungen, dass als Konsequenz die längere Kündigungsfrist für alle Beteiligten gelten soll.

Der Arbeitgeber war im gerichtlichen Verfahren der Auffassung, dass, wenn die arbeitsvertragliche Regelung hier rechtswidrig sei, die gesetzlichen Vorschriften zur Kündigungsfrist gelten müssten. Seine Kündigung wäre dann gleichwohl fristgerecht gewesen. Das Bundesarbeitsgericht war anderer Auffassung: Auch der Arbeitgeber müsse die für die Arbeitnehmerin geltende lange Kündigungsfrist beachten. Warum? Im Gesetz war nur geregelt, was nicht gültig sei, nicht aber, was stattdessen gelten soll. Um diese Frage zu beantworten, zieht das Bundesarbeitsgericht eine „verwandte" Regelung aus dem Handelsgesetzbuch (HGB) hinzu. Die dortige Regelung betrifft zwar Handelsvertreter, kann der Wertung nach aber „1:1" auf Arbeitsverhältnisse übertragen werden. Im Handelsgesetzbuch ist geregelt, dass bei Vereinbarung einer kürzeren Kündigungsfrist für den Unternehmer (also des „Arbeitgebers") auch für ihn die vereinbarte längere Frist der Gegenseite (also des „Arbeitnehmers") gilt. Dies stellte im konkreten Fall für das Bundesarbeitsgericht auch die Lösung dar. Der Arbeitgeber hätte also mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende kündigen müssen. Ergo: Eine sorgfältige Prüfung der Kündigungsfrist tut Not.

In der Gemeinschaftspraxis

Eine Kündigungserklärung ist in der Regel denkbar kurz. Trotzdem können entschei-

kontakt:

RA Wolf Constantin Bartha
kwm Rechtsanwälte
Unter den Linden 24/
Friedrichstraße 155–156
10117 Berlin
www.kwm-rechtsanwaelte.de

dende formelle Fehler unterlaufen. Dies gilt insbesondere bei Gemeinschaftspraxen. So hatte sich das Bundesarbeitsgericht in einer Entscheidung vom 21.04.2005 mit der Frage der Unterschriften unter einer Kündigung zu befassen. Die drei Partner betrieben eine Gemeinschaftspraxis in der Rechtsform der Gesellschaft bürgerlichen Rechts. Alle Partner hatten seinerzeit den Arbeitsvertrag der klagenden Zahntechnikerin unterschrieben. Als der Technikerin gekündigt wurde, hatten nur zwei der Partner unterschrieben. Dies rügte die Klägerin mit ihrer Kündigungsschutzklage. Die Partner der Gemeinschaftspraxis wehrten sich sinngemäß mit dem Argument, es habe eine wirksame Vertretung des dritten Partners durch die anderen vorgelegen. Die Vertretung ergebe sich auch aus den Gesamtumständen.

Nachdem Arbeits- und Landesarbeitsgericht zunächst den Zahnärzten Recht gegeben hatten, stellte sich das BAG auf die Seite der Technikerin: Eine Kündigung habe schriftlich zu erfolgen. Für die Einhaltung der Schriftform sei es erforderlich, dass alle Erklärenden die schriftliche Willenserklärung unterzeichnen. Wenn sich ein Partner vertreten lasse, müsse dies hinreichend deutlich dokumentiert sein (Vertreterzusatz). Mit umfangreichen weiteren Erwägungen stellte das BAG im Ergebnis fest, dass die ausgesprochene Kündigung unwirksam war und das Arbeitsverhältnis nicht beendet hatte.

Ergo: Ist eine Kündigung in einer Gemeinschaftspraxis unvermeidbar, sollten sicherheitshalber am besten stets alle Partner die Kündigung unterschreiben. Ist dies nicht möglich, ist eindeutig zu formulieren und nachzuweisen, dass der nicht unterschreibende Partner wirksam vertreten wird.

Das einvernehmliche Ende

Oft wird bereits im Vorfeld angedacht, ob das Arbeitsverhältnis nicht auch einvernehmlich beendet werden kann. Allerdings ist bekannt, dass der Abschluss eines Aufhebungsvertrages für die betroffenen Mitarbeiter Konsequenzen hat. Denn im Hinblick auf die anstehenden Leistungen der Arbeitslosenversicherung droht bei freiwilliger oder grob fahrlässiger Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses durch den Arbeitnehmer stets eine so genannte Sperrzeit von 12 Wochen.

Schon nach bisheriger Rechtsprechung löste der Abschluss eines Aufhebungsvertrages diese Sperrzeit aus. Dabei war es gleichgültig, wenn die Initiative zum Abschluss vom Arbeitgeber ausging. Konsequenz durch die Gerichte war, dass in der Praxis häufig kein Aufhebungsvertrag, sondern eine „Abwicklungsvereinbarung“ geschlossen wurde.

Der Abwicklungsvertrag lässt sich als eine Vereinbarung zusammenfassen, die Arbeitgeber und Arbeitnehmer abschließen, nachdem eine Kündigung durch den Arbeit geber vorausgegangen ist. Im Rahmen dieser Abwicklungsvereinbarung wird dann z.B. die Zahlung einer Abfindung, die Freistellung des Arbeitnehmers bis zum Ablauf der Kündigungsfrist und der Verzicht auf eine Kündigungsschutzklage aufgenommen. Die Abwicklungsvereinbarung war aus Sicht des Arbeitgebers zwar schon stets weniger attraktiv als ein Aufhebungsvertrag, hatte aber doch einen erheblichen Wert im Hinblick auf die gewünschte Rechtssicherheit. Durch die jüngere Rechtsprechung des Bundessozialgerichts wird aber auch der Anwendungsbereich des Abwicklungsvertrages massiv beschnitten. Mit Urteil vom 18.12.2003, Aktenzeichen: B 11 AL 35/03 R hat das Bundessozialgericht seine bisherige Rechtsprechung

auch auf den Abschluss von so genannten Abwicklungsverträgen erweitert: Der Arbeitnehmer löse sein Beschäftigungsverhältnis jedenfalls mit auf, wenn er nach Ausspruch einer Kündigung des Arbeitgebers mit diesem innerhalb der Frist zur Erhebung der Kündigungsschutzklage eine Vereinbarung über die Hinnahme der Kündigung treffe. Der Arbeitnehmer könne sich für den Abschluss des Abwicklungsvertrages auf einen wichtigen Grund grundsätzlich nur berufen, wenn die Arbeitgeberkündigung objektiv rechtmäßig war. In diesem Falle besteht im Hinblick auf den ohnehin nicht zu vermeidenden Eintritt der Beschäftigungslosigkeit kein Interesse daran, den Arbeitnehmer von der Wahrnehmung seiner berechtigen Interessen abzuhalten.

In der Sache wird damit ein Abwicklungsvertrag weitestgehend entwertet. Denn gerade in den Fällen, in denen eine Kündigung rechtlich ohnehin kaum angreifbar sein wird, besteht für den Arbeitgeber verhältnismäßig wenig Veranlassung, eine solche Vereinbarung zu unterzeichnen. Und in Zweifelsfällen, für die die Abwicklungsvereinbarung gerade Vorteile bot, sind damit erhebliche Nachteile für den Arbeitnehmer verbunden.

Konsequenz kann merkwürdigerweise nur der Weg zum Arbeitsgericht sein: Will man eine einvernehmliche Lösung finden, kann dies im Rahmen eines Kündigungsschutzprozesses als gerichtlicher Vergleich erfolgen. Voraussetzung ist aber die Klage des Arbeitnehmers. Angesichts der bekannten Überlastung der Gerichte ein zweifelhafter Rat.

Als Alternative könnte der Arbeitgeber von vornherein von der Möglichkeit des § 1a Kündigungsschutzgesetz Gebrauch machen. Dann muss er die Kündigung auf dringliche betriebliche Erfordernisse stützen, darauf im Kündigungsschreiben hinweisen sowie dem Arbeitnehmer ebenfalls im Kündigungsschreiben anbieten, bei Verstreichenlassen der Klagefrist eine Abfindung in Höhe von einem halben Monatsverdienst für jedes Jahr des Bestehens des Arbeitsverhältnisses zu zahlen. II

ANZEIGE

VELOPEX
EXTRA-X
SCHNELLER, ZUVERLÄSSIGER ENTWICKLUNGSAUTOMAT
Für intraorale und extraorale Röntgenfilme bis 240 x 300mm

RÖNTGENFILME
Trocken-zu-trocken
Entwicklung in nur 4 Min.

FILMTRANSPORT
Mit dem weltweit einzigartigen, patentierten Filmtransportsystem
• Kein Filmverlust im Entwicklungsautomaten
• Kein Markieren oder Beschädigen der Röntgenfilme

STATUSAUFNAHMEN
Trocken-zu-nass in nur 2 Min.

QUALITÄTS KONTROLLE
Zusammen mit jedem VELOPEX EXTRA-X liefern wir unsere vorbelichteten Röntgenfilmstreifen VISCHECK zur einfachen Qualitätskontrolle der Röntgenchemikalien und der Leistung des Entwicklungsautomaten

Abgebildetes Model wahlweise mit Tageslichtvorsatz erhältlich

VELOPEX INTERNATIONAL PRODUZIERT IN EUROPA

CHEMIKALIEN
RÖNTGENFILME
ENTWICKLUNGSAUTOMATEN
RÖNTGENFILMBETRACHTER
QUALITÄTSKONTROLLE

Ja, bitte rufen Sie mich an ...
...und vereinbaren Sie einen EXTRA-X Vorführtermin!
... informieren Sie mich über andere VELOPEX Produkte!

Name:
Praxis:
Adresse:
Stadt:
PLZ:
Telefon:
Fax:

VELOPEX INTERNATIONAL
www.velopex.de

Info Hotline 07664 613238

JAGUDENT • Unteres Breitle 13 • 79112 Freiburg • E-mail: jaschke@velopex.de

Dentalhygiene nur unter Aufsicht

Die selbstständige Tätigkeit von Dentalhygienikerinnen ist in Deutschland untersagt. Maßstab bleibt § 1 Abs. 5 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde. Danach kann beispielsweise die Entfernung weicher und harter sowie klinisch erreichbarer subgingivaler Beläge nur von Zahnärzten an dafür qualifiziertes Prophylaxepersonal mit abgeschlossener Ausbildung delegiert werden. Delegation setzt jedoch Aufsicht voraus – die des Zahnarztes.

Dr. Christian Öttl

In einem aktuellen Fall hat das Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München den „selbstständigen Betrieb einer Praxis für Dentalhygiene“ untersagt. Die Behörde geht dabei von einer unerlaubten Ausübung der Zahnheilkunde aus, die den strafbaren Tatbestand des § 18 Nr. 1 Zahnheilkundegesetz erfüllt. Danach kann mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft werden, wer die Zahnheilkunde ausübt, ohne eine Approbation oder eine Erlaubnis als Zahnarzt zu besitzen.

In ihrer Anordnung kritisiert die Behörde Ankündigungen der Dentalhygienikerin, die mit der Entfernung weicher und harter sowie klinisch erreichbarer subgingivaler Beläge geworben hatte. Außerdem sollen in der „Praxis“ Provisorien wieder befestigt werden. Als Gegenstand des Betriebes ist außerdem die Aufklärung des Patienten über Bedeutung und Ursachen der Munderkrankungen angegeben. Weiterhin werden im „Leistungsverzeichnis“ Ernährungsanamnese und -beratung, individuelle Beratung über Mundhygieneartikel sowie die Erstellung von Blutungsindizes angeboten. Außerdem im „Behandlungsspektrum“: Kariesrisikobestimmung sowie lokale Fluoridierung.

Die Gesundheitsbehörde verwies dagegen auf den gesetzlichen Kontext von § 1 Abs. 5 zu § 1 Abs. 3 Zahnheilkundegesetz, welcher neben der zahnärztlichen Approbation keine generelle Verselbstständigung außerhalb der zahnärztlichen Approbationsverantwortung zulässt. Schon in der amtlichen Begründung zur Änderung des Zahnheilkundegesetzes (Bundestags-Drucksache 12/3608) war darauf hingewiesen worden, dass die zulässige Delegation nicht die „ständige Anwesenheit des Zahnarztes beim Patienten“ erfordere, dass sich jedoch der Zahnarzt „örtlich in unmittelbarer Nähe“ aufhalten müsse, „um jederzeit die Hilfstätigkeit überwachen und korrigieren sowie eventuell erforderliche zahnärztliche Entscheidungen treffen zu können“. Auch aus Sicht der Bayerischen Landeszahnärztekammer wird daraus deutlich, dass der Gesetzgeber für Tätigkeiten, die unter gewissen Voraussetzungen für delegierbar erachtet werden, keine selbstständige Berufsausübung durch nichtzahnärztliche Mitarbeiter einführen wollte. Gegen den Bescheid der Gesundheitsbehörde hat die Betroffene Rechtsmittel eingelegt. Das Bayerische Verwaltungsgericht hat sich nun mit der Frage zu befassen, ob es sich bei der selbstständigen Ausübung der Dentalhygiene tatsächlich um Zahnheilkunde handelt. Dem Vernehmen nach soll ein Sachverständigengutachten dazu erstellt werden.

Der Ausgang dieses Verfahrens dürfte in jeder Hinsicht für Klärung sorgen. Bis dahin bleibt es dabei: Dentalhygienische Maßnahmen sind nur unter Aufsicht des Zahnarztes in der zahnärztlichen Praxis erlaubt. II

kontakt:

Dr. Christian Öttl
Referent Zahnärztliches Personal
Bayerische Landeszahnärztekammer
Fallstraße 34
81369 München
Tel.: 0 89/7 24 80-1 70
Fax: 0 89/7 24 80-1 71
E-Mail: coettl@blzk.de
www.blzk.de

Fröhlich verdient, verdient fröhlich!

Im Frühjahr 2006 führt Gabi Schäfer eine Seminarreihe zur Abrechnung unter dem Titel „Fröhlich verdient, verdient fröhlich!“ durch. Im Gespräch mit Dr. Manfred Pfeiffer erläutert sie, was die Seminarteilnehmer dort erwartet.

→ **Dr. Manfred Pfeiffer** schreibt seit 1979 EDV-Programme für Zahnärzte. Er hat 1984 den ZahnarztRechner gegründet und 1994 den digitalen Röntgensensor „DEXIS“ entwickelt. Seit 2004 arbeitet er an EDV-Projekten zur zahnärztlichen Abrechnung, die über die Synadoc GmbH vermarktet werden.

Frau Schäfer, Ihre Abrechnungsseminare zeichnen sich stets durch humorige Titel aus – was erwartet die Teilnehmer denn diesmal?
Die Titel sind in der Tat eine Art Markenzeichen geworden und verleihen der eher trockenen Abrechnungsthematik ein Element der Fröhlichkeit.

Das mit der Fröhlichkeit verstehe ich, aber wie meinen Sie das mit dem „Verdienen“?
Der deutsche Zahnarzt wird durch die Politik zu einer Gratwanderung zwischen Verlust von Honoraren und dem Verlust der Zulassung gezwungen. Meine Seminare geben ihm hier die nötige Sicherheit und zeigen auf, was er nicht darf, was er darf und was er bei der Abrechnung vergisst.

Was er nicht darf, wird ihm doch schon in der Wirtschaftlichkeitsprüfung gezeigt, oder?
Aber erst Jahre später! Und er muss dann Honorare zurückzahlen, die er längst ausgegeben hat.

Und was er darf, steht doch im BEMA, lesen Sie den in Ihren Seminaren vor?
Der Zahnarzt darf in vielen Fällen Zuzahlungen verlangen, und das steht nicht im BEMA. Wo er Zuzahlungen verlangen darf, wird in den Seminaren eingehend an vielen Beispielen aus der Praxis erläutert.

Woher nehmen Sie diese Beispiele aus der Praxis?
Neben der Seminartätigkeit führe ich Praxisberatungen durch, bei denen ich Organisations- und Abrechnungsdefizite aufdecke. Vieles von dem, was ich dort finde, fließt in die Seminarbeispiele ein.

Wenn Sie vom „Verdienen“ reden: ist die Seminargebühr nicht rausgeschmissenes Geld?
Natürlich! Und zwar dann, wenn Sie in den alten Gewohnheiten verharren, seit Jahrzehnten gewisse Leistungen erbracht, aber nicht abgerechnet haben und das auch nicht ändern wollen. Falls Sie das gebotene Wissen hingegen umsetzen, haben Sie die Seminargebühr in der ersten Woche bereits wieder drin und „verdienen“ ab der zweiten Woche.

Und das stimmt dann fröhlich?
Genau.

Aber kann denn eine Seminarteilnehmerin das Gelernte in der täglichen Praxis überhaupt umsetzen, wenn der Chef nicht mitspielt?
Es ist sicher immer schwieriger, wenn eine einzelne Person die Überzeugungsarbeit im Praxisalltag leisten muss. Erfolgreicher ist es, wenn alle Leistungsträger des Praxisteams eingezogen sind und an einem Strang ziehen. So sehen wir das auch in der Seminarbeteiligung. Die Mehrheit der Teilnehmer kommt in Teams.

Aber das reißt ja wieder ein Riesenloch in die Kasse …
Keineswegs, denn der zweite und jeder weitere Teilnehmer aus derselben Praxis zahlen nur den halben Preis.

Ein gut durchdachtes Erfolgskonzept! Frau Schäfer, haben Sie denn zum Abschluss für unsere Leser einen praktischen Abrechnungstipp?
Selbstverständlich! Wenn Sie im Frontzahnbereich beispielsweise eine Wurzelbehandlung durch die Krone hindurch erbringen, wird in der Regel nur die „Trepanation eines Zahnes“ abgerechnet.

Und was ist daran zu verbessern?
Sie haben ja nicht nur den „Zahn“ eröffnet, sondern vorher auch sorgfältig ein Loch in die Krone gebohrt.

Und das kann man abrechnen?
Aber sicher. Alternativ hätten Sie die Krone ja entfernen müssen. In gleicher Weise wird natürlich auch beim Verschluss des Zahnes vorgegangen. Die Reparatur der Krone ist eine separate Leistung.

Ihre Seminare sind sicher vollgepackt mit diesen Spitzfindigkeiten?
Natürlich, denn ich möchte die Teilnehmer ja fröhlich stimmen.

Verdient fröhlich?

→ **Gabi Schäfer**

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

tipp:

Die Rechnerreform ist unter http://festzuschuss.synadoc.de zu finden – und weiterführende Seminare zu diesem Thema können Sie unter www.synadoc.de buchen.

kontakt:

Tel./Fax: 07 00/67 33 43 33
E-Mail: dr_mp@dr-pfeiffer.com

der ADVISION Steuertipp

Der Spezialist für Zahnärzte

Berücksichtigung des Praxis-Pkw stark erschwert

Die Bundesregierung plant, die Besteuerung der privaten Pkw-Nutzung zu ändern. Wenn die Pläne wie bisher bekannt umgesetzt werden, ergeben sich für Zahnärzte folgende Möglichkeiten der steuerlichen Behandlung des Pkws:

Wird der Pkw zu mehr als 50 % betrieblich genutzt, gehört er wie bisher zwingend zum Praxisvermögen. Der private Nutzungsanteil wird weiter nach der 1 %-Methode besteuert, das heißt, 1 % des auf volle 100 EUR abgerundeten inländischen Bruttolistenpreises einschließlich der Kosten für Sonderausstattungen gelten pro Monat als Wert der privaten Nutzung, wenn nicht ein niedrigerer Privatanteil durch ein ordnungsgemäßes Fahrtenbuch nachgewiesen wird. Wird der Pkw zu weniger als 10 % betrieblich genutzt, gehört er wie bisher zwingend zum Privatvermögen. Wird der Pkw zu mehr als 10 % und maximal bis zu 50 % betrieblich genutzt, kann er entweder dem Praxisvermögen oder dem Privatvermögen zugeordnet werden. Soll der PKW in diesem Fall dem Praxisvermögen zugeordnet werden, muss das durch die Aufnahme in das Anlageverzeichnis der Praxis dokumentiert werden. In diesem Fall ist, und das ist neu, die private Pkw-Nutzung nun jedoch mit dem so genannten Entnahmewert zu besteuern. Wird der Pkw dem Privatvermögen zugeordnet, können praxisbezogene Fahrten mit den anteiligen tatsächlichen Kosten einschließlich AfA oder pauschal mit 30 Cent pro gefahrenen Kilometer abgesetzt werden. Die praxisbezogenen Fahrten sollten mit genau den gleichen Angaben, wie sie ein Fahrtenbuch enthalten muss, dokumentiert werden, damit eine genaue Zuordnung erfolgen und gegenüber dem Finanzamt durchgesetzt werden kann.

Praxis-Beispiel

Dr. B fährt einen Pkw, den er für einen Kaufpreis von 25.000 EUR erworben hat. Das Fahrzeug wird über einen Zeitraum von fünf Jahren abgeschrieben, die jährliche AfA beträgt 5.000 EUR. An sonstigen Kosten sind für den Pkw insgesamt 8.000 EUR angefallen. Die Gesamtfahrleistung beträgt 20.000 km, wovon 16.000 km auf Privatfahrten entfallen. Der praxisbezogene Nutzungsanteil beträgt 20 %. Damit hat Dr. B grundsätzlich das Wahlrecht, den Pkw seinem Praxisvermögen oder seinem Privatvermögen zuzuordnen. Will er ihn aus dem Praxisvermögen entnehmen und dem Privatvermögen zuordnen, sollte er dies schriftlich dokumentieren, indem er den Pkw aus dem Anlageverzeichnis streicht. Belässt er den Pkw im Betriebsvermögen, hat er den privaten Nutzungsanteil der Besteuerung zu unterwerfen. Dieser berechnet sich wie folgt: Die Gesamtkosten einschließlich der AfA für den Praxis-Pkw belaufen sich auf 13.000 EUR pro Jahr. Der private Nutzungsanteil beträgt 80 %. Somit beläuft sich der Entnahmewert auf 10.400 EUR. Diese sind als Einnahme aus ärztlicher Tätigkeit zu versteuern. Nach der 1 %-Methode wären nur 3.000 EUR (25.000 EUR x 1 % x 12 Monate) für die private Pkw-Nutzung anzusetzen.

Praxisbezogener Nutzungsanteil

Der Nachweis des praxisbezogenen Nutzungsanteiles kann entweder durch ein ordnungsgemäß geführtes Fahrtenbuch erfolgen, oder – nach der Gesetzesbegründung – durch andere Unterlagen glaubhaft gemacht werden. Welche das sind, lässt sich dem Gesetzesentwurf allerdings nicht entnehmen. Liegt kein Fahrtenbuch vor, wird es spätestens während einer Betriebsprüfung zum Streit mit dem Finanzamt kommen, in welchem Umfang der Pkw praxisbezogen genutzt wurde. Daher empfiehlt es sich, vorsorglich ein Fahrtenbuch zu führen. Man kann sich immer noch überlegen, ob es dem Finanzamt vorgelegt wird. Schwieriger ist es, im Nachhinein ein Fahrtenbuch zu erstellen. Ein nachträglich erstelltes Fahrtenbuch wird häufig nicht anerkannt.

Ein ordnungsgemäßes Fahrtenbuch muss folgende Angaben enthalten:

- das Datum der Fahrt,
- den Kilometerstand zu Beginn der Fahrt,
- den Grund für die Fahrt (Patientenname oder Patientennummer sind hier erforderlich, allein die Angabe „Patientenbesuch" reicht nicht aus),
- den Kilometerstand am Ende der Fahrt.

Teilweise wird auch von den Finanzgerichten verlangt, dass Werkstatttermine und Tankstellenbesuche mit den jeweiligen Kilometerständen eingetragen werden.

Welche Fahrten sind praxisbezogen?

Alle Fahrten zu Patienten, Kollegen, Laboren, Weiterbildungen, zum Steuerberater, zur Bank, zur KV und andere berufsbezogene Reisen sind praxisbezogen. Gleiches gilt für die Fahrten von der Wohnung zur Praxis. Bei diesen ist nur die Höhe der steuerlichen Berücksichtigung beschränkt. Sie sind aber bei der Ermittlung des praxisbezogenen Anteils der Nutzung des Pkws mit einzubeziehen. Auch Fahrten von der Wohnung zum Hausbesuch und von da zur Praxis sind betriebliche Fahrten. Nicht durch Rechtsprechung entschieden ist soweit ersichtlich nur, ob für diese Fahrten die gleiche Abzugsbeschränkung der Höhe nach greift, wie für Fahrten zwischen Wohnung und Praxis. Der Patientenbesuch wird der Beschränkung wohl nicht unterliegen, das gleiche gilt nach meiner Auffassung auch für die Fahrt vom Hausbesuch zur Praxis. Von einer Fahrt zwischen Wohnung und Praxis kann da wohl nicht gesprochen werden. Bisher ist der Abzug von Kosten für Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte auf 30 Cent pro Entfernungskilometer begrenzt, aber ab dem ersten Kilometer möglich. Ab 2007 sollen Fahrten zwischen Wohnung und Praxis erst ab dem 21. Kilometer absetzbar sein.

Checkliste:

Praxisbezogene Nutzung über 50 %:

- wenn ja, Ansatz der privaten Pkw-Nutzung nach der 1 %-Regel oder
- Nachweis der tatsächlichen anteiligen Kosten einschließlich AfA durch das Fahrtenbuch.
- **Tipp:** Bei schon abgeschriebenen PKW oder hohem betrieblichen Nutzungsanteil führt der Nachweis durch ein Fahrtenbuch häufig zu einer geringeren Steuerlast.

Praxisbezogene Nutzung über 10 % und maximal bis 50 %:

- Wahlrecht, ob der Pkw im Privat- oder Praxisvermögen gehalten werden soll
- Ist der Pkw im Praxisvermögen, erfolgt stets der Ansatz der privaten Nutzung mit den auf die private Nutzung entfallenden Kosten einschließlich der AfA (Entnahmewert).
- Ist der PKW im Privatvermögen, können die praxisbezogenen Fahrten mit den tatsächlich angefallenen Kosten einschließlich AfA oder pauschal mit 30 Cent pro gefahrenen Kilometer angesetzt werden.

Praxisbezogene Nutzung bis 10 %:

- Zuordnung des Pkws zum Privatvermögen.
- Ansatz der praxisbezogenen Fahrten mit den tatsächlich angefallenen anteiligen Kosten einschließlich der AfA oder pauschal mit 30 Cent pro gefahrenen Kilometer.

WICHTIGE TERMINE IM MONAT MÄRZ 2006:

Einkommensteuer
Fällig: 10.03.; spätestens: 13.03. (bei Überweisung)

Umsatzsteuer
Anmeldung: 10.03.
Fällig: 10.03.; spätestens: 13.03. (bei Überweisung)

Lohnsteuer (einschließl. **Soli** und **KiSt**)
Anmeldung: 10.03.
Fällig: 10.03.; spätestens: 13.03. (bei Überweisung)

GOZ-Pos. 905

Wann berechenbar?

Wie die GOZ-Pos. 905 für das Auswechseln eines Sekundärteils bei einem zusammengesetzten Implantat korrekt abgerechnet wird, lesen Sie im folgenden Artikel.

Simone Möbus

die autorin:

Simone Möbus *ist Abrechnungsexpertin bei der ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft AG in Düsseldorf und steht Kunden bei zahnärztlichen Abrechnungsfragen zur Verfügung.*

tipp:

Nähere Informationen erhalten Sie mithilfe unseres Faxcoupons auf S. 89.

Berichtigung:
In der ZWP 12/2005 hat sich leider ein Druckfehler eingeschlichen. Statt GOZ-Pos. 5000 muss es richtig heißen GOÄ-Pos. 5000. Wir bitten um Ihr Verständnis.

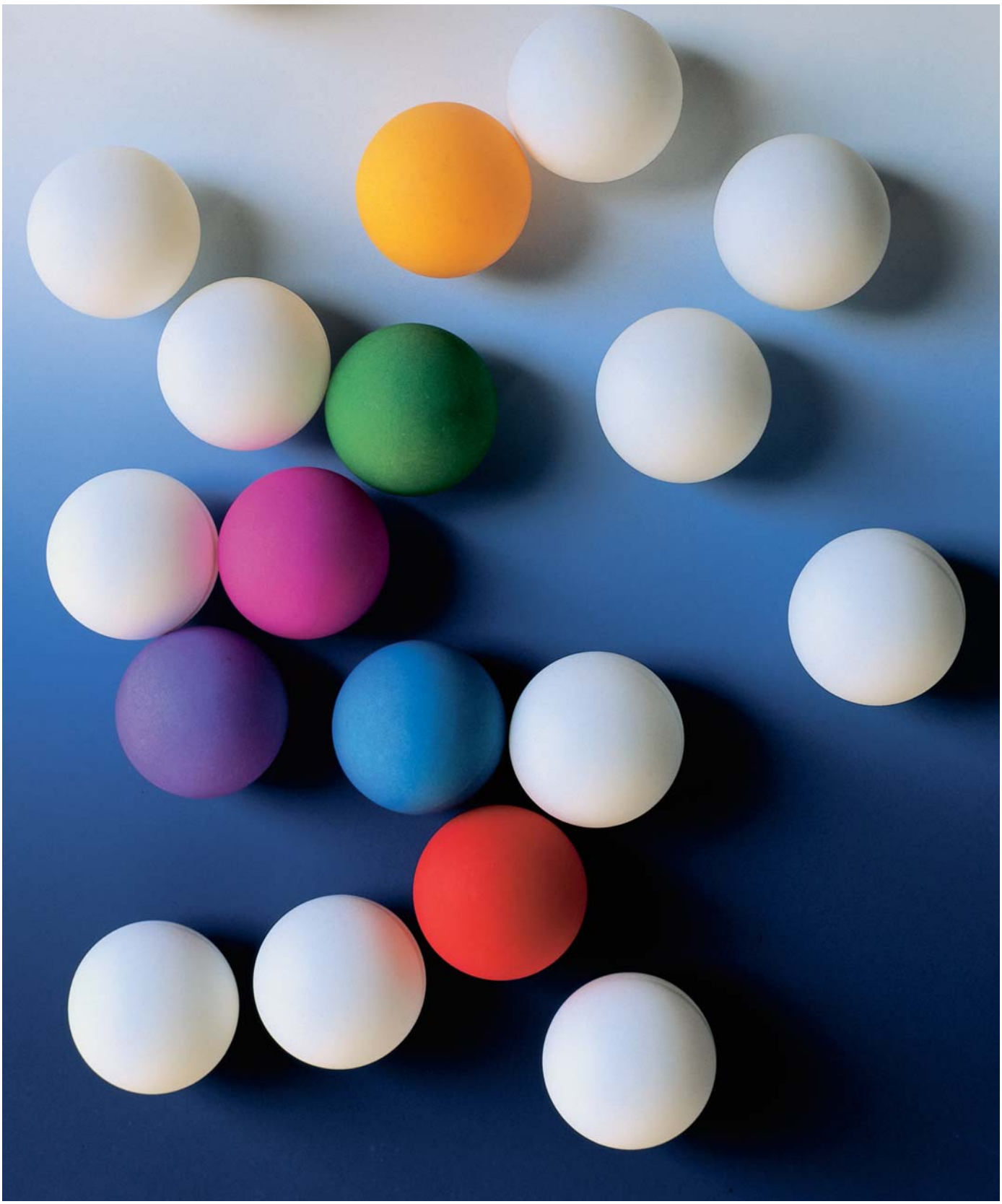
In einigen Schreiben der Versicherungen heißt es, die GOZ-Pos. 905 könnte maximal zweimal pro Implantat berechnet werden. In diesem Zusammenhang verweisen wir z.B. auf das OLG Karlsruhe vom 08.02.2002 – Az 10 U 232/00. Hier wurde entschieden, dass das Auswechseln eines Implantatteils in der rekonstruktiven Phase mit der Gebührennummer 905 GOZ pro Implantat berechenbar ist. Mit diesem Urteil vom 08.02.02 können Leistungen nach Nr. 905 GOZ in der rekonstruktiven Phase nur dann nicht berechnet werden, wenn das Auswechseln des Sekundärteils im Zusammenhang mit Leistungen für das Einbringen eines enossalen Implantats (903 GOZ) oder dem Freilegen eines Implantats und Einfügen von Sekundärteilen (904 GOZ) vorgenommen wird. Jedoch ist sie berechnungsfähig für das Auswechseln des Gingivaformers bei der Abdrucknahme, der Einprobe und der Eingliederung der Suprakonstruktion. Das Gericht war der Meinung, dass der Leistungsbeschreibung der Pos. GOZ 905 nicht zu entnehmen sei, dass diese Position nur für Reparaturmaßnahmen anzusetzen sei. Ferner entschied das Gericht, dass Repositionshilfen zur Abdrucknahme berechnet werden dürfen. Dieses Material würde nicht zu den allgemeinen Praxiskosten gemäß § 4 Abs. 3 und Abs. 4 GOZ zuzuordnen sein. Es handelt sich ferner um spezielle Einmalhilfeteile. Auch bezüglich der Berechenbarkeit von Materialien machte das OLG Karlsruhe Ausführungen zu Gunsten der gesonderten Berechnung von Einmalmaterialien. Es wurde über Repositionsmaterial zur Abdrucknahme entschieden. Dieses Material zähle nach § 4 Abs. 3 und Abs. 4 GOZ nicht zu den allgemeinen Praxiskosten und sei somit nicht mit den Gebühren abgegolten. Hierbei handele es sich um „Einmal-Präzisions-Hilfsteile".

Ein Beispiel zur Berechnung

„Ein Patient hat zwei Implantate. Beim Einprobetermin wurden die Heilungsdistanzhülsen abgeschraubt, die Brücke wurde darauf geschraubt, anschließend wieder abgenommen und die Heilungsdistanzhülsen wurden wieder festgeschraubt. Wie oft fällt die GOZ-Nr. 905 an?"
Antwort: Auch die neuesten Urteile bestätigen die Auffassung der Zahnärztekammern, dass die GOZ-Nr. 905 je Pfeiler und Auswechselvorgang berechenbar ist – und zwar nicht erst nach der endgültigen Eingliederung, sondern gegebenenfalls schon während der chirurgischen Phase. Der Vertragsausschuss des BDIZ empfiehlt, die GOZ-Nr. 905 pro restaurativer Sitzung und je Implantatpfosten abzurechnen – ungeachtet der Vielzahl der Sekundärteile, die ausgewechselt werden müssen. Im vorliegenden Fall wäre also die Leistung zweimal abzurechnen (zwei Pfeiler).

Stellungnahme der BZÄK

Zu Implantaten, Berechenbarkeit von Geb.-Nrn. 229, 231 und 511 GOZ meint die BZÄK: Die Geb.-Nrn. 229, 231 und 511 GOZ sind für die Abnahme und Wiederbefestigung bedingt abnehmbarer Suprakonstruktionen berechnungsfähig. Müssen zusätzlich am Implantatkörper Sekundärteile ausgewechselt werden, so ist die Geb.-Nr. 905 GOZ zusätzlich berechenbar. Zu Implantaten, Sekundärteil auswechseln, heißt es: Die Leistung nach der Geb.-Nr. 905 GOZ ist pro Implantatpfeiler und je Sitzung bei einem Wechselvorgang oder Austausch einmal berechenbar. Die Geb.-Nr. 905 GOZ ist eine Implantatposition, nicht Hilfsposition bei Suprakonstruktionen. ||



Wir bringen die Kugeln ins Rollen!

Zahnärzteforum e.V.

Wirtschaftlichkeitsprüfung und Zivilprozess: Dokumentation des Zahnarztes

Wer als Zahnarzt Beteiligter einer Wirtschaftlichkeitsprüfung oder eines Zivilprozesses war, weiß: Seine Dokumentation hat in der juristischen Auseinandersetzung sehr wahrscheinlich eine wichtige bis entscheidende Rolle gespielt. Auf diesem Rechtsgebiet praktizierende Anwälte wissen schon längst, dass es insbesondere auch in der Wirtschaftlichkeitsprüfung ganz entscheidend auf die ordentliche, in manchen Fällen auch taktisch richtige Dokumentation des Zahnarztes ankommt.

RA Emil Brodski, RA Frank Ihde

In der Regel hat der Zahnarzt keine Zeit und keine Möglichkeit, sich über die „Spielregeln" der Dokumentation zu informieren. Deshalb soll der vorliegende sowie nachfolgende Artikel die grundlegenden juristischen und tatsächlichen Erkenntnisse der Dokumentation darstellen. Nach der Abhandlung allgemeiner Regeln der Dokumentation wird dann in späteren Beiträgen auch das Wesentliche zur Dokumentation bei der einzelnen BEMA-Ziffer in der Wirtschaftlichkeitsprüfung dargestellt.

Der Zahnarzt ist zur umfassenden Dokumentation verpflichtet. So lautet beispielsweise § 5 Abs. 1 BMVZ: Der Zahnarzt ist verpflichtet, über jeden behandelten Kranken Aufzeichnungen zu machen, aus denen die einzelne Leistung, die behandelten Zähne und, soweit erforderlich, die Diagnose sowie die Behandlungsdaten ersichtlich sein müssen. Der Zahnarzt ist nicht nur berufsrechtlich, sondern auch vertraglich gegenüber seinem Patienten zur Dokumentation verpflichtet (LG Göttingen, NJW 1979, 602). Die Krankenunterlagen werden also auch im Interesse des Patienten errichtet (BGH WM, 71, 565).

Aus den Krankenunterlagen müssten sich alle relevanten Punkte der Anamnese, Diagnose, Therapie und sonstigen Behandlungsmaßnahmen ergeben. Zusätzlich muss der Zahnarzt den Tatbestand der Aufklärung sowie den Zahnbezug bei allen Positionen des BEMA sowie der GOZ dokumentieren. Einfacher formuliert: Die Dokumentation muss die Frage nach den **„sechs W"** beantworten:

Auszug aus einem Prüfbescheid der KZV Thüringen:
Aus den Angaben in der Kartei muss hervorgehen, an **welchem** Patienten **wer** (auch die Helferin ist zu bestimmten Leistungserbringungen befugt), **wann, warum** und **womit** (Material, Medikamente etc.) **welche** konkrete Leistung erbracht hat.

Der Zahnarzt darf Abkürzungen und Zeichnungen verwenden, wenn deren Bedeutung für einen Sachverständigen zweifelsfrei ist (OLG Hamm in NJW-RR, 1995, S. 666). Der Text darf knapp sein (OLG München, NJW 1992, 2973). Nicht lesbare Aufzeichnungen gelten als nicht geschrieben und wirken sich damit meist ebenfalls zum Nachteil des Zahnarztes aus. Bestimmte „Marotten" und Geschmacklosigkeiten eines Zahnarztes im Zusammenhang mit der Dokumentation müssen den Beweiswert seiner Dokumentation (vgl. unten) nicht mindern. (LG Frankfurt, amtlich nicht veröffentlicht, in einem Fall, in dem ein Hausarzt bei der Dokumentation eines jeden Besuchs des Patienten zunächst stets „crux medicus" vermerkte, um damit jeweils erneut festzustellen, dass dieser Patient ein „Kreuz" für den Mediziner sei.)

Bei nicht unerheblichen inhaltlichen Mängeln der Dokumentation ist der Beweiswert im Grunde gleich null (vgl. Urteil des BGH in NJW 1988, S. 2949). Hervorzuheben bleibt auch noch, dass nur positiv Geschehenes, nicht aber nicht Geschehenes zu dokumentieren ist (vgl. BGH, Urteil vom 09.11.1993, S. 800).
So ist dokumentationspflichtig nur der positive Befund, wie etwa das Vorhandensein einer akuten Entzündung, nicht aber deren Fehlen (Oehler, a.a. O., S. 34).

Der Zahnarzt ist verpflichtet, dem Patienten die Behandlungsunterlagen gegen Kostenerstattung in Kopie auszuhändigen bzw. ihm das Kopieren zu gestat-

ten (vgl. Gehrlein, NJW 01, 2773) oder aber in die Originale Einsicht zu gewähren. Die Einsicht in Originale sollte nur in der Praxis (vgl. Gehrlein, a. a. O., S. 2773) stattfinden, um deren Verlust zu verhindern. Die Originale der Krankenakte müssen nicht ausgehändigt werden. Dies gilt auch für die Röntgenaufnahmen sowie Originalabdrücke (vgl. Mücke, Privatliquidation aktuell, 6/05, S. 3 m. w. N.). Diese Gegenstände stehen – entgegen vielfach geäußerter Rechtsauffassung – im Eigentum des Zahnarztes (BGH NJW 63, 388).

Der Patient hat keinen Anspruch auf Vorlage einer maschinengeschriebenen Abschrift der Krankenunterlagen unter Aufschlüsselung der Kürzel für Fachausdrücke. Wie wir bereits erwähnt haben, müssen die Schriftstücke nur lesbar und nachvollziehbar sein (LG Köln, 17 S 76/97).

Besonders wichtig ist der Zeitpunkt der Dokumentation. Oftmals stellt der Zahnarzt fest, dass er bestimmte dokumentationspflichtige Ereignisse nicht vermerkt hat. Darf er hier nachdokumentieren? Diese Frage ist im Gesetz nicht ausdrücklich geregelt. Die Dokumentation soll zwar in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung und/oder Untersuchung erfolgen (vgl. Urteil des OLG München in NJW-RR 1995, 85), kann aber jedenfalls bei einfachen Behandlungen und unkomplizierten Vorgängen nachgeholt werden (Schmidt in NJW 1987, S. 681 m. w. N.). In jedem Fall soll eine solche Nachholung aber „zeitnah" erfolgen (OLG München, a. a. O., S. 85). Hat der Zahnarzt Zweifel, ob seine Nachdokumentation zeitnah erfolgt, sollte er dies in der Behandlungskartei vermerken. Naturgemäß kann in manchen Fällen eine Niederschrift erst nach Durchführung bestimmter Handlungen oder Feststellungen erfolgen, die sich ihrerseits über eine gewisse, auch längere Zeitspanne erstrecken und deren Unterbrechung (etwa eines länger dauernden Eingriffs) lediglich zur zwischenzeitlichen Fortschreibung der Dokumentation unzumutbar ist. Ebenso wird man aber auch bei Vornahme mehrerer Diagnosemaßnahmen eine Aufzeichnung nicht immer nach jedem Einzelschritt fordern können, sofern dieser nicht bereits für sich gesehen abschließend gewürdigt und dargestellt werden kann.

Ganz allgemein genügt es, wenn Eintragungen nicht sofort, sondern nur alsbald nach den entsprechenden Maßnahmen oder Feststellungen gefertigt werden. Wann eine Niederschrift noch als rechtzeitig anzusehen ist, kann nur unter Berücksichtigung der jeweiligen Sachlage beurteilt werden. So kann es bei einer Praxis mit Massenbetrieb bereits zu spät sein, wenn am Abend oder gar erst am Wochenende noch ergänzende Eintragungen nachgeholt werden, da dann möglicherweise keine zuverlässige Erinnerung an die Einzelheiten jedes Falles mehr besteht. Man wird aber die Reinschrift eines Entwurfs oder sonstiger persönlicher Kürzel innerhalb eines Zeitraums von etwa einer Woche noch für zulässig zu erachten haben, da dann die Erinnerung, gestützt auf die vorhandenen Aufzeichnungen, noch hinreichend sichere Ergebnisse zulässt. Im Übrigen muss einer wesentlich späteren Überarbeitung, womöglich unter Vernichtung der Originalnotizen, mit erheblichem Misstrauen begegnet werden, insbesondere wenn zwischenzeitlich Komplikationen aufgetreten sind, die den Geschehensablauf in einem ganz anderen Licht erscheinen lassen.

In der nächsten Folge geht es um die Dokumentation des Zahnarztes im Zusammenhang mit dem Rechtsstaat und dem Zivilgericht.

Kooperationspartner in Norddeutschland ist:

Herr Rechtsanwalt und Notar
Frank Ihde
Rechtsanwälte Ihde & Andrae
Ferdinandstraße 3
30175 Hannover
Tel.: 05 11/33 65 09-0
Fax: 05 11/33 65 09-29
www.ra-ihde.de

Kooperationspartner in Süddeutschland ist:

Herr Rechtsanwalt
Emil Brodski
Rechtsanwälte Brodski + Lehner
Leopoldstraße 50
80802 München
Tel.: 0 89/38 36 75-0
Fax: 0 89/38 36 75-75
www.brodski-lehner.de

Zahnersatz aus dem Ausland

Das Thema „Zahnersatz aus dem Ausland" wird nun schon seit vielen Jahren diskutiert und ist seit Einführung der Festzuschüsse wieder besonders aktuell. Die Entscheidung für hochwertigen Zahnersatz ist für viele Patienten oft eine Frage des Preises. Immer mehr Patienten fragen nach Einsparungsmöglichkeiten bei den Laborkosten.

InteraDent Zahntechnik hat bereits 1985 ein Modell entwickelt, das hochwertige medizinische Zahnversorgung für jedermann auch in Zukunft bezahlbar bleiben lässt. Um dies umsetzen zu können, entschloss sich InteraDent zu dem entscheidenden Schritt, Teile der Fertigung ins Ausland zu verlegen. Im Jahr 1985 wurde das eigene Meisterlabor in Manila gegründet. Das Ergebnis dieser langjährigen Pionierarbeit kann sich sehen lassen: Der Name InteraDent steht heute für überdurchschnittliche Fertigungspräzision, Zuverlässigkeit, erstklassigen Service und günstige Preise.

Abb. 1: Im InteraDent Meisterlabor in Manila arbeiten hochqualifizierte Mitarbeiter.

Abb. 2: Das selbst fertigende Meisterlabor von InteraDent in Lübeck.

InteraDent fertigt für mehr als 1.000 Zahnärzte bundesweit jährlich über 60.000 Zahnersatzaufträge und ist heute eines der größten Dentallabors in Europa.

Fertigung und Service – keine Frage der Entfernung

Als selbst fertigender Meisterlaborbetrieb in Lübeck mit Servicelabors in Berlin, Leipzig und Chemnitz, sind die Ansprüche von InteraDent an die Qualifikation der Mitarbeiter, Material und Verarbeitungstechnik sehr hoch. Das gilt für die deutschen Labors von InteraDent ebenso wie für das eigene Labor in Manila. Denn InteraDent möchte, dass nur erstklassiger Zahnersatz das Haus verlässt und entsprechend hoch sind die Qualitätskontrollen auf vielen Ebenen. InteraDent verwendet ausschließlich biokompatible, körperverträgliche Materialien, die dem Medizinproduktegesetz und den CE- und ISO-Normen entsprechen. In Manila arbeiten hoch qualifizierte Mitarbeiter, die nach deutschen Maßstäben ausgebildet sind. Ein detailliertes Qualitätsmanagement kontrolliert sorgfältig jeden Arbeitsablauf. Und ein gut funktionierendes Logistiksystem mit täglichem Cargo-Transport Asien/Deutschland sorgt dafür, dass die Liefertermine zuverlässig eingehalten werden. Hoch qualifizierte Kundenberater stehen für alle technischen Beratungen jederzeit zur Verfügung.

Meisterlabor statt Dental-Handelsgesellschaft

InteraDent ist ein deutsches Meisterlabor mit eigenem Meisterlabor im Ausland und nicht zu verwechseln mit einer der vielen „Dental-Handelsgesellschaften", die Zahnersatz in ausländischen Fremdlabors fertigen lassen!

Der Zahnersatz von InteraDent wird von hoch qualifizierten Zahntechnikern hergestellt. Und zwar ausschließlich in den eigenen Labors. Das InteraDent Meisterlabor in Manila wurde 1996 als eines der ersten Labors weltweit von TÜV-CERT nach DIN EN ISO 9001:2000 zertifiziert.

Mit den günstigen Preisen gibt InteraDent den Zahnärzten ein starkes Argument in die Hand, ihren Patienten die Entscheidung für eine hochwertige und individuelle Versorgung leichter zu machen.

Bei InteraDent erhält man „alles aus einer Hand" – mit deutscher Herstellergarantie. Dies bedeutet mehr Sicherheit für Zahnärzte und Patienten.

Kontakt:

InteraDent Zahntechnik AG
Roggenhorster Str. 7, 23556 Lübeck
Tel.: 0800/4 68 37 23, www.interadent.de

SHOP&MORE CARD Aktion

*** Speziell für Mitglieder des Zahnärzteforum e.V ***

Bestellen und bis zu 7% sparen!
...aus den aktuellen Katalogen von

Damenmode - Herrenmode - Baby und Kind - Wäsche - Sport - Freizeit - Wohnen - Technik - Baumarkt - Schmuck - Uhren - Geschenke - uvm.

OTTO QUELLE BAUR Schwab

Einkaufen, wo es am schönsten ist. Sie können bei uns das gesamte Programm der einzelnen Versandhäuser zu tollen Konditionen bestellen. **Nutzen Sie die Vorteile und sparen Sie viel Geld!**

Die wichtigsten Informationen für Sie:

- Inhaber der **SHOP&MORE CARD** erhalten — **3 % SHOP&MORE Einkaufsvorteil**
- Inhaber der **SHOP&MORE CLUB CARD** erhalten — **7 % SHOP&MORE Einkaufsvorteil**
- **reduzierte Versandkosten**: statt 5,95 Euro nur **2,95 Euro Versandkostenpauschale**
- weitere **Sonder-/Tageskonditionen** erfahren Sie unter **Hotline 01 80 / 5 58 05 00** (12 Cent/Min.)
- **Bestellungen bitte ausschließlich über die SHOP&MORE CARD Hotline, (Telefon, Bestellfax oder E-Mail) tätigen!** (Andernfalls können die Einkaufsvorteile nicht gewährt werden)

VC Verbraucher Club GmbH

Industriestraße 1 - 82110 Germering
Bestellfax: 08 00 / 8 21 10 00 kostenfrei
Hotline: 01 80 / 5 58 05 00 (12 Cent/Min.)
E-Mail: info@vc-verbrauchercenter.de

Besuchen Sie uns im Internet:
www.shopandmorecard.de
www.shopandmoretravel.de
www.sam-4you.de

Fordern Sie noch heute unverbindlich Ihren aktuellen Versandhaus-Katalog bei uns an!

Haben Sie noch persönliche Fragen?

Unsere Hotline steht Ihnen persönlich
Montag bis Freitag von 8.00 bis 18.00 Uhr unter

0 180 / 55 80 500 (12 Cent/Min.) zur Verfügung.

www.shopandmorecard.de

Zahnärzteforum e.V.

AUFNAHMEANTRAG per Fax an: 0800/8 211 000 200 (gebührenfrei)

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Zahnärzteforum e.V.

Titel, Vor- und Zuname *Geburtsdatum*

Praxisanschrift:

Telefon (Praxis) *Telefax (Praxis)* *E-Mail-Adresse* @

Ich bin Mitglied der Zahnärztekammer (Bundesland):

Für den Fall der Aufnahme in das Zahnärzteforum e.V. erkläre ich mich damit einverstanden, dass die obigen Daten in einem Mitgliederverzeichnis des Vereins geführt und veröffentlicht werden dürfen.

Es gilt die Vereinssatzung in der jeweils gültigen Fassung.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt zurzeit 120,– € jährlich. Änderungen der Beitragshöhe unterliegen der Beschlussfassung durch die Mitgliederversammlung.

Bankverbindung: Sparkasse Fürstenfeldbruck, BLZ: 700 530 70, Konto-Nr.: 167 19 16

Ort, Datum, Unterschrift

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschrift

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht mittels des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Name und genaue Anschrift des Zahlungspflichtigen:

Konto-Nr. des Zahlungspflichtigen *bei Kreditinstitut* *Bankleitzahl*

Zahlung wegen (Verpflichtungsgrund, evtl. Betragsbegrenzung)

Mitgliedsbeitrag in Höhe von 120,– € jährlich.

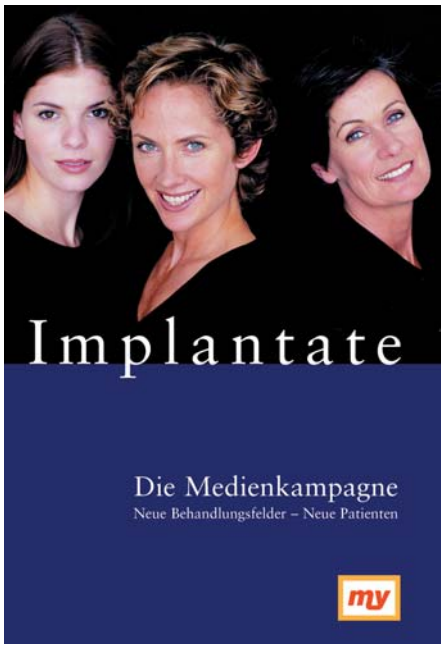
Ort, Datum, Unterschrift

Zahnärzteforum e.V. – Herzog-Wilhelm-Straße 70 – 38667 Bad Harzburg – Fon: 0 53 22/55 31 56, Fax: 0 53 22/5 42 79
Vereinsregister beim Amtsgericht Hamburg – VR 15939 – vom 03.11.1998, Finanzamt Goslar, Steuernummer 21/215/90239

Patientenportal:

Lang geplante Implantologie-Medienkampagne startet

Seit mehreren Monaten schon arbeitet das Team der Kommunikationsagentur *my communications* GmbH an der geplanten Implantologie-Medienkampagne.



Der Plan

Die Kampagne soll die modernsten Behandlungsfelder der Implantologie vorstellen und auf der anderen Seite neue Patienten begeistern und motivieren, sich behandeln zu lassen. Erreichen wollen dies die Medienexperten der Agentur mit einer Vielzahl von gezielten Berichterstattungen in den Massenmedien sowie durch eine professionelle Öffentlichkeitsarbeit. Hierbei soll immer wieder auf das für die Kampagne konzipierte umfangreiche Patientenportal www.festerbiss.de hingewiesen werden, auf dem interessierte Leser und Zuschauer bzw. Hörer mittels einer Datenbank einen teilnehmenden Implantologen in ihrer Nähe finden können.

Die Internetseite

Bei www.festerbiss.de handelt es sich nicht nur um eine übliche Online-Datenbank aller beteiligten Implantologen. Vielmehr entsteht ein vollkommen neues und umfangreiches Patientenportal für die Implantologie. So kann der interessierte Patient sich intensiv über Zahngesundheit allgemein und speziell über Implantate informieren sowie zahlreiche Tipps und Ratschläge erhalten.

Das Portal besteht aus:

- einer interaktiven Datenbank mit Suchfunktionen nach Postleitzahlen, Name, Anschrift sowie den Leistungsangeboten der Praxen mit direkter Möglichkeit zur Kontaktaufnahme der Patienten zur anschließenden Terminvereinbarung,
- einem großen und umfangreichen Serviceteil mit allen erdenklichen Patienteninformationen über die Zahnheilkunde und Implantologie,
- einem separaten Login-Bereich nur für teilnehmende Implantologen. Hier kann der Arzt seine Daten pflegen, den aktuellen Stand des Kampagnenverlaufs abrufen sowie die neuesten Pressemeldungen und Kampagnenmotive kostenlos downloaden, um sie zum Beispiel den lokalen Medien anzubieten bzw. dort zu platzieren.

Die Vorteile

Finanziert wird die gesamte Initiative, die langfristig angelegt sein soll, durch die Implantologen selbst. Dazu könnten sich die Implantologen nach wie vor mittels einer einmaligen Beteiligungssumme von 1.500,– Euro anmelden, beteiligen und einen Eintrag in die Datenbank erhalten.

„Wir wünschen uns“, so der Projektleiter Matthias Voigt, „dass noch mehr Implantologen die Notwendigkeit und den großen Nutzen der Kampagne erkennen. Je mehr Implantologen mitmachen, umso dichter wird das Netz an teilnehmenden Praxen. Das bedeutet auf der einen Seite höhere finanzielle Mittel für die notwendige Öffentlichkeitsarbeit und Werbung, und auf der anderen Seite erreicht man einen größeren Nutzen für die interessierten, neuen Patienten.“ Sehr erfreulich sei zudem die Tatsache, dass die bisher beteiligten Praxen im gesamten Bundesgebiet verteilt sind. Dadurch ist jeder Bürger in der Lage, in seinem Wohngebiet eine an der Aktion teilnehmende Praxis zu finden. Jede Praxis, die sich noch nicht angemeldet hat, könne dies jedoch jederzeit noch tun, erklärt der Projektleiter.

„Doch je eher, umso besser“, wendet Voigt ein. Denn nur wer von Beginn an dabei ist, werde auch vom ersten Moment an von der Kampagne profitieren können.

Jede interessierte Praxis kann das Formular zur Beteiligung entweder auf der Agenturhomepage unter www.mycommunications.de downloaden oder es telefonisch unter 03 41/4 84 74-3 04 anfordern.

Einer der nächsten großen und wichtigen Schritte während der andauernden Kampagnenplanung ist das Erarbeiten und das Produzieren des umfangreichen Pressematerials. Hier ist besondere Sorgfalt und Taktik verlangt, „denn nur durch eine professionelle Vorbereitung der Themen kann eine Platzierung bei den Medienpartnern erfolgreich getätigt werden“, so Voigt.

my communications **GmbH**
Matthias Voigt
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
E-Mail: info@mycommunications.de
Internet: www.mycommunications.de

ANZEIGE

Erkennen Sie die Zeichen der Zeit!

Auch Ihre Patienten wünschen sich hochwertigen Zahnersatz zu bezahlbaren Preisen ...

... wir erfüllen diese Wünsche gerne!

[Zahnersatz:Müller]
Höchste Qualität zu Zahnsparpreisen

02102-100 49 80

Vergleichen Sie *"Online"* oder fordern Sie unverbindlich einen Kostenvoranschlag an.

Ihre Patienten sparen bis zu 80% !

Deutschlands 1. Online-Preisrechner für Zahnersatz!

www.zahnersatz-kostenvergleich.de

ANZEIGE

neu:
Stecken
statt
schrauben.

Connect-Implantat-System:
Die stärkere Verbindung.

www.team-schostek.de

Bakteriendicht
Schraubenlose Prothetik
Konische Verbindung
Kein Innengewinde
Rotationsschutz

Überzeugen Sie sich selbst.
www.ziterion.com oder
Produktkatalog anfordern.

ziterion
world of dental implants

ziterion gmbh
Bahnhofstraße 3
D-97215 Uffenheim
Tel. [+49] 09842 | 9369-0
Fax [+49] 09842 | 9369-10
info@ziterion.com
www.ziterion.com

Zehn Jahre Trends aus Wissenschaft und Praxis

Implantologie Journal feiert Jubiläum

Anfang 1996 erschien die erste Ausgabe des Implantologie Journals, der inzwischen weitere 50 gefolgt sind. Heute ist das Implantologie Journal als Verbandszeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie (DGZI) laut der aktuellen Leserumfrage für dentale Fachzeitschriften (LU-Spez) eine der wichtigsten und meistgelesenen implantologischen Fachpublikationen auf dem deutschen Markt. Mit einem Wiedererkennungswert in der relevanten Zielgruppe von 87,3 Prozent und hervorragenden Lesewerten liegt das Implantologie Journal nicht nur bei Implantologen an führender Position (Lu-Spez). Mit inzwischen acht Ausgaben pro Jahr und einer Auflage von 6.500 Exemplaren informiert das Journal umfassend über neueste wissenschaftliche Ergebnisse, Erfahrungen aus der täglichen Praxis, technologische

Neuerungen und natürlich über die verbandspolitischen Aktivitäten der ältesten europäischen implantologischen Fachgesellschaft.

Wenngleich die Implantologie auch schon Mitte der 90er-Jahre am Beginn eines Aufwärtstrends stand, so bedurfte es bei der Einführung der neuen Fachzeitschrift zunächst einiger Überzeugungskraft, die künftigen Partner aus Wissenschaft und Industrie für eine neue, hochauflagige implantologische Fachpublikation zu gewinnen. Aber je schwieriger die Überzeugungsarbeit am Anfang, umso erfolgreicher ist das Journal seitdem. Inzwischen ist das Implantologie Journal auch Flaggschiff einer ganzen Journal-Reihe, die vom Oralchirurgie Journal, über das Endodontie bzw. Laser Journal bis hin zum Dentalhygiene Journal oder dem Ende 2003 außerordentlich erfolgreich eingeführten Fachmagazins „cosmetic dentistry“ reicht. Haben Sie Interesse an einem Abonnement? Oder fordern Sie einfach kostenfrei ein Belegexemplar des Implantologie Journal an unter:

Oemus Media AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-2 00
Fax: 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: grasse@oemus-media.de
www.oemus.com

Megatrend

Minimalinvasive Implantologie

Wer kennt ihn nicht, den viel zitierten, mitunter auch überstrapazierten Satz: „Kleiner Operateur – kleine Schnitte; großer Operateur – große Schnitte." War diese Aussage bereits in der Vergangenheit nicht unumstritten, so wird sie, falls überhaupt noch zitiert, bei einer Vielzahl von Kolleginnen und Kollegen auf heftigen Widerstand stoßen. Diese befürworten und praktizieren minimalinvasives Vorgehen auch in der zahnärztlichen Implantologie.

Dr. Georg Bach

Der Sog der Minimalinvasivität hat nun auch die zahnärztliche Chirurgie erfasst – warf ein süddeutscher Hochschulprofessor im Rahmen einer universitären Feierstunde Ende des vergangenen Jahres seufzend in die Runde. Auch er scheint die von mir angesprochene aktuelle Entwicklung kritisch zu beurteilen. Fakt ist jedoch, dass seit knapp einem Jahrzehnt eine Vielzahl von Operationsverfahren und technischen Verbesserungen Einzug in die Implantologie gehalten hat, die deren Wesen zweifellos maßgeblich verändert haben. Einige haben sich bewährt, andere weniger. Einige Neuerungen sind zum Standard avanciert, andere fristen ihr Dasein eher in der „Exotenecke".

Der vorliegende Beitrag möchte einen Überblick über den „Megatrend minimalinvasive Implantologie" geben, erhebt jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Neueste Navigation

Die Navigationsgeräte der ersten Generation hatten nicht den Start, den sich die Initiatoren und Herstellerfirmen erhofft haben. Obschon mit bemerkenswertem Budget und hohem Werbeaufwand in die Zahnheilkunde eingeführt, gelang es den Befürwortern dieser Insertationstechnik definitiv nicht, die Navigation als „Goldstandard" zu etablieren. Grund hierfür war neben den nicht einzuhaltenden Präzisionswerten einiger Geräte auch die im Hinblick auf die angespannte wirtschaftliche Lage in den meisten Praxen zu hohen Anschaffungskosten. Hinzu kam die Erkenntnis, dass eine navigationsunterstützte Implantatinkorporation nicht immer erforderlich ist, sondern in einer Viel-

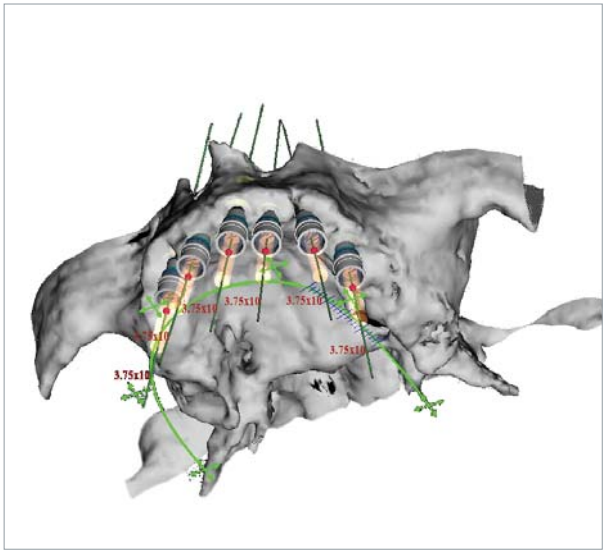


Abb. 1: Computernavigation NOBELGUIDE™ der Firma Nobel Biocare.

kontakt:

Dr. Georg Bach
Rathausgasse 36
79098 Freiburg im Breisgau
E-Mail: doc.bach@t-online.de

zahl einfacher Fälle das konventionelle Vorgehen sinnvoller und Erfolg bringender ist.
Die deutlich verbesserten Geräte der neuesten Generation gehen von einer anderen Philosophie aus. Inzwischen steht das dem Patienten umfangreiche Schnittführungen und anschließende Wundheilung ersparende minimalinvasive Vorgehen im Vordergrund. Die Methode über eine Schleimhautstanzung wird dadurch ermöglicht, dass der Operateur durch das bildgebende Verfahren und die anschließende OP-Simulation, die auf den gewonnenen digitalen Daten basiert, den OP-Situs bereits im Vorfeld kennt. Auch aktuelle Ansätze, die Computernavigation mit speziellen Aufbereitungstechniken des Implantatbettes – z.B. mit dem Er:YAG-Laser – kombinieren, erweitern das Anwendungsgebiet dieser Technik erheblich. Somit hat sich die Computernavigation (Abb. 1) ihre Nische erarbeitet und beginnt sich zu etablieren.

setzt, die heute wiederum eine dominante Rolle einnehmen. Ermöglicht wurde die Betonung der „rotweißen Ästhetik“ vor allem durch Fortschritte im chirurgischen Vorgehen: Nicht nur das Instrumentarium „schrumpfte“, wurde also miniaturisiert, auch der operative Zugang, die Aufbereitung des OP-Feldes, der Trend zu feinerem Nahtmaterial und das Ausnutzen neuer Techniken, wie z.B. die bereits erwähnte Computernavigation, führten zu verbesserten Insertationstechniken. Nicht zu vergessen sei in diesem Zusammenhang auch der Beitrag, der durch verbesserte Implantatdesigns und -oberflächen erzielt wurde. Diese ermöglichten es, auf Grund der höheren Osseointegrationssicherheit auf grobe OP-Techniken zu verzichten.

Sofortimplantation

Mit den im Vorfeld erwähnten neuen Oberflächen und der Einführung von Implantaten, die nun dem Anspruch des „Wurzelanalogs“ weitgehend entsprechen, konnten

Abb. 2: CAD/CAM-Technologie CEREC 3D der Firma Sirona.

Minimalinvasive OP-Techniken

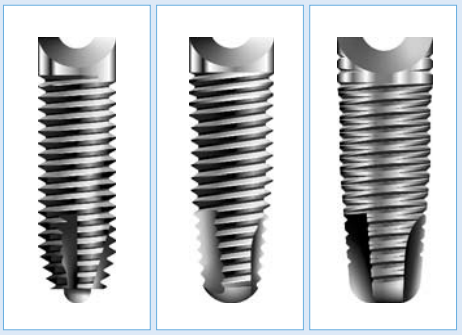
In ihrer initialen Phase war die orale Implantologie eindeutig „chirurgielastig“. Erst nach und nach hat sich eine Verlagerung zu prothetischen Belangen durchgeerhebliche Fortschritte in der Akzeptanz der künstlichen Zahnpfeiler erzielt werden. Diese Entwicklung ermöglichte eine erhebliche Ausweitung der Indikationen für eine Implantation direkt nach der Extraktion eines nicht rettbaren

ANZEIGE

Die Formel für Implantologen und Überweiser:

1 3 1
=
reduce to bpi

1 OP-Tray bedient 3 Implantatlinien,
alle mit 1 patentierten Plattform



Implantieren ohne zu investieren – testen Sie uns!

Die BPI-Produktlinien weisen die patentierte Giebelkonstruktion EASYFIT auf. Diese Plattform garantiert eine rotationsfreie Aufbauverbindung ohne Schraubenlockerung zum völlig spannungsfreien Ausgleich von Implantatdivergenzen bis zu 90 Grad.

- **Mit der einzigartigen ästhetischen Giebelkonstruktion EASY FIT (Estetic Anatomic SYmetric FIT)**
- **Anatomische Implantatschulter**
- **Optimale Belastungsaufnahme**
- **Divergenzunabhängige Implantatpositionierung**
- **Rotationsfreie Fixierung durch Winkelvorspannung, Gegenkonis und Schraubenhalsvorspannung**
- **Maximaler crestaler Knochenerhalt durch Kompensation von belastungsüblichen Mikrobewegungen an der Implantat-Knochengrenze**
- **Günstiges Preis-Leistungsverhältnis ab €140,- für komplette Versorgung zzgl. 7% Mwst.**

BPI – Das Original

Tilsiter Straße 8, 71065 Sindelfingen
Tel (0 70 31) 7 63 17-0, Fax (0 70 31) 7 63 17-11
info@bpi-implants.com, www.bpi-implants.com

bpi biologisch physikalische implantate

Zahnes. Außerdem konnte – günstige Verhältnisse vorausgesetzt – der künstliche Zahnpfeiler früh mit einer Suprakonstruktion belastet werden. Für letzteren Punkt werden jedoch nach wie vor suffiziente knöcherne Lagerverhältnisse in allen Dimensionen und auch eine entsprechende Okklusionsphilosophie vorausgesetzt.
Kritisch wird die Sofortimplantation bei entzündlichen Prozessen gesehen, die zur Entfernung des zu ersetzenden Zahnes geführt haben. Gleichwohl gibt im Falle der Entzündungsfreiheit die Sofortimplantation die Freiheit, mittels einer direkt nach der Extraktion durchgeführten Implantatinsertation der sonst einsetzenden Kieferatrophie vorzubeugen. Zudem werden durch ein günstiges Weichteilmanagement Interdentalpapillen und Weichteilprofil erhalten.
Die von der Implantatindustrie heute zur Verfügung gestellten Abutments und Hilfsteile für die provisorische Versorgung können mittels sukzessiver Modifikationen hervorragend für ein Weichteilmanagement im eigentlichen Sinne verwendet werden.

CAD/CAM-Technologien

Zunächst belächelt, heute integraler Bestandteil moderner Implantologie: CAD/CAM-Technologien (Abb. 2). Diese Verfahren erlauben nicht nur die Einführung neuer, bis dato in der Implantologie nicht verwendeter Materialien, sondern auch was Passgenauigkeit und spannungsfreien Sitz anbelangt, bergen die computerunterstützten Herstellungsverfahren erhebliche Vorteile gegenüber konventionellem Vorgehen. Durch den zusätzlichen Einsatz der Laserfügetechnik kann zudem auf Lote und andere Verbindungsmaterialien verzichtet werden.
Es würde jedoch der CAD/CAM-Technologie nicht gerecht, ihren Einsatz nur auf die Herstellung von Gerüsten oder Stegen zu beschränken.
Mit der Möglichkeit der individuellen Abutment-Gestaltung sowie der Verwendung von Vollkeramikstrukturen können gerade im ästhetisch relevanten Bereich idealisierte gingivale Verhältnisse geformt und erzielt werden. Hier ist nicht nur ein Einsatz in der definitiven Versorgung, sondern auch in der Provisorienphase durchführbar. Vorteilhaft wirkt sich hier auch die hervorragende Gewebeverträglichkeit dentalkeramischer Massen aus.

Abb. 3: Diodenlaser LD-15i der Firma DENTEK.

Bioaktive Oberflächen

Die früher so gefürchteten „Frühverluste“ gehören heute weitgehend der Vergangenheit an. Die Überlebensraten oraler Implantate weisen inzwischen Werte auf, die sonst in keiner anderen Sparte der Medizin erreicht werden. Nach wie vor kritisch ist der Zeitpunkt, wenn der Umbauvorgang den Originalknochen fast vollständig abgebaut hat, die neuen knöchernen Strukturen jedoch noch nicht ausgereift genug sind. In diese kurze „kritische Lücke“ greift die Philosophie der neuen bioaktiven Oberflächen ein, die von Beginn bis zur Erzielung einer Osseointegration für mehr Sicherheit sorgen sollen.
Marktführer Straumann setzt hier z. B. auf die SLActive®-Oberfläche, die sich durch eine Schutzatmosphäre, verbunden mit einer besseren Benetzbarkeit, auszeichnet. Andere Hersteller beschichten die Implantatoberflächen versuchsweise auch mit bone morphogenetic proteins.

Laserverfahren

Monochromatisches Licht in der Mundhöhle – in keiner anderen zahnärztlichen Disziplin hat der Laser (Abb. 3) eine solche

Abb. 4: Nickel-Titan-Instrumente M_{two} der Firma VDW.

Entwicklung erlebt wie in der zahnärztlichen Implantologie. Durch die hervorragende Absorption geeigneter Wellenlängen auf Wasser oder Hämoglobin gewährleistet die Laserschnittführung ein blutungsreduziertes Vorgehen mit optimal übersichtlichem OP-Feld. Die Wundheilung wird vom Patienten im Vergleich zu konventionellem Vorgehen als angenehmer empfunden.
Die deutliche Schmerzreduktion durch die Laserschnittführung erlaubt ferner eine Reduktion der Menge des Lokalanästhetikums und ein Verzicht auf Vasokonstriktoren, was vor allem bei kardial vorgeschädigten Patienten von großer Bedeutung ist.
Auch im Falle des Auftretens von Spätkomplikationen vermag die Applikation von Laserlicht Abhilfe zu schaffen. Durch die Möglichkeit der Laserlichtdekontamination kann das eine Periimplantitis hervorrufende gramnegative anaerobe Keimspektrum suffizient geschädigt und der existenzbedrohende Prozess für das Implantat gestoppt werden. In Kombination mit augmentativen Verfahren gelingt es sogar, eine „restitio ad integrum“ zu erzielen und die periimplantären Defekte zu decken. Damit wird dem Implantat erneut eine hervorragende Langzeitprognose gegeben.

Endodontie vs. Implantologie

Betrachtete ein prominenter Hannoveraner Implantologe endodontische Maßnahmen bislang eher als „implantologische Vorbehandlung“, so muss heute der immense Fortschritt, der auf dem Gebiet der Endodontologie erzielt wurde, anerkannt werden. Vor allem die Einführung der Nickel-Titan-Feilen (Abb. 4) und verbesserte Möglichkeiten zur Bestimmung der Arbeitslänge haben das Aufbereitungshandling deutlich vereinfacht und auch sicherer gemacht.
Damit ist die Voraussagbarkeit endodontologischer Ergebnisse immens gestiegen und die Endodontologie hat eine bemerkenswerte Renaissance erlebt. Dennoch liegen deren Erfolgsaussichten immer noch unter den Langzeitdaten enossaler Implantate, sodass sich ein pragmatisches Miteinander entwickelt hat.
Die Frage „endodontische Maßnahme oder Implantat“ wird heute nicht mehr grundsätzlich diskutiert, sondern vielmehr patientenindividuell! Während in der Alterszahnheilkunde und bei strategisch wichtigen Pfeilern eher endodontische Verfahren bevorzugt werden, fällt die Wahl bei jüngeren Patienten und bei langfristig zu lösenden, komplexen Fällen zu Gunsten der Implantate aus.

Positive Entwicklung

Ästhetisch anspruchsvolle Rekonstruktionen und die Verwendung von Implantaten schienen in der Phase der chirurgisch orientierten Implantologie unvereinbar zu sein. Heutzutage, in der Phase der „rot-weißen Ästhetik“, wurde diese Einschätzung grundlegend revidiert.
Mehrere Faktoren sind für diese positive Entwicklung verantwortlich:
a) die Bereitstellung von „Spezial-Implantaten“ für ästhetische relevante Bereiche,
b) ein „prothetisches Umdenken“ der Implantologen und
c) verbesserte und neue Möglichkeiten zur Augmentation. Somit konnte in diesem Teil der Implantologie in der Tat der sonst viel beschworene, mitunter auch als Begriff überstrapazierte „Paradigmenwechsel“ eingeläutet werden.
Die These „implant follows bone“ wurde zu Gunsten „new bone follows esthetic“ aufgegeben. Neben dem eindeutig gewachsenen zahnärztlichen Wissen sei an dieser Stelle auch ein ausdrückliches Lob an die Implantatindustrie gerichtet, die den Standardimplantaten eine Vielzahl neuer Formen zur Seite gestellt haben und somit den Bedürfnissen der Zahnärzteschaft und der Patienten entgegengekommen sind. II

ANZEIGE

K.S.I.-Bauer-Schraubenimplantat

„Der klassische Einteiler für alle Fälle“

- primärstabil
- sofortbelastbar
- minimalinvasiv
- transgingival

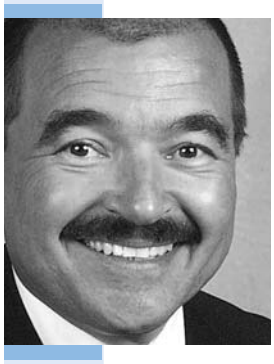
CE 0482

K.S.I.-Bauer-Schraube
Eleonorenring 14 · 61231 Bad Nauheim
Tel. 0 60 32/3 19 11 · Fax 0 60 32/45 07

statements:

Statement: Dr. Werner Hotz, Sigmaringen

Präsident des DZOI (Deutsches Zentrum für orale Implantologie e.V.)



In den ersten fünf Jahren des neuen Millenniums war die Entwicklung der Implantathersteller auf die Oberflächenverbesserung und die schnellere Osseointegration fokussiert. Dabei gibt es bis zum heutigen Tage noch keine „aktive" Oberfläche, auch wenn dies von manchen Herstellern schon durch die Namensgebung suggeriert wird. Parallel dazu ist es der Firma Nobel Biocare gelungen, beim World Congress in Las Vegas im Juni 2005 einen wahren Quantensprung mit dem „Nobel Guide System" zu inaugurieren. Erstmals ist es möglich, über die virtuelle OP-Planung eines CT-Scans nicht nur ohne Skalpell und Naht zu implantieren, sondern die ebenfalls präoperativ angefertigte langzeitprovisorische Brücke in perfekter Okklusion, Artikulation und Ästhetik sofort postoperativ einzugliedern (teeth in an hour). Mit dieser Entwicklung wurde die noch vor kurzem propagierte robotergeführte Implantation in die 2. Reihe verdrängt. Dies vor allem auch wegen der deutlich kostengünstigeren Variante Nobel Guide.

Die Zukunft wird in spätestens vier Jahren beginnen, wenn es möglich sein wird, recombinantes human Bone Morphogenetic Protein – 2 (rhBMP-2) in Kombination mit Dentalimplantaten hoffentlich zu bezahlbaren Preisen dem Markt anzubieten (Ankündigung durch Nobel Biocare). Die Frage nach der weiteren Zukunft wird sein, ob es gelingt, Zähne zu entwerfen und herzustellen, um sie als Zahnersatz in der klinischen Zahnheilkunde einsetzen zu können. Der erfolgreiche Abschluss des humanen Genomprojektes, der Wissensfortschritt im Verständnis der molekularen Regulation der Zahnmorphogenese, der Stammzellbiologie und der Biotechnologie lassen hoffnungsvoll vermuten, dass in den kommenden Jahrzehnten die Zahnregeneration beim Mensch erreicht wird. Unklar ist heute, ob die Regeneration des Zahnes über die Implantation eines Zahnkeimes erfolgt, der in die Gingiva implantiert wird oder durch eine komplexe In-vitro-Kultivierung von Zahngebilden auf einer vorgegebenen mineralischen Matrix, die schließlich in eine Alveole eingesetzt wird. Die Zukunft bleibt spannend.

Statement: Prof. Dr. Dr. Elmar Esser, Osnabrück – Vorstandsmitglied der DGMKG (Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V.)

Enossale Implantate werden auch unter strengen Kriterien (permanente Osseointegration, funktionelle und ästhetische Rehabilitation, Fehlen von primärer und sekundärer Morbidität) als rehabilitatives Standardverfahren angesehen. Nach einer mehr als 40-jährigen Anwendung hat sich das Indikationsspektrum von der ausschließlich funktionellen Wiederherstellung in Richtung Ästhetik und Prophylaxe verschoben. Die Rate an Kontraindikationen ist auf wenige Morbiditäten (Allgemeinzustand, Non-Compliance, Knochenmorphologie) reduziert. Die Datenlage über potenzielle Risiken erscheint nur für wenige Faktoren (radiogene Belastung, Nikotinabusus) als bedingt valide. Die Langzeitperspektive des implanto-epethialen Verschlusses, die Therapie der periimplantären Erkrankungen sowie deren Affinität zu Oberflächenstruktur und Implantatdesign werden kontrovers diskutiert.
Planung, Eingliederungsoperation, chirurgische Lagerkonditionierung sowie Weichteilmanagement stellen hohe Anforderungen an die chirurgische Kompetenz des Behandlers. Weit über 70 % der Implantate werden daher in Deutschland von Ärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Oralchirurgen eingegliedert. Implantatfehlpositionen und das potenzielle Risikoprofil insbesondere bei der Eingliederungsoperation sind als die wichtigsten Argumente gegen die systematische Einbeziehung von implantologischen Konzepten in die prothetische Rehabilitation anzusehen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Addition von chirurgischen Begleitmaßnahmen auch eine Steigerung der intra- und perioperativen Komplikationsrate induziert. Jeder Behandler muss sich daher seinem Wissen entsprechend verhalten: je schwieriger die Behandlung, um so kompetenter der Behandler. Die DGMKG bevorzugt den „Teamapproach" von Operateur, Prothetiker und Techniker und hat daher seit Jahren ein interdisziplinäres Curriculum iniziiert.
Die Perspektive der Implantologie ist positiv einzuschätzen. Dies gilt nicht nur für Zustände nach Tumor und Trauma, sondern für alle Situationen mit reduziertem Zahnbestand. Werkstoffe, Oberflächengestaltung, Wachstumsfaktoren, Knochenersatz und modifizierte Konzepte der Eingliederungstechnik (transgingivale Einheilung) sowie Sofortversorgung/Sofortbelastung stellen klinisch relevante Entwicklungspotenziale dar. Instrumentennavigation und stereolithographische Schablonentechnik werden in Grenzsituationen, bei minimalinvasivem Vorgehen und für einen besonders hohen ästhetischen Standard eine weitere fakultative Optimierung der Eingliederungsoperation ermöglichen. Trotz dieser Innovationen besteht bei Planung und Implantateingliederung das Primat des chirurgischen Sachverstandes und der technisch einwandfreien Umsetzung. Diese Einschätzung bezieht sich insbesondere auf die sichere Beherrschung intraoperativer Komplikationen.

Interview:
Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake, Göttingen
Präsident der DGI

(Foto von David Knipping)

Wie bewerten Sie den Entwicklungsstand in der Implantologie und deren perspektivische Potenziale?
Der Entwicklungsstand der Implantologie ist sehr gut. Kaum ein anderes Gebiet in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde entwickelt sich so dynamisch, wird so intensiv beforscht und hat so viel Innovationspotenzial.

Wird sich die Implantologie in der zahnärztlichen Praxis also fest etablieren?
Das hängt davon ab, wie sich unser Fachgebiet insgesamt entwickelt. Wenn der bestehende Trend zur Spezialisierung sich weiter fortsetzt, dann wird es den Generalisten als Zahnarzt in Zukunft vermutlich nicht mehr geben. Dann werden sich manche Kollegen auf Implantologie spezialisieren, andere werden sich andere Gebiete intensiv aneignen. Unabhängig davon, wie es weitergeht, steht fest: die Implantologie ist eine sehr anspruchsvolle Tätigkeit, die man sich nicht so nebenbei aneignen kann, sondern die eine profunde Weiterbildung erfordert. Darum hat die DGI ihr postgraduales Fortbildungssystem systematisch auf- und ausgebaut. Dieses bietet wissenschaftsbasiertes Know-how für die Praxis auf allen Ebenen, die Postgraduierte in der Fortbildung wünschen.

Wie schätzen Sie die Entwicklung der minimalinvasiven Verfahren in der Implantologie ein?
Minimalinvasive Verfahren sind immer da gut, wo die anatomischen Verhältnisse in Ordnung sind und die Voraussetzungen für die Implantation vom Weichgewebe und vom Knochen her stimmen. Einen relativ geringeren Stellenwert haben diese Verfahren dann, wenn Gewebe aufgebaut werden muss. Denn dies bedeutet in der Regel, sich den Defekt auch gezielt darzustellen. Und das ist bei den Techniken, die wir im Moment zur Verfügung haben, eigentlich nur im offenen Zustand kontrolliert und suffizient möglich.

Bei welchen Patienten kommen solche Eingriffe derzeit infrage?
Wenn wir nach wie vor zu Grunde legen, dass wir Implantate prothetisch geplant setzen und nicht da wo wir noch Knochenmasse finden, dann dürfte es derzeit sicherlich noch die Minderzahl der Patienten sein. Zumindest gilt das für jene Patienten, die wir in den Zentren sehen. Es gibt auch viele, deren Knochenangebot im Unterkiefer soweit ausreichend ist, dass man mühelos zwei Implantate setzen kann und eine zufrieden stellende Versorgung möglich ist. Anders sieht es hingegen noch bei dem anspruchsvollen Frontzahnersatz aus, bei dem Knochen- und Weichgewebe nur eine schmale Bandbreite an Defekten tolerieren. In diesen Fällen wird es auf absehbare Zeit sicherlich nicht die Regel sein, dass man da minimalinvasiv vorgehen kann.

ANZEIGE

P-MAX inkl. Multi-Pumpen-System + 4 PARO-Spitzen (H1, H3, H2L, H2R)
2.290,- €
statt ~~2.870,-~~ €

Schachmatt der Parodontitis

PARO-Spitzen für parodontales Debridement
- Parodontalbehandlung
- Speziell zur Wurzelglättung entwickelt (auch bei Lappen-OP)
- Extrem effizient, diamantiert in Kürettenform, um ein einfaches Arbeiten auch in schwierigen Zonen zu ermöglichen (radikuläre Zonen, Furkationen, schmale Interproximale, tiefe Parodontaltaschen)

SUPRASSON PMAX
Ultraschallgerät mit "Tempomat"
mit elektronischem Feedback-Mechanismus und Frequenz-Tuning. Die Leistung an der Instrumentenspitze bleibt immer konstant.
- Farbcodierung zur Auswahl des optimalen Leistungsprofils: Paro (grün), Endo (gelb), Scaling (blau), Restauration/Prothetik (orange) und "Kick-Down" (Boost) in jeder Arbeitszone
- Fußsteuerung aller Funktionen (optional). Ihre Hände sind frei!
- Multi-Pumpen-System mit externem Duo-Sterilschlauch für verschiedene Spülflüssigkeiten
- Größtes Angebot an Ultraschall-Instrumenten, speziell für **schonendes Biofilm-Management („BDR"-Instrumente)****

** optional erhältlich:
BDR-Kit mit 4 Spitzen
(TK1-1L, TK1-1S, TK2-1L, TK2-1R)

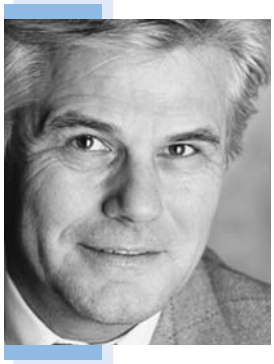
Fragen Sie Ihr Depot!

SATELEC ACTEON group

ACTEON Germany GmbH • Industriestraße 9 • D-40822 METTMANN
Tel.: +49 (0) 21 04 / 95 65 10 • Fax: +49 (0) 21 04 / 95 65 11
Hotline: 0800 / 728 35 32 • info@de.acteongroup.com • www.de.acteongroup.com

Statement: Dr. Hans-Jürgen Hartmann, Tutzing

Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie



Hätte mich jemand vor 30 Jahren gefragt, ob die Implantologie je in der Lage sein werde, das zahnmedizinische Therapiespektrum wesentlich zu verändern, so hätte ich ihn ungläubig angeschaut. Dass dies heute der Fall ist, wird von keiner Seite mehr angezweifelt. Dass in einer überschaubaren Zeit weniger Brücken und mehr Implantate zum Ersatz von Lücken eingesetzt werden, ist Realität. Doch stellt sich die Frage: Warum gibt es immer noch zweifelnde oder warnende Kollegen in der Implantologie? Warum lehnen Patienten rundherum implantologische Versorgungen ab? Letztlich ist diese Frage wohl nur aus der Vergangenheit her zu beantworten, die auch geprägt war von bemerkenswerten Misserfolgen, zu geringer Ausbildung oder wenig wissenschaftlich belegbaren Erkenntnissen.

Die Anfänge der Implantologie waren geprägt von den zwei Richtungen Spätimplantation/Sofortimplantation. Ein Trend der Zukunft wird es sein, dass die Implantate sehr viel früher gesetzt werden.

Mit der Sofortimplantation kann eine minimalinvasive Operationstechnik ohne große Schmerzen, Schwellungen und Substanzverlust durchgeführt werden, somit ein Benefit sowohl für den Arzt wie auch für den Patienten. Durch den Verzicht auf augmentative Verfahren ist diese Art der Versorgung auch kostengünstiger, wenngleich technisch gesehen sehr viel schwieriger und aufwändiger. Die Erkenntnisse über die Sofortbelastung auch von Sofortimplantaten als Einzelimplantate reichen zum jetzigen Zeitpunkt nicht aus, als dass sie routinemäßig in der Praxis durchgeführt werden könnten.

Nebenbei ist die Tatsache, dass die Patienten früher arbeitsfähiger sind oder funktionstüchtig Ersatz erhielten, bedeutungsvoll.

Ob sich die keramischen Massen im Knochen den Titanimplantaten überlegen erweisen werden, wird die Zukunft zeigen. Die Befürchtung der Patienten, durch Metalle im Körper allergische Reaktionen oder langfristigen Schaden zu erleiden und nach ihren Vorstellungen, durch keramische Massen wie Aluminiumoxid unversehrt zu bleiben, muss zum jetzigen Zeitpunkt unbeantwortet bleiben.

Die Verbesserung der Oberflächen von Titanimplantaten und eine mögliche Einbindung osteogener Potenzen auf der Implantatoberfläche könnten die Titanimplantate langfristig verbessern. Stellen wir allerdings die jetzige schon sehr hohe Erfolgswahrscheinlichkeit dagegen, so wird für eine geringere Verbesserung des Einwachsverhaltens eine hohe Investition notwendig sein, was unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten wiederum an den Endverbraucher, den Patienten, weitergegeben werden muss. Daher würde ich eine Entwicklung voraussehen, die auf der Basis der jetzigen Titanimplantate und den Erfolgswahrscheinlichkeiten zwischen 95 und 98 % der Einheilung wesentlich höhere Kosten verursachen würden, die restlichen 2 bis 5 % ebenfalls noch umzusetzen.

Die Umwandlung des Titanimplantates in ein Zirkoniumoxidimplantat wird die ästhetischen Verhältnisse wohl verbessern.

Ob das allerdings die Erfolgswahrscheinlichkeit mit 95 bis 98 % erhöhen wird, bleibt dahingestellt. Der Trend ist zu erkennen: Der Weg ist sicher richtig, aber vor euphorischen Vorstellungen warne ich.

Die prothetischen Verhältnisse werden mit präfabrizierten Bauteilen, hochpräzisen Passungen, verbesserter Ästhetik den Forderungen der Zahnärzte und Patienten gleichermaßen gerecht. Präzise Passungen sind eines der Kernprobleme, die zukünftig gelöst werden müssen. Einteilige Implantatsysteme, die diesen Problemen Rechnung tragen, erfahren eine gewisse Renaissance.

Eine deutliche Verbesserung wird die Diagnostik erfahren. Die immer stärker werdende Computerisierung hat auch Einzug in die Zahnmedizin genommen, sodass die präimplantologische Diagnostik über CT und Planungssoftware optimiert werden kann. Durch diese neuen Möglichkeiten wird die Implantologie aber deutlich kostenintensiver. Ob durch minimalinvasive Operationstechniken transgingival dieser erhöhte Kostenaufwand bei der chirurgischen Insertion eingespart werden kann, wage ich zu bezweifeln.

Diese geänderten diagnostischen Möglichkeiten ermöglichen eine bessere vorherige Positionierung, engen aber den chirurgischen Freiraum ein. Ob allerdings der „Kollege Computer“ die Implantate setzen wird, wage ich zum jetzigen Zeitpunkt zu bezweifeln. Der Trend zur CT-Aufnahme ist nicht aufzuhalten.

Diese enormen Kosten für den entwicklungstechnischen Fortschritt und für die Fort- und Weiterbildung bei Zahnärzten müssen umgesetzt werden. Ob dieses in der augenblicklich nicht sehr günstig dastehenden Volkswirtschaft der Bundesrepublik möglich ist, bleibt abzuwarten. Dennoch werden immer Patienten die Praxen aufsuchen, die sich solche hohen Aufwendungen leisten können. Unter sozialen Gesichtspunkten wird eine Implantologie nach oben skizzierten Vorstellungen nicht durchführbar sein. Daher wird sich die Implantologie in zwei Bereiche entwickeln. Ein Bereich für hohe Ästhetik, Perfektion und Qualität und der andere Bereich geht sehr nahe an das, was die gesetzlichen Krankenkassen mit „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ bezeichnen, wenngleich ich kurzfristig noch nicht die Einbindung der Implantologie in den gesetzlichen Krankenkassenvertrag sehe.

Wir Zahnärzte haben sehr viel Know-how, wissenschaftliche Kenntnis und wirtschaftliche Investitionen in die Implantologie eingebunden, um diese Leistung nicht allgemein zur Diskussion zu stellen. Je früher wir uns mit dieser auf uns zukommenden Forderung einstellen, desto besser werden unsere Argumente dagegen sein.

Bleibt letztlich noch eine Zukunftsvision. Knochenaufbaumaßnahmen werden durch osteogene Substanzen, Hormone, Benefit-Materialien durchgeführt, um verloren gegangenen Knochen zu substituieren. Ganz weit in die Zukunft ist sicher gedacht, dass irgendwann Zähne geklont werden, die als Ersatz für verloren gegangene Implantate eine neue Generation des Zahnersatzes einläuten.

Statement: Christian Berger, Kempten

Präsident des BDIZ EDI und Vizepräsident der Bayerischen Landeszahnärztekammer

Sofortbelastung, Sofortversorgung und minimalinvasive Implantologie sind keine exotischen Themen mehr, sondern in vielen Praxen bei entsprechender Indikation längst Alltag. Keramische Aufbauten sollen ästhetische Unzulänglichkeiten kaschieren, die Yellow Press animiert die Patienten gar zu keramischen Implantaten. Und was kommt nach der Behandlung? Zunehmend monieren Versicherungen, es handle sich um wissenschaftlich nicht gesicherte Therapien und deshalb bestehe für den Patienten kein Anspruch auf Erstattung.

Die Implantologie war immer an vorderster Front in der Weiterentwicklung der Zahnheilkunde.

Die Patienten waren keine Versuchskaninchen, sondern profitierten und profitieren vom Können der Zahnärzte, von Entwicklungen der Industrie und von der Innovationskraft dieser jungen Disziplin. Reine Kostengesichtspunkte sind es, die immer öfter Versicherungen nach dem Zielleistungsprinzip, nach der wissenschaftlichen Absicherung und nach der medizinischen Notwendigkeit fragen lassen.

Gleichzeitig werden die Praxen finanziell belastet durch die neue Hygiene-Richtlinie des Robert Koch-Instituts mit künftig strengeren Vorgaben für Geräte (Sterilisation und Desinfektion), Dokumentation (Validierung der Prozesse, Sterilgutverpackungen) und zahnärztliche Materialien. Erhöhter Arbeitsaufwand und verstärkte Investitionen treffen die Praxen hart, weil die jetzt beschlossene EU-Dienstleistungsrichtlinie bestehende Reglementierungen, Budgetierungen und Therapieausgrenzungen im deutschen Gesundheitswesen zementiert statt überwindet.

Der BDIZ EDI reagiert als europäischer Verband auf mehreren Ebenen: mit einer Europäischen Konsensuskonferenz zum Thema „Sofortversorgung = Sofortbelastung?“ werden die wissenschaftlichen Aussagen gebündelt und Standards festgelegt, an denen sich Zahnärzte bei der Therapie und Versicherungen bei der Erstattung orientieren werden. Mit Veranstaltungen zum Thema Hygiene-Richtlinie, auf denen Vertreter von Kammer, Robert Koch-Institut und Dentalindustrie die Zahnärzte und insbesondere die implantologisch tätigen Zahnärzte, deren Erfolge auf Hygiene und Sterilisation beruhen, frühzeitig und kritisch informieren. Und der BDIZ EDI hilft mit Aussagen und Rechtsberatung bei Abrechnungsfragen, auf die Verlass ist.

Statement: Dr. Werner Groll, Mannheim

Geschäftsführer der FRIADENT GmbH

In der Implantologie steckt für den Behandler ein riesiges Potenzial. Denn durch die immer weiter steigende Nachfrage der Patienten nach Schönheit, Gesundheit und damit auch nach Lebensqualität wird sie nach meiner Einschätzung auch in den nächsten Jahren eine sehr dynamisch wachsende und für die Behandler auch wirtschaftlich höchst attraktive Therapieform bleiben.

Dank vielfältiger Initiativen der wissenschaftlichen Verbände, aber auch der Industrie und einzelner Implantologen sind heute auch viel mehr Informationen über die herausragenden Möglichkeiten der modernen Implantologie öffentlich zugänglich.

Dies verstärkt natürlich das öffentliche Interesse an der Therapie und ermutigt interessierte Patienten, ihren Zahnarzt auch direkt nach Implantaten zu fragen. Und beim Behandler hat es den positiven Effekt, dass er sich intensiv mit der Implantologie beschäftigt, sie bespricht und einsetzt – sei es nun als nur prothetisch oder auch chirurgisch tätiger Implantologe.

Hinzu kommen die intensiven Fortbildungsbemühungen der Verbände, Universitäten und Industrieunternehmen. Sie alle dienen nur einem Ziel: Die Implantologie evidenzbasiert und State-of-the-Art zu vermitteln und angehenden Implantologen damit die Sicherheit geben zu können, ihre Patienten zu jedem Zeitpunkt bestmöglich zu behandeln.

Denn genau das ist die Implantologie schließlich: Die mit Abstand beste Möglichkeit, einen Patienten zum Beispiel nach Zahnverlust zu versorgen! Und die Entwicklung hin zu noch effizienteren und minimalinvasiven Verfahren wird die Akzeptanz bei Patienten und Behandlern weiter verstärken. Die Grundregeln der Implantologie werden dabei aber bestehen bleiben: So braucht man z. B. für die „flapless surgery“ auch ein tiefgehendes Verständnis von Diagnose, prothetischer und chirurgischer Planung, knochenadäquater Aufbereitung, Weichgewebemanagement und funktioneller und ästhetischer Zahntechnik.

Mit unseren Konzepten, die wir unter „Beauty und Speed®“ zusammengefasst haben, helfen wir unseren Kunden die neuen Herausforderungen zu bewältigen. Und noch mehr: Mit unserem Kundenerfolgsprogramm STEPPS® ermöglichen wir ihnen sogar, sich im zunehmenden Wettbewerb erfolgreich zu behaupten.

Der sanfte Weg in der Implantologie

Betrachtet man die vergangenen vier Jahrzehnte in der Entwicklung der Implantologie, so ist festzustellen, dass aus einer eher belächelten, teilweise sogar massiv abgelehnten Außenseitermethode eine praktisch wie auch wissenschaftlich hoch entwickelte Fachdisziplin geworden ist. Ihr Stellenwert kann in der modernen Zahnheilkunde nicht hoch genug eingestuft werden. Tendenz und Zuwachsraten – massiv steigend!

Dr. Rolf Briant

Die implantologische Industrie bewegt sich seit Jahren auf einem derartig hohen Niveau in Bezug auf z. B. Fertigungstoleranzen, Oberflächenstrukturen, Implantatdesign und Abutmentstrukturen, dass einschneidende Verbesserungen hier schlechterdings derzeit wenig wahrscheinlich sind. Das Gleiche gilt

Schonendes OP-Management *Abb. 1*

- *Ultraschallchirurgie*
- *Laserchirurgie*
- *Balloon-Lift-Technik*
- *Ozontherapie*
- *Knochenregeneration durch synthetische Materialien*
- *dreidimensionale OP-Planung und OP-Simulation*
- *Flapless-Technik*
- *Einmalfräsen*
- *Antriebe (Planetengetriebe) mit entsprechendem drehzahlsenkenden und drehmomentsteigernden Wirkungsgrad*
- *optimierte Okklusionskonzepte nach Schienentherapie (modifi. Michigan)*
- *sofortige Eingliederung eines festsitzenden Provisoriums*
- *Soft teething – der sanfte Weg zu den festen Dritten*

Abb. 2: Klinische Situation prä op. – Abb. 3: Markierung der Implantatpositionen auf dem Modell, nach OPG- und gegebenenfalls CT-Auswertung. – Abb. 4: Implantatpositionen mit Laboranalogen auf dem Modell.

Abb. 5: Prä op angefertigtes festsitzendes Provisorium, vorbereitet zur Eingliederung unmittelbar im Anschluss an die OP. – Abb. 6: Frässchablone zur Kontrolle der Eintrittswinkel für die Implantatlagerfräsung, gleichzeitig Kontrollschablone für die Achsenparallelität der Implantatpfosten. – Abb. 7: Schablone klinisch in Position.

Abb. 8: Flapless-OP mit Trepantechnik zur Exzision der Mukoperiostzylinder im Eintrittsbereich der Implantatlager. – Abb. 9: Fräsung der Implantatlager in Flapless-Technik. – Abb. 10: Festsitzender provisorischer Zahnersatz, eingegliedert unmittelbar im Anschluss an die operative Maßnahme.

Abb. 11: Klinische Situation zwei Tage post op. – Abb. 12: Teleskoplager für definitiven Zahnersatz, vier Tage post op. – Abb. 13: Konstruktionsprinzip des definitiven Zahnersatzes.

Abb. 14: Definitiver Zahnersatz, eingesetzt 1,5 Wochen post op.

Operatives Stressmanagement

- *Kompensation oxydativen Stresses in der prä/postoperativen Phase*
- *HRV-Messung (Heart-Rate-Variability)*
- *Stressindex/Entspannungsindex*
- *Atemlufttherapie/Streamtherapie Cave: hyperbare Sauerstofftherapie, Sauerstoffschwelle*
- *Zellenergieverbesserung/Sauerstoffutilisation*
- *Atmungskette ADP-Phosphorilierung –> ATP*
- *orthomolekulare homöopathische Unterstützung mitochondrialer Stoffwechselaktivitäten*
- *Antioxidantien*

Abb. 15

für knochenregenerative Stoffe und Manipulationsmethoden im Bereich der rot-weißen Ästhetik. Der Autor, der diese Entwicklung seit nunmehr 34 Jahren aktiv begleitet, hat den Eindruck gewonnen, dass neben diesen zweifelsfrei äußerst wichtigen physisch-mechanischen Komponenten der Implantologie die physiologischen Gegebenheiten der Empfänger, unsere Patienten also, nicht ausreichend beachtet worden sind. Um Implantate langfristig erfolgreich in Funktion zu halten, sind neben der Optimierung der physischen Eigenschaften von Implantatmaterialien auch die mentalen und regenerativen Komponenten ihrer Träger mit großer Sorgfalt zu beachten. Das Verständnis für diesen Gleichklang, für diese Ausgewogenheit, führt ganz selbstverständlich zur *Sanften* Implantologie®, zu einem Begriff also, der physisch-mechanische, mentale und regenerative Komponenten im operativen Geschehen sinnvoll und ausgewogen vereint, mit dem Ziel, die Folgen operativer Maßnahmen aller Art in ihren Auswirkungen zu minimieren, die Heilungszeiten entscheidend zu verkürzen, operativen Stress nicht entstehen zu lassen, das allgemeine Wohlbefinden nach operativen Eingriffen deutlich spürbar zu verbessern und die Patienten am Ende ihrer OP sofort mit festsitzendem provisorischen Zahnersatz zu versorgen.

Physisch-mechanische Komponenten

Hierunter sind alle diejenigen Verfahren zusammenzufassen, die die physischen Folgen einer chirurgischen Manipulation minimieren, insbesondere Schmerzen, Schwellungen und Störungen des allgemeinen Wohlbefindens nach dem Eingriff (Abb. 1).

Mentale/Regenerative Komponenten

Hierunter sind alle diejenigen Verfahren zusammenzufassen, die die innere Heilung, also die Wiederherstellung der körperlichen Unversehrtheit, unterstützen und beschleunigen (Abb. 15).

info:

Weiterführende Information unter www.dr-briant.de bzw. www.sanfte-implantologie.de

Literatur beim Verfasser.

kontakt:

Dr. Rolf Briant
Kaiser-Wilhelm-Ring 50
50672 Köln
Tel.: 02 21/12 30 12
Fax: 02 21/13 59 42
E-Mail: info@dr-briant.de

Es sprengt leider den Rahmen dieser Ausarbeitung, auf alle Punkte im Einzelnen einzugehen. Das alleinige Ziel dieser Maßnahmen ist jedoch letztlich die Sauerstoffverwertung der regenerierenden Körperzellen, die Energieproduktion und die intra/extrazelluläre antioxydative Kapazität physiologisch wiederherzustellen, welche durch den Abbau der operativen Stresshormone unter Bildung übermäßig hoher Titer freier Radikale empfindlich gestört wurde. Als Folge ergibt sich eine Übersäuerung im Bindegewebe und eine Blockade der Mitochondrien, woraus resultiert, dass ADP in den Mitochondrien nicht zu ATP phosphorilisiert werden kann. Der energetische Zustand der Körperzellen ist konsequenterweise mangelhaft, die Regeneration unterbleibt bzw. verläuft langsam und schleppend, Infektionsgefahr und Komplikationen drohen. Ziel einer unterstützenden Therapie muss daher sein, im Übermaß gebildete freie Radikale abzufangen und auf diese Weise den Energiestoffwechsel wieder zu normalisieren. Dies geschieht einerseits durch die Zufuhr energetisierter Atemluft nach dem Airnergy Therapiegerät, andererseits durch die Gabe orthomolekularer Substanzen zur Unterstützung mitochondrialer Stoffwechselaktivitäten.

Für die präoperative Vorbereitungsphase ebenso wie für die postoperative Regenerationsphase hat sich hierfür eine individuelle Nährstoffrezeptur als besonders geeignet und effizient erwiesen. Sie besteht im Wesentlichen aus Coenzym Q10, Carnosin, Vitamin E, Vitamin C, Carnitin, Lezithin, Taurin, Lycopin, OPC, Zink und Magnesium, Basentabs (Neutralisation der Übersäuerung), der Gabe von Omega-3 ungesättigten Fettsäuren (Senkung des Cholesterinspiegels und über Prostaglandine gefäßerweiternde und blutdrucksenkende Wirkung), einer Darmsanierung mit Pre- und Probiotika und einem Trinkgel bzw. Schleimhautgel der Aloe Vera-Pflanze (essenzielle Aminosäuren, Enzyme, Kohlenhydrate, Mineralstoffe, Spurenelemente, verschiedene Vitamine des B-Komplexes, Vitamin C, Vitamin E, Provitamin A, sekundäre Pflanzenstoffe). Diese auf den ersten Blick sehr kompliziert erscheinende Medikation ist in der praktischen Anwendung einfach zu applizieren. Sie steht in entsprechend spezialisierten Apotheken jeweils als Fertigmodul zur Verfügung. Tatsächlich handelt es sich hierbei um drei Präparate.

Resümee

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bei Beachtung der beschriebenen Protokolle für die Patienten höchst signifikante Erleichterungen erzielt, Heilungszeiten extrem verkürzt und Langzeiterfolge implantologischer Maßnahmen mit hoher Sicherheit erzielt werden können. II

ANZEIGE

Einfach in der Anwendung und Integration

SOPRO 595

Intraorale Kamera mit ‹‹Sensitive Touch›› (Speicherung durch leichte Berührung direkt am Handstück!)

SOPRO 595 USB2
- Automatische Tiefenschärfe
- Software VDDS kompatibel
- Über USB direkt an den Computer/Laptop anschließbar, mehrplatzfähig
- Mit Freezefunktion

2.560,- €

statt ~~3.307,-~~ €

inkl. Bildbearbeitungssoftware

SOPRO 595 DM Video
- LED-Kamera mit 4-fach Bildspeicherung (4-fach Freezefunktion)
- Automatische Tiefenschärfe
- Mehrplatzfähig und einfache Integration in Ihr PC-System (Framegrabberkarte)
- Problemlos integrierbar in alle gängigen Abrechnungssoftware
- Optional: Adapter für Ihre Lampenstange

2.980,- €

statt ~~4.495,-~~ €

inkl. neuer Dock + 17“ Neovo Monitor

SOPRO ACTEON group

Hotline: 0800 / 728 35 32
Fragen Sie Ihr Depot!

ACTEON Germany GmbH • Industriestraße 9 • D-40822 METTMANN
Tel.: +49 (0) 21 04 / 95 65 10 • Fax: +49 (0) 21 04 / 95 65 11
info@de.acteongroup.com • www.de.acteongroup.com

ZWP

Steigender Bedarf nach Sofortimplantaten

Patienten äußern in der Praxis immer häufiger den Wunsch nach unmittelbarer Versorgung: Zahnentfernung – Implantatinsertion – festsitzende Versorgung am selben Tag. Dieser Wunsch steht im Gegensatz zur von Brånemark et al.[1] vertretenen Auffassung, dass die Osseointegration von Implantaten im Wesentlichen durch zwei Maßnahmen zu sichern sei.

Dr. med. Dr. med. dent. Rainer Fangmann MSc, ZA Michael Stoppa, ZTM Klaus Herrmann

Erstens sollte das Implantat primär gedeckt bleiben; zweitens sollte es erst nach einer Einheilphase von vier bis sechs Monaten belastet werden. Tatsächlich führte dieses bekannte Vorgehen in der Vergangenheit in der Folge auch zu höheren Erfolgsraten.[2] Aus Sicht der Patienten hat es allerdings viele Nachteile. Denn es bedeutet für viele Implantatpatienten, die sich ausschließlich eine festsitzende Versorgung vorstellen können, dass zunächst eine Phase von vier bis sechs Monaten mit einer herausnehmbaren Interimsprothese zu überbrücken ist. Diese Zeiträume sind aus funktionellen wie auch psychischen und insbesondere beruflichen Gründen für viele Patienten schwer zu ertragen. Nachdem einige Kliniker bereits in den 1970er-Jahren Konzepte zur Sofortbelastung von Implantaten[3,4] entwickelten, wurden mehrere interessante experimentelle und klinische Studien, aber insbesondere Fallberichte zum Konzept der Sofortbelastung publiziert. Nach unserer Erfahrung entscheiden die von Davarpanah und Martínez[5] zusammengestellten Kriterien über den Erfolg der Sofortbelastung nach Implantation, die sowohl mit einer Spätimplantation, einer verzögerten Sofortimplantation als auch einer Sofortimplantation kombiniert sein kann. So empfehlen Davarpanah und Martínez

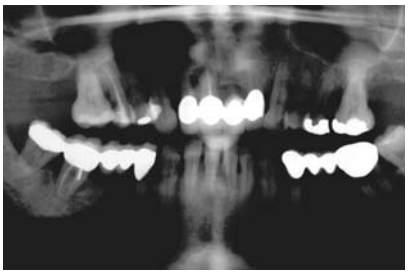


Abb. 1: Präoperatives OPG. – Abb. 2: Postoperatives OPG. – Abb. 3: Intraorale Situation mit Eierschalenprovisorium auf vier SynCone® Aufbauten – Interimsersatz.

Abb. 4: OPG sechs Monate nach Implantatinsertion. – Abb. 5: Intraorale Situation am Patienten nach Implantatfreilegung. – Abb. 6: Situationsmodell nach Implantatfreilegung mit polygonaler Positionierung der SynCone® Aufbauten.

Abb. 7: Zahntechnische Arbeit im Überblick. – Abb. 8: Implantataufbauten mit Einbringschlüssel in situ. – Abb. 9: Implantataufbauten in situ definitiv verschraubt.

Abb. 10: Definitive Restauration in situ direkt nach Einsetzung. – Abb. 11: Okklusalansicht. – Abb. 12: Lippenfall der lächelnden Patientin.

beispielsweise Schraubenimplantate mit einer Länge von > 10 mm, um eine angemessene mechanische Retention zu erzielen. Gleichzeitig sollten die sofortbelasteten Implantate möglichst so entlang des Kieferbogens angeordnet sein, dass ihr Bewegungsspielraum eingeschränkt wird.

Unsere Praxis versorgt zahnlose Kiefer anhand der Vorgaben von Davarpanah und Martínez[5] mit mindestens zehn Implantaten, wobei vier oder mehr sofort mit der provisorischen Prothese versorgt werden. Je mehr Implantate die provisorische Prothese tragen, umso besser verteilen sich die Okklusionskräfte. Davarpanah und Martínez empfehlen weiterhin, dass der provisorische Ersatz in sich starr sein sollte (Metallverstärkung) und distale Extensionen nicht über die Breite eines Zahns ausgedehnt werden sollten. Der Interimsersatz darf provisorisch zementiert sein, wenn gewährleistet ist, dass dieser in den ersten Monaten der Einheilphase zementiert bleibt, da das Abziehen die Osseointegration und damit die Implantate gefährden würde.[6] Eine Sofortversorgung und/oder Sofortbelastung im Oberkiefer zeigt auch heute noch ein größeres Risiko als vergleichbare Versorgungen im Unterkiefer. Maló[7] fand in der Literatur eine Misserfolgsquote von 5–20 %. Die stark variierenden Ergebnisse der diversen Studien führt Maló auf die unterschiedlichen Indikationsstellungen zurück. Es existieren Daten für die unterschiedlichsten Konzepte, beginnend beim zahnlosen Kiefer bis hin zur Einzelzahnversorgung. Im zahnlosen Kiefer beschreiben Aires und Berger[8] sowie Nikellis et al.[9] mit mehr als 90 % für Ober- und Unterkiefer deutlich bessere Erfolgsraten.

Abb. 13: OPG zehn Monate nach Implantatinsertion.

Fallbeschreibung

Eine 56-jährige Patientin zeigte im Oberkiefer ein parodontal vorgeschädigtes Gebiss vom 1. Molaren im ersten Quadranten bis zum 1. Molaren der Gegenseite. Im Frontzahngebiet bestand eine Brücke von 12 über 11 nach 22 mit zum Teil wurzelkanalbehandelten und wurzelresezierten Zähnen. Die Eckzähne, Prämolaren und Molaren wiesen einen ansteigenden Lockerungsgrad auf. Auf Grund der parodontalen Vorbehandlung war die Gingiva mittlerweile reizlos. Präoperativ wurde eine Bohrschablone mit Bohrhilfen in Regio 16 nach 26 angefertigt. Zudem wurde ein Eierschalenprovisorium von 16 nach 26 angefertigt. Bei diesem wurde in Position des 1. Molaren jeweils ein prämolarisiertes Zwischenglied ausgearbeitet. Unter Allgemeinanästhesie, die auf Wunsch der Patientin durchgeführt wurde, entfernte man zunächst alle Oberkieferzähne. Im Anschluss an die Kürettage der Alveolen und der Standardpräparation der endgültigen Implantatstollen mit Fräsen in aufsteigender Reihenfolge wurden zehn ANKYLOS®-Implantate in Regio 15 bis 25 gesetzt. Die Implantate wurden ca. 1 mm subkrestal gesetzt. Die im

kontakt:

Dr. med. Dr. med. dent. Rainer Fangmann MSc
Facharzt für Mund-, Kiefer- u. Gesichtschirurgie,
Master of Science Implantologie
Gesundheitszentrum St. Willehad
Luisenstr. 28
26382 Wilhelmshaven
E-Mail: drfangmann@gmx.de

Michael Stoppa
Zahnarzt
Ärzte am Brommygrün
Mühlenweg 144
26384 Wilhelmshaven
E-Mail:
zahnarztpraxis.stoppa@t-online.de

Klaus Herrmann
Zahntechnikermeister
Flemming-Dental GmbH
Mühlenstr. 50b
26441 Jever
E-Mail:
Klaus-Herrmann@Flemming-dental.com

info:

Literatur auf Anfrage beim Verfasser.

Rahmen der Implantation gewonnenen Knochenspäne nutzte man zur Augmentation in der gesamten Regio 16 bis 26. Die Extraktionsalveolen bestimmten die Implantatdurchmesser, es kamen Durchmesser von 3,5 bis 4,5 mm – ANKYLOS® A und B – zur Anwendung. Bedingung für die Sofortversorgung beziehungsweise Sofortbelastung sind eine ausreichende Primärstabilität bei adäquater Knochenqualität sowie eine provisorische oder definitive Versorgung mit möglichst polygonaler Verblockung.[10] Folglich wurden die Implantate in Regio 14, 11, 21 und 24 mit SynCone® Aufbauten versorgt. Diese nahmen das vorgefertigte Eierschalenprovisorium auf, das mit Trim® (Fa. Bosworth Skokie/IL, USA) eine entsprechende Unterfütterung erfuhr und dann mit provisorischem Zement eingesetzt wurde. Dieses Provisorium verblieb für sieben Monate in situ. Danach erfolgte die Freilegung der nach klassischem Konzept osseointegrierten Implantate. Die Patientin wurde von Regio 13 bis 23 mit zementierten Vollkeramik-Einzelzahnkronen auf Zirkonoxidaufbauten versorgt. In der Prämolaren-Molarenregion wurde jeweils eine verschraubte Freiendbrücke inkorporiert.

Fazit

Im zahnlosen Oberkiefer wird das Konzept der Sofortversorgung und/oder Sofortbelastung erst seit kurzer Zeit angewendet, sodass noch keine ausreichenden Langzeitstudien vorliegen. Die Ergebnisse sind aber überaus ermutigend. Wiederum besteht das Ziel darin, dem Patienten die Wartezeit bis zum Einheilen der Implantate zu ersparen. Diese Form der Behandlung kommt in unserer Praxis nur zur Anwendung, wenn die oben angegebenen Kriterien umsetzbar sind. Denn diese Therapiekonzepte erfordern eine besonders sorgfältige Vorgehensweise, ausgehend von der Indikationsstellung über die Röntgendiagnostik und die Behandlungsplanung bis hin zur chirurgisch-prothetischen Arbeit. Der „Trialog“ der Spezialisten – das Zusammenspiel zwischen Implantologe, Prothetiker und Service-Zahntechniker – steht hier im Vordergrund. Außerdem wird ein Implantatsystem benötigt, das, wie das ANKYLOS® System mit dem SynCone® Aufbau, eine einfache Anwendung in der Praxis ermöglicht. ||

Besonderer Dank an ZT Olaf Steinhöfel und ZT Jörg Bohlken.

ANZEIGE

Partner-Apotheke für die „*Sanfte* Implantologie®“

Besuchen Sie den Workshop „*Sanfte* Implantologie®“:

Für Wiederverkäufer, Vital-Center, Institute und Shops

3. Jahrestagung der DGKZ: Samstag, 11.03.2006, 13.30–15.00 Uhr

Frühjahrssymposium des DZOI: Samstag, 25.03.2006, 16.00–17.30 Uhr

„Wissenschaft trifft Praxis“: Freitag, 28.04.2006, 14.00–15.45 Uhr

7. Expertensymposium/Frühjahrstagung der DGZI: Samstag, 13.05.2006, 14.00–15.30 Uhr

3. Leipziger Forum für Innovative Zahnmedizin: Freitag, 08.09.2006, 10.00–12.30 Uhr

23. Jahrestagung des BDO: Freitag, 17.11.2006, 10.00–12.30 Uhr

Reinstoff-Verarbeitung von Nahrungsergänzungen – Orthomolekulare Beratung – Konzepte

Waltherstraße 32a • 80337 München • Tel.: 0 89/54 34 32-11 • Fax: 0 89/54 34 32-77 • E-Mail: apotheke@kloesterl.de

15 Jahre klinische Erfahrung mit einem Implantat

Betrachtet man die Entwicklung der zahnärztlichen Implantologie der letzten 15 Jahre, fällt auf, dass es nur drei Implantatsysteme gibt, die auf dem Dentalmarkt nahezu unverändert geblieben sind. Eines davon ist das TIOLOX Implantatsystem, das nach seiner Markteinführung im Jahre 1990 in seinem Design nicht verändert wurde. Es erfuhr lediglich eine Optimierung der Oberflächenmorphologie.

Dr. Werner Hotz

Die Oberflächenmorphologie des TIOLOX Implantats, die sog. Ceramic-Blasted-Surface, entsteht durch Bestrahlung mit hochreinem Aluminiumoxidkeramik-Granulat ($A_{l2}O_3$) der mittleren Korngröße von 32 µm. Dadurch hervorgerufene Verunreinigungen der Oberfläche können auf Grund des per se biokompatiblen Werkstoffs $A_{l2}O_3$ ausgeschlossen werden.
Die durch diese Modifikation entstandene Oberflächenrauigkeit mit einer mittleren Rautiefe von 10,4 µm gewährleistet die direkte Anlagerung osteogener Zellen an diese fibrinretentive Oberfläche im Sinne einer Kontaktosteogenese. Bereits innerhalb von 14 Tagen konnte eine initiale Knochenanlagerung nachgewiesen werden.

Die Entwicklung des Implantats

Finite-Elemente-Berechnungen, die zum Ziel hatten, Spannungsspitzen bei Krafteinwirkung aus jeder Richtung maximal zu verringern und damit in der Praxis einhergehende Knochennekrosen zu minimieren, diktierten das Design des wurzelanalogen, konischen TIOLOX Implantats.
Auch die Mitte der neunziger Jahre umstrittene Beschichtung des zylindrischen Implantatkragens mit einer nur 50 µm dünnen Schicht aus resorbierbarem Hydroxylapatit (HA) hat sich in der Praxis gut bewährt. Von Gegnern einer derartigen Beschichtung wurden vertikale Knocheneinbrüche und massive Periimplantiden vorhergesagt, die jedoch in der Praxis nicht häufiger zu beobachten waren als bei anderen, nicht mit HA beschichteten Im-

Abb. 1: Situs nach Entfernung eines individuellen Gingivaformers, Mai 1990.

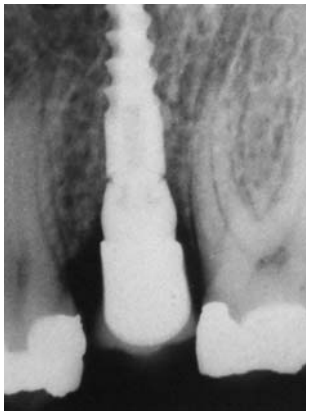


Abb. 2: Zahnfilm September 1990 (links). – Abb. 3: Zahnfilm Oktober 2005 nach Anfertigung einer neuen Krone alio loco (rechts).

plantaten. Vielmehr hat sich gezeigt, dass diese HA-Schicht zu einer sofortigen Knochenapposition führt und nach seiner Resorption, die im Mittel zwölf Monate beträgt, eine spaltfreie knöcherne Anlagerung an der Implantatoberfläche vorliegt (Donath 1995). Auch die Tatsache, dass das TIOLOX System in den ersten zehn Jahren nur in einem Durchmesser (3,5 mm) erhältlich war, hat sich im statistischen Vergleich nicht nachteilig ausgewirkt.

Im Vergleichszeitraum von zehn Jahren mit marktbegleitenden Implantatsystemen, die mit einer unterschiedlichen Auswahl an Durchmessern verfügbar sind, erzielte das TIOLOX System mit einer durchschnittlichen Überlebensrate von 91,8 % ein sehr gutes Ergebnis. Bewährt hat sich auch die Aufbereitung des Implantatlagers mittels Handinstrumenten, da die Qualität des knöchernen Lagers optimal überprüft werden kann und das Sammeln autologer Knochenspäne durch die nicht benötigte Kühlung mit steriler NaCl-Spülung sehr einfach und effektiv möglich ist. Ferner ist bei ungünstigem Knochenangebot und schwierigen OP-Situationen die Handaufbereitung auf Grund der grazileren Instrumente der maschinellen Aufbereitung überlegen.

Der Sicherheits-Außensechskant bietet ebenfalls viele Vorteile in der täglichen Praxis. Bei tiefer subgingivaler Lage lassen sich Abdruckpfosten und prothetische Aufbauteile leicht und „spürbar“ aufsetzen, was mitunter bei aktuellen Systemen mit innen liegenden Verbindungen zu erheblichen Schwierigkeiten führen kann. Die Prothetikteile sind einfach und werden bei jeder Indikation auch höchsten ästhetischen Ansprüchen gerecht.

Als Beispiel für die 15-jährige klinische Funktionstüchtigkeit wird im Folgenden eine Einzelzahnversorgung Regio 15 sowie ein zahnloser Unterkiefer vorgestellt. II

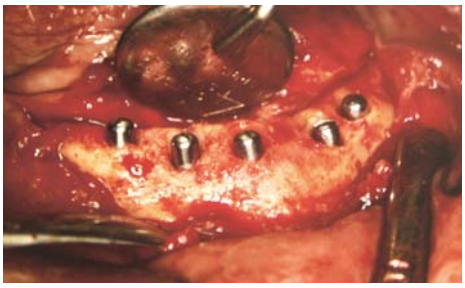


Abb. 4: Situs intra operationem – Insertion 5 TIOLOX.

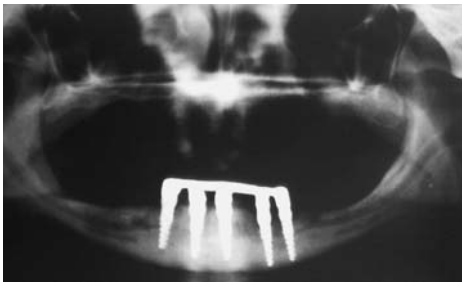


Abb. 5: OPG Oktober 1990 mit Steg.

Abb. 6: Situs zum OPG vom Oktober 1990.

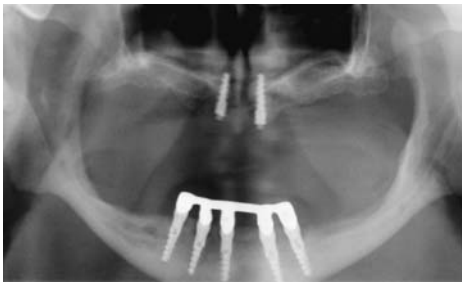


Abb. 7: OPG Juli 2005 mit Versorgung von 1990.

Abb. 8: Situs zum OPG vom August 2005.

ANZEIGE
BEEINDRUCKEND – AUCH IM PREIS
HI-TEC IMPLANTS
Nicht besser, aber auch nicht schlechter
Das HI-TEC Implantatsystem bietet allen Behandlern die wirklich kostengünstige Alternative und Ergänzung zu bereits vorhandenen Systemen. Zum Multi-System gehören: Interne Sechskantimplantate, externe Sechskantimplantate und interne Achtkantimplantate.
Internal Hex/Innensechskant double-thread
Internal Octagon/Innenachtkant
Self Thread™
Tite Fit™
Oberfläche gestrahlt und geätzt
Internal Octagon
Beispielrechnung*
*Einzelzahnversorgung
Komponentenpreis
Implantat (Hex) 85,–EUR
Abheilpfosten 14,–EUR
Abdruckpfosten 36,–EUR
Modellimplantat 11,–EUR
Titanpfosten 36,–EUR
Gesamtpreis 182,–EUR
zzgl. MwSt.
HI-TEC IMPLANTS
Vertrieb Deutschland
Michel Aulich
Germaniastraße 15b
80802 München
Tel. 089/33 66 23
Fax 089/38 89 86 43
Mobil 0171/5 08 09 99
michel-aulich@t-online.de
HI-TEC IMPLANTS

Vom Abfahrtski zum Implantat

Im Winterurlaub überschätzen viele ihre Fähigkeiten, sodass es zu zahlreichen Unfällen kommt. Spitzenreiter sind Bein- und Armbrüche, dicht gefolgt von Zahnbehandlungen, deren Tücken im Detail liegen.

Dr. Jens Havlicek

der autor:

Dr. Jens Havlicek
Stormarnstr. 15
22926 Ahrensburg
Tel.: 0 41 02/5 38 58
E-Mail:
info@zahnarzt-ahrensburg.de

tipp:

Nähere Informationen erhalten Sie mithilfe unseres Faxcoupons auf S. 89.

Guten Tag Herr Dr. Havlicek, ich hatte einen Ski-Unfall. Und nun ist mein Eckzahn oben links leider angebrochen. Wie bereits vorab am Telefon besprochen, habe ich im Urlaub nur eine notdürftige Fixierung machen lassen. Doch irgendetwas stimmt damit nicht. Ich habe seit ein paar Tagen Schmerzen und starkes Zahnfleischbluten … Verehrte Kollegen, Sie ahnen es bereits – mein Patient, männlich, 42 Jahre, benötigte zunächst eine Vorbehandlung, bevor eine Implantation nebst Kronenversorgung erfolgen konnte. Was war passiert? Er kam jahrelang regelmäßig zur Kontrolle und war ein erfreulich unkomplizierter Fall: Keine Karies und keine Parodontitis waren das Ergebnis einer vorbildlichen Mundhygiene und regelmäßiger professioneller Zahnreinigungen. Doch im Skiurlaub hatte er sich Zahn 23 bei einem Unfall auf der Piste angebrochen. Er entschied sich beim Zahnarzt vor Ort den Zahn zunächst nur adhäsiv fixieren zu lassen, um die umfangreichere Gesamtbehandlung in Ruhe nach dem Urlaub machen zu lassen. Leider vernachlässigte er während des Urlaubs seine Mundhygiene und zusätzlich kamen Alkohol und Zigaretten ins Spiel. Darüber hinaus belasteten die Kaubewegungen den Bruchspalt, wodurch es schließlich zu einer Zahnfleischentzündung kam. Die Plaqueausdehnung verursachte Zahnfleischbluten und eine Taschenbildung von 6 mm.

Antiseptikum heilt Gingivitis

Es galt nun also zuerst die Fixierung adhäsiv zu erneuern und sodann die entzündlichen Symptome zur Abheilung zu bringen, bevor mit der Implantation begonnen werden konnte. Ich empfehle in der Regel nach der supra- und subgingivalen Reinigung die entzündeten Parodontaltaschen mit einem Antiseptikum zu desinfizieren. Hier hat sich bei meinen Patienten immer wieder die Behandlung mit PerioChip bewährt, da dadurch langfristig die Taschentiefe reduziert und der Knochenschwund gestoppt werden kann. In den ersten 24 Stunden werden 40 % des im Chip enthaltenen Chlorhexidins in die entzündete Zahnfleischtasche abgegeben. Während eines Zeitraums von sieben Tagen folgt eine langsame und kontinuierliche Abgabe des restlichen Medikaments, wodurch nach und nach die entzündungsverursachenden Keime zerstört werden. Die Membran löst sich nach 7–10 Tagen vollständig auf und die restlichen Chlorhexidin-Moleküle werden gelöst. So kann sich das geschädigte Gewebe erholen und so kommt es schließlich zu einer Reduzierung der Taschentiefe. Mein Patient war erfreut über die für ihn sehr komfortable Lösung. Nachdem ich den Chip appliziert hatte, war der Spuk für ihn schon kurz darauf vorbei: Keine Schmerzen, keine Geschmacksveränderung, keine Zahnverfärbung und keine Änderungen der Mundhygiene- und Essgewohnheiten, sodass er nur darauf warten durfte, bis die Entzündung abgeklungen war. 14 Tage später konnte ich mit der eigentlichen Behandlung beginnen: Ich extrahierte den Eckzahn und die Wurzelspitze schonend. Der Alveolarknochen labial blieb erhalten. Auf Grund dessen war kein Knochenaufbau und keine Membrantechnik nötig. Schon konnte ich das Implantat inserieren und dank der hohen Primärstabilität die Behandlung mit einer provisorischen Krone außer Kontakt geschliffen vorübergehend abschließen. Fünf Monate später gliederte ich meinem Skifahrer eine keramische Verblendkrone ein. Den Preis dafür nahm er mit Humor. Er rechnete den Preis auf die Urlaubskosten und stellte fest, er habe in einer Nobelherberge übernachtet. II

Implantologische Gesellschaften

Die Qual der Wahl

Die Mitgliedschaft in einer implantologischen Fachgesellschaft ist inzwischen für den implantologisch tätigen bzw. interessierten Zahnarzt nicht nur unter Fortbildungsgesichtspunkten von Bedeutung. Inzwischen bieten einzelne Fachgesellschaften neben ihren traditionellen, eher ideellen Leistungen, nun auch wirkliche Benefits für ihre Mitglieder.

Redaktion

Ihre Rolle als Trendsetter in der Zahnmedizin wird die Implantologie auch in Bezug auf ihre Fachgesellschaften gerecht. Auf keinem anderen Spezialgebiet haben sich mehr Fachgesellschaften etabliert als in der Implantologie.

Allein in Deutschland gibt es inzwischen über zehn implantologische Vereinigungen mit mehr als 100 Mitgliedern, die um die Gunst der rund 8.000 implantologisch tätigen bzw. interessierten Zahnärzte buhlen. Ähnlich wie bei den Implantatsystemen haben die einzelnen Fachgesellschaften viele Gemeinsamkeiten, aber im Detail doch eine Reihe von Besonderheiten. Das reicht von regionalen Zusammenschlüssen in Ost, West, Nord oder Süd, über berufspolitische Hintergründe, die universitäre Orientierung oder die Fokussierung auf den niedergelassenen implantologisch tätigen Zahnarzt bis hin zur zum Teil auch eher pseudo-internationalen Ausrichtung der Fachgesellschaft. Angesichts allgemein steigender Mitgliederzahlen scheinen die Bemühen von Erfolg gekrönt zu sein. Wirklich neue Mitglieder gewinnen dabei wahrscheinlich nur die großen, seit Jahrzehnten bestehenden Fachgesellschaften, während Neugründungen lediglich von Zweit-, Dritt- oder sogar nur Viertmitgliedschaften leben und somit dem Markt weder in Bezug auf die Mitgliederbasis noch im Hinblick auf die Inhalte wirklich Neues bieten können. Neuansätze, wie etwa eine Vereinigung der postgraduierten Implantologen, konnten sich schon allein mangels Masse nicht wirklich etablieren. Die erste Wahl sind somit nach wie vor die größeren, langjährig bestehenden wissenschaftlichen Fachgesellschaften wie DGI, DGZI und auch DZOI sowie die berufspolitischen Vereinigungen BDIZ EDI, DGMKG und BDO. Während sich die erstgenannten Gesellschaften vorrangig auf die fachliche Komponente der Implantologie konzentrieren, sehen letztere zusätzlich auch in der berufspolitischen Vertretung von implantologisch tätigen Zahnärzten, Oral- bzw. MKG-Chirurgen eine wesentliche Aufgabe ihrer Tätigkeit.

Als Mitglied einer oder mehrerer implantologischer Verbände hat man die Gelegenheit, vergünstigt an einem in der Regel breiten Angebot an Tagungen, Kongressen, Curricula und postgraduierten Studiengängen zu partizipieren sowie aktiv fachliche und berufspolitische Entwicklungen zu beeinflussen. Immer entscheidender wird künftig jedoch die Frage, welchen direkten Nutzen man als Mitglied einer Fachgesellschaft hat und hier gehören entsprechende Homepages der Fachgesellschaften mit den „Spezialistenverzeichnissen“ und Verlinkungen zu den Homepages der Zahnärzte bis hin zu einem speziellen Internetportal für Patienten, eine anspruchsvolle Mitgliederzeitschrift, Patientenzeitschriften, Patientennewsletter und natürlich Öffentlichkeitsarbeit oder auch Beratungszahnärzte eigentlich zum Grundstandard, der erwartet werden darf. Für regional agierende implantologische Vereinigungen ist die Messlatte nicht ganz so hoch zu legen, besteht doch ihr Ziel in der Regel darin, die Kollegenschaft vor Ort kostengünstig und sehr effizient zu informieren. Die nachfolgende Übersicht informiert über die sechs wichtigsten überregionalen Fachgesellschaften und Berufsverbände, ihre Ziele und ihr umfangreiches Leistungsangebot. II

DGI – DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR IMPLANTOLOGIE IM ZAHN-, MUND- UND KIEFERBEREICH E.V.

Anschrift: Rischkamp 37 F, 30659 Hannover
Vorsitzender/Präsident: Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake
Telefon/Fax: 05 11/53 78 25, 05 11/53 78 28
E-Mail/Internet: daniela.winke@dgi-ev.de, www.dgi-ev.de
Gründungsjahr: 1994
Mitgliederzahl: 5.080

Welche Leistungen bieten Sie Ihren Mitgliedern?

- ● Tagungen/Kongresse
- ● Seminare/Fortbildungen
- ● Curriculum
- ● Postgraduierte Ausbildung
- ● Masterstudiengang
- ● Öffentlichkeitsarbeit
- ● Homepage der Fachgesellschaft/Berufsverband
- ● Homepageverlinkung zu Spezialisten der FG/BV
- ❍ eigene Homepage für jedes Mitglied
- ● Int. Kooperationen mit anderen FG
- ● Mitglieder-Newsletter
- ● Mitgliederzeitschrift
- ● Patienten-Newsletter
- ❍ Patientenzeitschrift
- ❍ Patientenportal (online)
- ● Sonstiges: Continuum Implantologie, Unterstützung beim Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie, Renommierte Referenten, Praktikerforum, Kollegialer Austausch, Landesverbände, Wissenschaftliche Statements zur Implantologie, Hospitationen und Supervisionen, Sonderkonditionen bei Veranstaltungen, Summer School für Praktiker und junge Hochschulmitarbeiter, Mitgliederliste im Internet und Patienteninformationen (Broschüren/Faltblätter/Internet-Downloads) sowie Membercard für jedes Mitglied.

Zielstellung der Fachgesellschaft bzw. des Berufsverbandes: Die DGI ist die größte wissenschaftliche implantologische Gesellschaft in Europa. Als gemeinnützige, unabhängige Fachgesellschaft fungiert sie auf ihrem Gebiet als Motor der Innovation. In der DGI arbeiten niedergelassene Zahnärzte aus der Praxis mit Wissenschaftlern und Klinikern an Universitäten eng zusammen. Ihr Ziel ist es, die wissenschaftlichen Standards und Methoden in der Implantologie weiterzuentwickeln. Diese Verzahnung von Praxis und Wissenschaft ist das Markenzeichen der DGI. Es macht sie zum Schrittmacher der Implantologie und prägt das Profil ihrer zahlreichen und umfassenden Qualifikationsangebote. Ihr Ziel ist dabei der schnelle Transfer gesicherten Wissens und neuer Erkenntnisse in die tägliche Praxis.

DGZI – DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ZAHNÄRZTLICHE IMPLANTOLOGIE E.V.

Anschrift: Feldstr. 80, 40479 Düsseldorf
Vorsitzender/Präsident: Dr. Friedhelm Heinemann
Telefon/Fax: 02 11/1 69 70-77, 02 11/1 69 70-66
E-Mail/Internet: sekretariat@dgzi-info.de, www.dgzi.de; Patienten: www.dgzi-info.de
Gründungsjahr: 1970
Mitgliederzahl: 3.155

Welche Leistungen bieten Sie Ihren Mitgliedern?

- ● Tagungen/Kongresse
- ● Seminare/Fortbildungen
- ● Curriculum
- ● Postgraduierte Ausbildung
- ● Masterstudiengang
- ● Öffentlichkeitsarbeit
- ● Homepage der Fachgesellschaft/Berufsverband
- ● Homepageverlinkung zu Spezialisten der FG/BV
- ● eigene Homepage für jedes Mitglied
- ● Int. Kooperationen mit anderen FG
- ❍ Mitglieder-Newsletter
- ● Mitgliederzeitschrift
- ● Patienten-Newsletter
- ● Patientenzeitschrift
- ● Patientenportal (online)
- ● Sonstiges: Spezialist Implantologie – DGZI, Unterstützung beim Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie, regionale Studiengruppen, Hospitationen und Supervisionen, Sonderkonditionen bei Veranstaltungen, Spezialistenliste im Internet unter www.arztauskunft.de und www.dgzi-info.de sowie Membercard für jedes Mitglied

Zielstellung der Fachgesellschaft bzw. des Berufsverbandes: Die DGZI bietet umfassende Weiterbildungsmöglichkeiten im Fachgebiet Implantologie und ist der Qualitätssicherung bei der implantologischen Weiterbildung der Zahnärzte und des Praxisteams verpflichtet. Die 1970 gegründete Fachgesellschaft arbeitet mit führenden Referenten aus Wissenschaft und Praxis zusammen. International kooperiert die DGZI mit einer Vielzahl nationaler und internationaler Fachgesellschaften. Eine weitere Aufgabe der DGZI ist die unabhängige und objektive Information der Öffentlichkeit über die Möglichkeiten der modernen Implantologie.

DZOI – DEUTSCHES ZENTRUM FÜR ORALE IMPLANTOLOGIE E.V.

Anschrift: Hauptstr. 7a, 82275 Emmering
Vorsitzender/Präsident: Dr. Werner Hotz
Telefon/Fax: 0 81 41/53 44 56, 0 81 41/53 45 46
E-Mail/Internet: office@dzoi.de, www.dzoi.de
Gründungsjahr: 1990
Mitgliederzahl: 350

Welche Leistungen bieten Sie Ihren Mitgliedern?

- ● Tagungen/Kongresse
- ● Seminare/Fortbildungen
- ● Curriculum
- ● Postgraduierte Ausbildung
- ❍ Masterstudiengang
- ● Öffentlichkeitsarbeit
- ● Homepage der Fachgesellschaft/Berufsverband
- ● Homepageverlinkung zu Spezialisten der FG/BV
- ❍ eigene Homepage für jedes Mitglied
- ● Int. Kooperationen mit anderen FG
- ● Mitglieder-Newsletter
- ● Mitgliederzeitschrift
- ❍ Patienten-Newsletter
- ❍ Patientenzeitschrift
- ● Patientenportal (online)
- ● Sonstiges: Sektion Laserzahnmedizin zur Erlangung des Tätigkeitsschwerpunktes Laserzahnheilkunde mit der Uni Wien
  Curriculum Implantologie mit der Uni Göttingen und Membercard für jedes Mitglied

Zielstellung der Fachgesellschaft bzw. des Berufsverbandes: Fachverband für praktizierende Implantologen mit höchstem Qualitätsanspruch. Fortbildung unter dem Motto „Vom Praktiker für den Praktiker". Intensive Öffentlichkeitsarbeit, Ausbildung junger Zahnärzte, fachlicher Gedankenaustausch. Kollegen-Hotline für Fragen rund um die Implantologie. Affiliate Society des ICOI seit 1993.

DGMKG – DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGIE E. V.

Anschrift: Schoppastr. 4, 65719 Hofheim
Vorsitzender/Präsident: Prof. Dr. Dr. Rudolf Reich
Telefon/Fax: 0 61 92/20 63 03, 0 61 92/20 63 04
E-Mail/Internet: postmaster@mkg-chirurgie.de, www.mkg-chirurgie.de
Gründungsjahr: 1951
Mitgliederzahl: 1.380

Welche Leistungen bieten Sie Ihren Mitgliedern?

- ● Tagungen/Kongresse
- ● Seminare/Fortbildungen
- ● Curriculum
- ❍ Postgraduierte Ausbildung
- ❍ Masterstudiengang
- ● Öffentlichkeitsarbeit
- ● Homepage der Fachgesellschaft/Berufsverband
- ● Homepageverlinkung zu Spezialisten der FG/BV
- ❍ eigene Homepage für jedes Mitglied
- ● Int. Kooperationen mit anderen FG
- ● Mitglieder-Newsletter
- ● Mitgliederzeitschrift
- ❍ Patienten-Newsletter
- ● Patientenzeitschrift
- ❍ Patientenportal (online)

Zielstellung der Fachgesellschaft bzw. des Berufsverbandes: Zweck des Gesamtverbandes ist die einheitliche und wirkungsvolle Vertretung des Fachgebietes nach innen und außen in Belangen der wissenschaftlichen Darstellung, der berufspolitischen Fragen und der Weiterentwicklung des Fachgebietes in Klinik und Praxis.

BDO – BERUFSVERBAND DEUTSCHER ORALCHIRURGEN

Anschrift: Theaterplatz 4, 56564 Neuwied
Vorsitzender/Präsident: Dr. Horst Luckey
Telefon/Fax: 0 26 31/2 80 16, 0 26 31/2 29 06
E-Mail/Internet: berufsverband.dt.oralchirurgen@t-online.de, www.oralchirurgie.org
Gründungsjahr: 1983
Mitgliederzahl: ca. 850

Welche Leistungen bieten Sie Ihren Mitgliedern?

- ● Tagungen/Kongresse
- ● Seminare/Fortbildungen
- ● Curriculum
- ❍ Postgraduierte Ausbildung
- ❍ Masterstudiengang
- ● Öffentlichkeitsarbeit
- ● Homepage der Fachgesellschaft/Berufsverband
- ❍ Homepageverlinkung zu Spezialisten der FG/BV
- ❍ eigene Homepage für jedes Mitglied
- ● Int. Kooperationen mit anderen FG
- ● Mitglieder-Newsletter
- ● Mitgliederzeitschrift
- ❍ Patienten-Newsletter
- ❍ Patientenzeitschrift
- ❍ Patientenportal (online)
- ● Sonstiges: Förderung und Entwicklung der Oralchirurgie

Zielstellung der Fachgesellschaft bzw. des Berufsverbandes: Vertretung der chirurgischen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde unter Anlehnung an nationale und internationale Standards, wissenschaftliche Weiterbildung der Mitglieder, Förderung und Entwicklung der Oralchirurgie, beratende Funktion von öffentlichen und privaten Organisationen in oralchirurgischen Angelegenheiten, Kooperation mit angrenzenden nationalen Verbänden.

BDIZ EDI – BUNDESVERBAND DER IMPLANTOLOGISCH TÄTIGEN ZAHNÄRZTE IN EUROPA E.V.

Anschrift: Am Kurpark 5, 53177 Bonn-Bad Godesberg
Vorsitzender/Präsident: Christian Berger
Telefon/Fax: 02 28/9 35 92 44, 02 28/9 35 92 46
E-Mail/Internet: office@bdizedi.org, www.bdizedi.org
Gründungsjahr: 1989
Mitgliederzahl: rund 2.800 (ausschließlich impl. tätige Zahnärzte/Zahnärztinnen) in D plus europ. EDI-Partner

Welche Leistungen bieten Sie Ihren Mitgliedern?

- ● Tagungen/Kongresse
- ● Seminare/Fortbildungen
- ● Curriculum
- ● Postgraduierte Ausbildung
- ❍ Masterstudiengang
- ● Öffentlichkeitsarbeit
- ● Homepage der Fachgesellschaft/Berufsverband
- ● Homepageverlinkung zu Spezialisten der FG/BV
- ❍ eigene Homepage für jedes Mitglied
- ● Int. Kooperationen mit anderen FG
- ● Mitglieder-Newsletter
- ● Mitgliederzeitschrift
- ❍ Patienten-Newsletter
- ● Patientenzeitschrift
- ❍ Patientenportal (online)
- ● Sonstiges: Zentralregister/Implantologensuche, Beratung in Abrechnungsfragen, Information über praxisrelevante Gerichtsentscheide, Prüfung zum Spezialisten für Implantologie der EDA, Abrechnungshandbuch, Gutachterhandbuch, Implantatregister, Qualitätsleitlinie Implantologie, Patientenratgeber zu Implantaten, zu Implantathygiene und zu Implantaten/Versicherungs-Zuschüsse, Mitgliederjournal BDIZ konkret/vierteljährich, EDI-Journal (englischsprachig) vierteljährlich.

Zielstellung der Fachgesellschaft bzw. des Berufsverbandes: Beratung und Unterstützung der Mitglieder und Qualitätsoptimierung in der Implantologie im Praxisalltag; Vertretung der Interessen der implantologisch tätigen Zahnärzte auch in berufsrechtlichen Belangen; Aufbau eines Qualitätsstandards in der Implantologie in Europa; Erhalt der implantatchirurgischen Leistungen im Behandlungsspektrum des Zahnärzteberufes; Aufklärung und Information der Patienten; wissenschaftliche Studien z.B. zu Implantatfrakturen.

● vorhanden ❍ nicht vorhanden

Gut besuchter Tagungssaal beim 12. IEC in Köln.

Dr. Roland Hille und Dr. Friedhelm Heinemann im Gespräch mit den Ausstellern (v.l.n.r.)

Praktische Erfahrungen können die Teilnehmer in den zahlreichen Workshops sammeln.

Implantologie für Einsteiger und Experten

Am 12. und 13. Mai finden als Parallelveranstaltungen der 13. IEC Implantologie-Einsteiger-Congress und das 7. Expertensymposium „Innovationen Implantologie"/DGZI-Frühjahrstagung im Congress Centrum Bremen (Maritim Hotel) statt.

Redaktion

Mit rund 600 Teilnehmern und 70 Ausstellern gehört die Veranstaltungskombination seit Jahren zu den wichtigsten implantologischen Events in Deutschland. Nicht zuletzt deswegen wird der IEC Implantologie-Einsteiger-Congress auch von den großen implantologischen Praktikergesellschaften bzw. Berufsverbänden offiziell als „die" Einsteigerveranstaltung anerkannt und unterstützt. Die Implantologie hat sich heute mit einer Erfolgsquote von über 90 % als eine der sichersten, aber auch komplexesten zahnärztlichen Therapien etabliert. Kein Zahnarzt wird künftig darauf verzichten können, die Implantologie in sein Praxisspektrum zu integrieren. Egal wie dabei die Entscheidung ausfällt – ob eigene implantologische Tätigkeit oder die Zusammenarbeit mit einem Spezialisten – es geht darum, sich zunächst einen fachlichen Überblick über das neue Therapiegebiet und die damit in Zusammenhang stehenden Produkte und Anbieter zu verschaffen. Maßstab für die Programmgestaltung des IEC Implantologie-Einsteiger-Congresses ist daher seit nunmehr 13 Jahren das Informationsbedürfnis des niedergelassenen Zahnarztes, der vor der Entscheidung steht, die Implantologie in der eigenen Praxis umzusetzen. So bietet der IEC Implantologie-Einsteiger-Congress Zahnärzten, Zahntechnikern und Zahnarzthelferinnen als Team, aber auch berufsgruppenspezifisch die einzigartige Gelegenheit zur komplexen Information. Das wissenschaftliche Programm des Kongresses wird darüber hinaus von 52 Workshops der namhaften Anbieter von Implantatsystemen, Knochenersatzmaterialien und von implantologischem Equipment flankiert. Letztlich erhält jeder Teilnehmer das Handbuch 2006 „Implantologie" – de facto den Kongress zum Mitnehmen, mit allen fachlichen Basics, Marktübersichten, Produktinformationen und der Vorstellung der wichtigsten implantologischen Fachgesellschaften und Berufsverbände. Versierten Anwendern bietet als Parallelveranstaltung das Expertensymposium „Innovationen Implantologie"/DGZI-Frühjahrstagung die entscheidende Informationsquelle für News und Trends rund um die Implantologie. Besonders spannend dürfte die in diesem Jahr praktizierte Fokussierung auf das Thema „Implantatprothetik vs. konventionelle Prothetik" sein, liegen doch gerade in der Klärung diese Frage wesentliche Entwicklungspotenziale für die Implantologie. Die Themenpalette der Vorträge von anerkannten Referenten aus Wissenschaft und Praxis erfasst alle Aspekte der chirurgischen, parodontologischen und prothetischen Strategien im Interesse eines optimalen Ergebnisses für den Patienten. Zu den universitären Referenten gehören Prof. Dr. Heiner Weber/Tübingen, Prof. Dr. Michael Kleber/Berlin, Prof. Dr. Michael H. Walter/Dresden, Prof. Dr. Klaus Päßler/Pforzheim, Priv.-Doz. Dr. Andreas Vogel/Leipzig und Prof. Dr. Kurt Vinzenz/Wien. Ein separates Helferinnenprogramm rundet auch hier die Veranstaltung ab, sodass es in jedem Fall sinnvoll ist, diese Chance zu einer qualifizierten Team-Fortbildung zu nutzen. Kurzum ein Kongresswochenende, das sowohl für Einsteiger und Überweiserzahnärzte als auch für langjährige Anwender interessant ist. Die Veranstaltung entspricht den Leitsätzen und Empfehlungen der KZBV vom 23.09.2005 einschließlich der Punktebewertungsempfehlung des Beirates Fortbildung der BZÄK vom 14.09.2005 und der DGZMK vom 24.10. 2005, gültig ab 01.01.2006. Bis zu 16 Fortbildungspunkte können vergeben werden. II

kontakt:

Oemus Media AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-3 09
Fax: 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: info@oemus-media.de
www.oemus.com

Masterstudiengang Implantologie

Fortbildungen und Spezialisierungen sind für Zahnärzte von großer Bedeutung. So werden auch Masterstudiengänge immer beliebter. Wir sprachen mit Univ.-Prof. Dr. Dr. Dr. h. c. Ulrich Joos, Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund- und Kiefer-Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums Münster, über die Besonderheiten des noch wenig bekannten Studiengangs „Master Of Oral Medicine In Implantology".

Antje Isbaner

Was verbirgt sich hinter dem „Master Of Oral Medicine In Implantology"?
Das „IMC Master Program" ist ein an die Universität Münster angegliederter Masterstudiengang, der sich an Zahnärzte und Ärzte richtet, die sich hinsichtlich spezieller Methoden und neuester Entwicklungen in oraler Chirurgie fortbilden möchten. Mit dem Studiengang des „Master Of Oral Medicine In Implantology" (MOM) hat die Universität Münster den ersten und bis dato einzigen nach den Bologna-Kriterien akkreditierten komplexen Masterstudiengang in Deutschland im Bereich der Zahnmedizin eingeführt. Kurz zur Akkreditierung: Die Akkreditierung ist ein vom Gesetzgeber eingeführtes Gütesiegel für einen Masterstudiengang, das Qualitätsstandards abfragt und deren Einhaltung sichert, um einer ausufernden Titelvergabe mit wenig substanzieller Qualität vorzubeugen.

„web-basiertes" learning beim Masterstudiengang für Implantologie der IMC (WWU Münster).

Wer kann diesen Master erwerben und wie ist der Studiengang strukturiert?
Für den Masterstudiengang in Implantologie wird zugelassen, wer eine zahnärztliche und/oder ärztliche Approbation oder eine von einer staatlichen Stelle seines Landes als gleichwertig anerkannte Qualifikation besitzt und vom IMC in das Programm aufgenommen worden ist. Das Studium unterteilt sich in einen Grundkurs, den alle Studierenden absolvieren müssen, und einen fachspezifischen Aufbaukurs. Im Grundkurs werden neueste Entwicklungen in der oralen Medizin vermittelt. Inhalt der Aufbaukurse sind spezielle oralchirurgische und mund-kiefer-gesichtschirurgische Fachkenntnisse und chirurgische Techniken. Die Regelstudienzeit beträgt inklusive Abschlussprüfungen ein Jahr. Nach bestandener Abschlussprüfung verleiht die Medizinische Fakultät den Grad eines „Master Of Oral Medicine In Implantology".

Inwiefern unterscheidet er sich von herkömmlichen Masterstudiengängen?
Das Besondere an diesem Studiengang ist die zeitgemäße Kombination von Therapie und Praxis in konventioneller und web-basierter Form. Dies bedeutet eine erheblich reduzierte Anwesenheit durch den Einsatz moderner Medien in den theoretischen Abschnitten, neben umfangreicher praktischer Ausbildung in anatomisch-chirurgischen und klinischen Blockpraktika. Diese Kombination erlaubt es den Studienteilnehmern, den Studiengang berufsbegleitend durchzuführen, zumal eine indivi-

kontakt:

Klinik und Poliklinik für Mund- und Kiefer-Gesichtschirurgie des UKM
Dr. Ute Wegmann, Dipl. -Math.
Waldeyerstr. 30
48129 Münster
Tel.: 02 51/8 34 71 86
E-Mail: wegmanu@uni-muenster.de
www.med-college.de

duelle Betreuung über eine spezielle Internetplattform gewährleistet ist. Der Lernstoff wird den Studienteilnehmern in wöchentlich frei geschalteten Lektionen angeboten, wobei sämtliche multimedialen Möglichkeiten des Internets zur Gestaltung der wissenschaftlichen Inhalte verwendet werden. Der Lernerfolg wird dann nach bestimmten Abschnitten mittels mehrerer Online-Klausuren überprüft. Zur Vorbereitung und Wissensvertiefung wird den Teilnehmern ein umfangreicher Fragenpool online zur Verfügung gestellt. Daneben erhalten die Teilnehmer eine aktuelle Liste für weiterführende Literatur und direkten Zugang zur medline. Die zur Erstellung ihrer Masterarbeit erforderliche Literatur können sich die Studierenden auf Grund einer Kooperation mit der medizinischen Universitäts-Bibliothek online bestellen.

Wie werden den Teilnehmern operative Techniken vermittelt?
Ein wesentlicher Schwerpunkt des Studienganges stellt das Erlernen von operativen Techniken der Implantologie dar. Sämtliche in der Implantologie gängigen operativen Verfahren werden in einem anatomisch-chirurgischen Praktikum an speziell behandelten Humanpräparaten unter realistischen Bedingungen eingeübt. Im klinischen Operationskurs werden zunächst oralchirurgische operative Fertigkeiten vermittelt und aufgefrischt, ehe im zweiten Teil des Kurses spezielle implantologische Verfahren eigenhändig durchgeführt werden. Daneben finden in kleinen Gruppen praktische Übungen sowie Vorlesungen zu speziellen Themen statt. In den praktischen Übungen besteht ein optimales Verhältnis von Tutor zu Teilnehmer von in der Regel 1:2.

Wie gewährleisten Sie die Betreuung der Teilnehmer nach Abschluss des Studiengangs?
In unserem Internetportal www.med-college.de stellen wir in einer ständig aktualisierten Online-Aktiv-Wissensdatenbank aktuelle Informationen zur Verfügung. Zusätzlich bieten wir in regelmäßigen Abständen Refresher-Kurse und Fortbildungen zu aktuellen Themen an. Neueste wissenschaftliche Erkenntnisse werden unter Evidenzkriterien und Praxisrelevanz bewertet. II

Studierende und Tutoren im anatomisch-chirurgischen Blockpraktikum an der WWU Münster.

ANZEIGE

Curriculum Implantatprothetik

Die neue Fortbildungsreihe „Implantatprothetik für Zahnärzte und Zahntechniker" ist das Ergebnis einer erfolgreichen Zusammenarbeit der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie (DGZI) und dem zertifizierten Essener Schulungszentrum FUNDAMENTAL. Die ZWP-Redaktion sprach mit dem Präsidenten der DGZI, Dr. Friedhelm Heinemann, und dem Geschäftsführer von FUNDAMENTAL, Klaus Osten, über dieses neu konzipierte Curriculum.

Antje Isbaner

Dr. Friedhelm Heinemann, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie (DGZI)

Klaus Osten, Geschäftsführer des zertifizierten Schulungszentrums FUNDAMENTAL in Essen

Herr Dr. Heinemann, welche Idee steckt hinter dem Curriculum „Zahnärztliche und zahntechnische Implantatprothetik"?

Dr. Friedhelm Heinemann: Die Fortbildungsreihe bzw. die beiden Fortbildungsreihen für Zahnärzte und Zahntechniker sind eine logische Konsequenz gleich mehrerer Zielstellungen der DGZI.

Die optimale prothetische Versorgung der Implantate steht im Mittelpunkt und die Anforderungen des prothetischen Versorgungskonzeptes bestimmen Implantatanzahl und -lokalisation. Hierfür benötigt der überweisende Prothetiker, der die Implantation nicht selbst durchführen möchte, wichtige grundlegende Kenntnisse bis hin zum optimalen ästhetischen und funktionellen Abschluss der Versorgung. An diesen Kollegenkreis wendet sich die Fortbildungsreihe. Gleichzeitig ist sie ein idealer Einstieg in die Implantologie, die als Baustein auf dem Weg zum Curriculum, Tätigkeitsschwerpunkt und Spezialisten Implantologie der DGZI absolviert werden kann.

Des Weiteren wird bei dieser Fortbildung wieder einmal der Teamgedanke betont. Die Zahntechnik ist ein entscheidender Parameter für eine erfolgreiche Versorgung. In der Fortbildungsreihe werden den Zahntechnikern neben technischen und handwerklichen Arbeitsabläufen auch wichtige klinische Grundlagen vermittelt, die eine optimale Kooperation mit dem Behandler ermöglichen. Durch diesen verzahnten Aufbau ist es sinnvoll, wenn sich ein Zahnarzt gemeinsam mit seinem Zahntechniker als Team für die Ausbildungsreihe anmeldet.

Nicht zuletzt wird eine gute Symbiose aus Wissenschaft und Praxis für diese praxisorientierte Weiterbildung geschaffen. Die neuesten wissenschaftlichen und medizinischen Erkenntnisse sind für den niedergelassenen Zahnarzt entscheidende Handlungskriterien, die auch die zahntechnische Umsetzung einer Patientenarbeit mitbestimmen. Die praktische Umsetzung dieser Erkenntnisse wird vorgestellt.

Wie kann man sich den genauen Aufbau und Ablauf dieser Fortbildungsveranstaltung vorstellen?

Dr. Friedhelm Heinemann: Die DGZI-geprüften Fortbildungsreihen werden an vier Wochenenden à zwei Tagen von erfahrenen und namhaften Referenten aus Wissenschaft, Praxis und Labor geleitet.

Das Referententeam setzt sich insgesamt aus Dr. Bach, Prof. Biffar, ZTM Brosch, Dr. Bruhn, Prof. Freesmeyer, Prof. Götz, Dr. Hannak, Dr. Mundt, Prof. Nentwig, Prof. Walter und ZTM Weber zusammen. Gemäß dem Teamgedanken werden das erste und vierte Fortbildungswochenende für Zahntechniker und Zahnärzte gemeinsam durchgeführt. An diesen beiden Wochenenden werden vor allem die gemeinsam zu erarbeitenden diagnostischen Grundlagen und der systematische Behandlungsablauf indika-

tionsbezogen ermittelt, während die beiden anderen Wochenenden ein spezielles Programm für die jeweiligen Berufsgruppen beinhalten.
Für Zahntechniker werden an diesen mittleren Wochenenden unter anderem indikationsbezogene Versorgungsmöglichkeiten, verschiedene Behandlungskonzepte inklusive praktischer Übungen erarbeitet.
Zahnärzte hingegen besuchen zwei Wochenenden des Curriculums Implantologie der DGZI unter anderem mit Inhalten der Funktionsanalyse, der systematischen Zusammenarbeit mit dem Implantologen, praktischen Demonstrationen und Hands-on-Übungen.
Klaus Osten: Durch diese verzahnte Struktur ist der Besuch der Fortbildungsreihen auch ideal für die Zahnärzte und Zahntechniker geeignet, die mit ihrer Praxis und Labor zusammenarbeiten bzw. zusammenarbeiten wollen. Bei den gemeinsam besuchten Wochenenden werden die Voraussetzungen für den optimalen Behandlungsablauf geschaffen. Selbstverständlich können die Zahnärzte die mittleren Zahntechniker-fortbildungswochenenden zusätzlich buchen, um den gemeinsam erarbeiteten Wissensstand noch zu vertiefen und umgekehrt.

Herr Osten, wie kam es zu der Kooperation zwischen DGZI und FUNDAMENTAL?
Klaus Osten: Sowohl die deutsche Zahnmedizin wie auch das Zahntechniker-Handwerk stehen für ausgezeichnete Qualität. Unser Ziel war eine Studiengruppe, in der sich Zahnarzt und Zahntechniker weiterbilden, um gemeinsam ein optimales Behandlungsergebnis zu erreichen. Wir möchten gemeinsam mit Zahnärzten mit- und voneinander lernen, um den Stellenwert in der Implantologie zu stärken und auszubauen. Die Verknüpfung von wissenschaftlichen Erkenntnissen und praktischer Anwendung in der zahnärztlichen Implantologie zum Wohle des Patienten ist eine besondere Stärke der DGZI und somit der richtige Partner an unserer Seite. Durch die Kooperation rücken Zahnärzte und Zahntechniker jetzt wieder ein großes Stück zusammen. II

Veranstaltungsinformationen

Termine und Ort
1. Wochenende – für ZA und ZT
Termin: 7.–8. April 2006
Ort: Essen
2. Wochenende – für ZA
Termin: 19.–20. Mai 2006
Ort: Berlin
2. Wochenende – für ZT
Termin: 16.–17. Juni 2006
Ort: Essen
3. Wochenende – für ZA
Termin: 9.–10. Juni 2006
Ort: Frankfurt
3. Wochenende – für ZT
Termin: 18.–19. August 2006
Ort: Essen
4. Wochenende – für ZA und ZT
Termin: 29.–30. September 2006
Ort: Essen

Kurshonorar
2.900,00 EUR
für Nichtmitglieder der DGZI bzw. Nichtmitglieder FUNDAMENTAL Premium Club
2.650,00 EUR
für Mitglieder der DGZI bzw. Mitglieder FUNDAMENTAL Premium Club

Informationen und Anmeldung
FUNDAMENTAL, Tel. 02 01/8 68 64-0
www.fundamental.de
info@fundamental.de oder
DGZI Geschäftsstelle
Tel.: 02 11/1 69 70-77
Fax: 02 11/1 69 70-66
sekretariat@dgzi-info.de

Hinweis:
Absolventen der Fortbildungsreihe erhalten ein Abschlusszertifikat mit der Auszeichnung „DGZI geprüfte Implantatprothetik" und Fortbildungspunkte gemäß Richtlinien BZÄK/DGZMK/APW.

ANZEIGE
BACK TO THE ROOTS
Q-IMPLANT®
- Spaltfreies Einphasenimplantat
- Atraumatisches Vorgehen
- Möglichkeit der prothetischen Sofortversorgung
- Einfache Behandlungsabläufe
- Übersichtliches Instrumentarium
- Extrem geringe Lagerhaltung
- Minimaler Kostenrahmen
- Problemlose Hygienefähigkeit für den Patienten
Q-MULTITRACTOR
- Modularer Distraktor aus Titan
- Innovative Pin-Basis-Platte
- Hohe Stabilität
- Minimal invasive Chirurgie
- Für atrophierte Unter- und Oberkiefer
Q-MESH
- Dreidimensional vorgeformtes Titannetz
- Prä implantologische Augmentation der Maxilla
- Verkürzte Operationsdauer
- Einfaches Handling
- Individuelle Anpassung möglich
Q-IMPLANT® MARATHON IN KUBA
Einwöchiger Intensivkurs Implantologie
TRINON TITANIUM
HERSTELLER VON HOCHWERTIGEN TITAN-PRODUKTEN SEIT 1993

Marketing für die Implantologiepraxis

Jochen Kriens

Stefan Lemberg

Auf Grund seiner vielfältigen Vorzüge hinsichtlich Funktion, Ästhetik und Tragekomfort erfreut sich das Implantat zunehmender Beliebtheit. Kein Wunder, dass eine wachsende Anzahl von Zahnärzten danach strebt, diese lukrative Form der Zahnmedizin in ihr Praxisangebot zu integrieren. Allerdings steht mancher Praxisinhaber vor der Herausforderung, ein klares und tragfähiges Marketingkonzept zu entwickeln und aktiv umzusetzen, mit dessen Hilfe die Implantologiepraxis eine attraktive Patientenklientel für sich gewinnt und langfristig bindet.

Jochen Kriens M.A., Stefan Lemberg M.A.

Das vorliegende Fallbeispiel für die Umsetzung eines solchen Konzepts dokumentiert die Marketing- und PR-Aktivitäten, welche die Agentur New Image Dental, Deutschlands führende Unternehmensberatung für Zahnärzte, in den Jahren 2004 und 2005 für die Praxis eines Kunden erfolgreich durchgeführt hat. Der Erfolg dieser Arbeit dient als praktischer Beleg für die Bedeutsamkeit ausgereifter Marketingstrategien für die Implantologiepraxis.

Ausgangssituation und Ziele

Der Kunde, der eine gut gehende Drei-Behandler-Praxis in einer norddeutschen Großstadt betreibt, verfügte schon zu Beginn der Zusammenarbeit mit NID über langjährige Erfahrung als Zahnarzt und Implantologe. In der Zahnärzteschaft genoss er eine hervorragende Reputation, vor allem auch deswegen, weil er seine Fachkompetenz durch ständige Weiterbildung auf exzellentem Niveau hielt. Seine Ziele lagen daher hauptsächlich im Ausbau eines konsequenten Praxismarketings durch: a) Erhöhung des Bekanntheitsgrades und des Renommees der Praxis, b) Gewinnung weiterer solventer Patienten und c) Intensivierung der Patientenbindung. Aufbauend auf dieser Zielvorstellung wurde gemeinsam mit dem Kunden ein umfassendes Mar-

die autoren:

Jochen Kriens M. A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit/PR-Beratung
New Image Dental GmbH

Stefan Lemberg M. A.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit/PR Beratung
New Image Dental GmbH

kontakt:

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

info:

Eine Checkliste zum Thema „Kommunikation in der Implantologiepraxis" kann gerne mithilfe unseres Faxcoupons auf S. 89 angefordert werden.

ketingkonzept mit einem detaillierten Maßnahmenkatalog entwickelt und in einem Zeitraum von ca. 24 Monaten umgesetzt. Die vereinbarten Maßnahmen sahen vor allem eine Optimierung der internen und externen Praxiskommunikation vor: die Optimierung der Patientenkommunikation, die Auswahl der Kooperationspartner sowie Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.

Optimierung der Kommunikation

Zur Verbesserung der Kommunikation mit dem Patienten waren zwei Maßnahmen geplant: Schulung der Beratungskompetenz und Überarbeitung des Patienten-Informationssystems. Ziel der Beratungsschulung war es vor allem, die Beratungsgespräche vom Praxischef mehr auf das Team zu verlagern. Zu diesem Zweck wurde das Praxisteam in einem zweitägigen Seminar und einem ebenfalls dreitägigen Inhouse-Training intensiv in der Führung von Beratungsgesprächen geschult. Bereits wenige Wochen nach der Schulung des Teams stellte der Praxischef eine spürbare Entlastung seiner Person bei der Patientenberatung fest. Darüber hinaus zeigte die Leistungsstatistik sowohl einen deutlichen Anstieg derjenigen Patienten, die neu ins Prophylaxekonzept aufgenommen wurden, als auch eine signifikante Erhöhung der Privatleistungen. Um der visuellen Patientenkommunikation eine sichtbare, stimmige Linie zu verleihen, wurde das Patienten-Informationssystem (bestehend aus Praxis- und Therapiebroschüren, Briefpapier, Terminblöcken etc.) vom Layout her vereinheitlicht. In der neuen Farbgebung ersetzte ein leuchtendes Blau das bis dahin vorherrschende Mintgrün. Das nicht mehr zeitgemäße Praxislogo wurde zu einem stilisierten Implantat abgewandelt, sodass die Ausrichtung der Praxis dem Leser über das Logo nun leicht sichtbar vermittelt wurde. Insgesamt verkörperte das neue Corporate Design auf optimale Weise die Werte, für die der Praxisinhaber als Zahnmediziner selbst einstand: Solidität, Sicherheit und Langlebigkeit der Versorgung.

Kooperationspartner

Durch gezielte Akquisemaßnahmen der Marketingagentur konnten eine Reihe wichtiger strategischer Kooperationspartnerschaften geschlossen werden. Die Zusammenarbeit mit einer Gesellschaft für Patienteninformation erlaubte es, dass der Kunde fortan als geladener Referent der Gesellschaft Patientenvorträge zu diversen zahnmedizinischen Themen, darunter auch Implantologie, halten konnte. Darüber hinaus wechselte der Kunde seinen Implantatzulieferer, da dieser ihn über das reine Produkt hinaus weitaus umfassender unterstützte als der bisherige Lieferant – und vor allem auf dem Gebiet des Marketings wertvolle Hilfestellung leistete. Für ein besonderes Projekt des Kunden, ein zahnärztliches Fachbuch für Patienten, konnte ein renommierter Medizinverlag gewonnen werden.

PR-Kampagne

Die Presse- und Öffentlichkeit für die Zahnarztpraxis nahm den größten Teil der Marketingaktivitäten ein. Eine groß angelegte PR-Kampagne war vor allem deshalb möglich, weil vor dem Start der PR-Aktivitäten alle internen Marketingmaßnahmen abgeschlossen waren, sodass die Praxis auf einem Top-Niveau lief. Die folgenden PR-Maßnahmen begannen Anfang 2004 und wurden größtenteils im Herbst 2005 abgeschlossen.
In einer einschlägigen Fachzeitschrift wurde im Jahr 2004 eine Serie von fünf Fallberichten in loser Folge veröffentlicht. Dies war deswegen möglich, weil die beschriebenen Fälle fachlich gut dokumentiert waren, vor allem aber weil dank der modernen technischen Ausstattung der Praxis mit einer intraoralen

ANZEIGE

Kamera hervorragendes Fotomaterial vorlag. Nach Erscheinen der Berichte wurden diese auf Wunsch des Kunden vom Verlag als Sonderdrucke herausgebracht. Einige zu detaillierte OP-Fotos wurden gegen anderes Bildmaterial ausgetauscht, sodass die Sonderdrucke auch im Wartezimmer für Patienten ausgelegt werden konnten. Parallel zu den Veröffentlichungen in der Fachpresse wurden vier der beschriebenen Fallstudien auf patientengerechte Weise journalistisch aufbereitet und verschiedenen lokalen Tages- und Wochenzeitungen vorgelegt. Da das Thema Zahngesundheit immer für die Öffentlichkeit aktuell ist, zeigten sich die meisten Redaktionen offen für eine Zusammenarbeit, sodass drei der vier Berichte im Namen des Zahnarztes als Autor abgedruckt werden konnten.

Fachbuch für Patienten

Gut ein halbes Jahr nach Beginn der PR-Arbeit wurde Mitte 2004 mit den redaktionellen Arbeiten zu dem geplanten Buchprojekt begonnen: Das vom Autor eingesandte Manuskript wurde redaktionell aufbereitet und durch recherchiertes Hintergrundmaterial sowie die in der Publikumspresse veröffentlichten Artikel ergänzt. Durch die gute Zusammenarbeit zwischen Redaktion und Kunden konnte der Text für das Buch nach rund vier Monaten abgeschlossen werden. Kurz vor Ende der redaktionellen Arbeit wurde mit der bundesweiten Akquise renommierter Sponsorenpartner aus der Dentalindustrie begonnen, die das Projekt u. a. mit hochwertigem Bildmaterial unterstützten. Die erste Auflage des Buches, das Mitte 2005 in den Handel kam, ist inzwischen vergriffen, die zweite Auflage ist zurzeit in Planung.

Veranstaltungen und TV

Hatte der Kunde schon vor Beginn der Zusammenarbeit mit NID eigenständig Patientenveranstaltungen aktiv betrieben, so wurden diese durch die kooperierende Gesellschaft für Patienteninformation auf ein anderes Niveau gehoben: Der Zahnarzt trat nicht mehr in Eigenregie, sondern als Referent einer unabhängig agierenden Organisation auf, in deren Namen er als geladener Experte die Zuhörer umfassend und aus erster Hand über Zahnimplantate informierte. Da viele Besucher jeweils nach den Vorträgen überdurchschnittliches Interesse an dem Thema Implantate zeigten, konnte der Referent zahlreiche Kontakte mit zukünftigen Patienten knüpfen. Der Fernsehauftritt der Praxis wurde Mitte 2005 in Angriff genommen: Zusammen mit dem Stadtfernsehen einer deutschen Großstadt, der seit Anfang dieses Jahres mit dem Sendebetrieb begonnen hat, wurde eine Reihe zahnmedizinischer Sendungen konzipiert, in denen fünf Experten verschiedener zahnmedizinischer Fachrichtungen je achtmal auftreten. Mittlerweile konnten für die Sendung einige namhafte Sponsoren gewonnen werden.

Ergebnis

Die Marketing- und PR-Aktivitäten haben dazu geführt, dass die gesteckten Ziele der Praxis erreicht worden sind. Die Investitionen in die Beratungskompetenz des Teams und in die Überarbeitung des Patienten-Informationssystems haben sich für die Patientenbindung mehr als bezahlt gemacht. Ebenso verhält es sich mit der PR-Kampagne: Fachberichte und Buch haben deutlich zur Erhöhung des Praxisrenommees beigetragen. Durch Patientenveranstaltungen und Publikumspresse konnte der Patientenstamm beträchtlich erweitert werden. Mit den Ergebnissen der bisher rund zweijährigen Zusammenarbeit ist der Kunde mehr als zufrieden. Im vorliegenden Fall wurde alles richtig gemacht: Zum einen wurde mit dem Marketing „von innen nach außen“ verfahren: Erst nach Abschluss aller anderen Maßnahmen hat die Zahnarztpraxis die PR-Arbeit aufgenommen. Ebenso hat der Kunde verstanden, dass PR ein dauerhafter Prozess ist: Die kontinuierliche Arbeit wie auch die langfristige Ausrichtung der Aktivitäten haben dazu beigetragen, seine Praxis gegenüber der Patientenklientel adäquat zu positionieren und zukunftsorientiert auszurichten. II

ANZEIGE

KOS-Implantate sofort belastbar

Gute Gründe, um auf Dr. Ihde KOS-Implantate umzusteigen:

- Implantat, einstückig hergestellt
- graziles Design
- gerade, 15°, 25° Angulation oder mit biegbarem Implantathals
- minimalinvasiv
- wenige prothetische Teile, hohe Wirtschaftlichkeit
- günstiger Preis

Fordern Sie Infos und Katalog an:

Dr. Ihde Dental

Erfurter Straße 19
85386 Eching
Telephone +49(0)89-319761-0
Fax+49(0)89-319761-33
E-Mail: info@implant.com

www.implant.com

Kommunikation

Patientenmagazin „Zahnimplantate“

Es ist längst Tatsache, dass das „my“ magazin besonders von den Zahnarztpraxen aktiv genutzt wird, die jährlich 500 Implantate und mehr setzen. Hier werden speziell von der Ausgabe Zahnimplantate nicht selten über 100 geordert. Ein Zeichen dafür, dass man hier den Vorteil, den das „my“ magazin in der Patientenkommunikation bietet, bereits erkannt hat.

Redaktion

Seit 2004 bieten die „*my*“ Patientenmagazine den Praxen je nach Ausrichtung und Schwerpunkt individuelle, für die Praxis geeignete Themen-Hefte wie z. B. cosmetic dentistry, Zähne 50+, Zahnpflege + gesundes Zahnfleisch oder Zahnimplantate. Zum Renner hat sich insbesondere das Heft zum Thema Zahnimplantate erwiesen, das im letzten Jahr komplett verkauft wurde.

Das „my“ magazin im Wartezimmer

Das „*my*“ magazin fördert innerhalb und außerhalb der Praxis durch gezielte und professionelle Information die Patientenbindung. Liegt das „*my*“ magazin im Wartezimmer aus, erfährt der Patient alles Wissenswerte direkt bei seinem Behandler, da die gängigen Therapien für Patienten verständlich erklärt und bebildert werden. So wird auch der Einstieg in mögliche Beratungsgespräche erleichtert.

Das „my“ magazin für zu Hause

Darüber hinaus ist das „*my*“ magazin auch als kleines „Give-away“ gedacht, das dem Patienten auch zu Hause die Möglichkeit gibt, sich mit einer möglichen Implantatbehandlung zu befassen und z. B. seinen Ehepartner mit in die Entscheidungsfindung einzubeziehen. Er kann sich, von unabhängiger Seite veröffentlicht, schwarz auf weiß über die Vorteile einer Implantatversorgung informieren und sieht die Empfehlung des Behandlers so von neutraler Seite bestätigt.

Das „my“ magazin unterhält

Das Magazin enthält ebenso Informationen und spannende Beiträge zu vielen anderen, nicht dentalen Themen, wie man sie auch in allgemeinen Publikumsmedien findet. Diese Themen bilden das Vehikel, den

zahnmedizinischen Part an Informationen auf unterhaltsame Weise zu transportieren.

Jetzt bestellen!

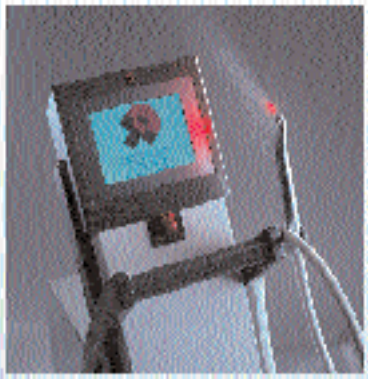
Bestellen Sie jetzt das „*my*“ magazin zum Thema Zahnimplantate und nutzen Sie Ihren Kommunikationsvorsprung! II

info:

Weitere Infos und Bestellmöglichkeit:
Oemus Media AG
Tel.: 03 41/4 84 74-2 00
Fax: 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: info@oemus-media.de

ANZEIGE

DENTEK



Die neue Generation Diodenlaser

DENTEK LD-15 i

DIODENLASER 810 nm

- Jetzt mit großem farbigem Touch-Screen-Display
- Mit Luft-Wasser-Spray für die schonende, sanfte, schmerzarme Chirurgie

Einsatzgebiete

Parodontologie (FDA zugelassen)
Endodontie (FDA zugelassen)
Chirurgie (FDA zugelassen)
Bleaching (FDA zugelassen)
Überempfindliche Zahnhälse
Implantologie
Aphthen-Herpes
Biostimulation

Bieten Sie Ihrem Patienten mehr Behandlungskomfort und steigern Sie Ihren Anteil an Privatliquidationen.

Laser Live erleben

DENTEK
Medical Systems GmbH
Oberneulander Heerstraße 83 F
28355 Bremen
Tel.: 04 21/24 28 96 24
info@dentek-lasers.com
www.dentek-lasers.com

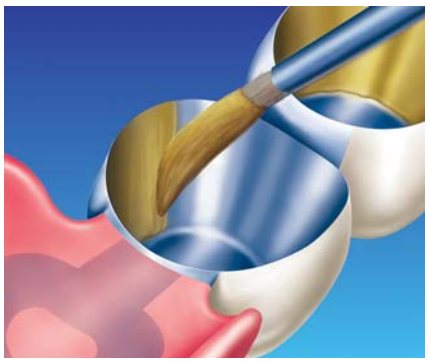
Bitte senden Sie mir:
☐ mehr Informationen über den Diodenlaser LD 15
☐ Termine für Laser-Einsteigerkurse

Praxisstempel:

Fax: 04 21/24 28 96 25

Kompositanwendung:
Friktionslack mit 20 % Goldanteil

Der SD-Friktionslack ist ein extrem thixotropes Komposit mit Nanopartikel-Füllkörpern und Goldpigmenten in Kombination mit einem Goldprimer zur Wiederherstellung der Friktion bei herausnehmbaren Prothesen. Die Anwendung erstreckt sich über alle Teleskop-, Interlock- und sämtliche Fräsarbeiten, bei denen die Friktion durch mechanischen Abrieb nachlässt. Die Anwendung ist denkbar einfach: Die zu behandelnden Oberflächen müssen leicht angeraut, gesäubert und entfettet werden. Danach kann der Lack ein- bis vierflächig aufgetragen werden. Dies geschieht in Abhängigkeit vom Verlust des Friktionsgrades. Nach einer Trockenzeit von ca. 3 Minuten kann die Prothese wieder eingegliedert werden. Mit dem mitgelieferten Verdünner kann die Konsistenz des Lackes bei Bedarf verändert werden. Der Flascheninhalt ist ausreichend für ca. 450 Anwendungen und ist somit eine wirtschaftliche Investition für jede Praxis.



m&k GmbH
Tel.: 03 64 24/8 11-0
www.mk-dental.de

Ein-Schritt-Bonding:
Schnell, sicher, stark – Das Beste seiner Klasse

Mit dem Ein-Schritt-Bonding Clearfil S3 Bond hat der japanische Adhäsivspezialist Kuraray ein neues Kapitel in der Adhäsivtechnologie aufgeschlagen. Erstmals hat ein Ein-Schritt-System in umfangreichen Studien bewiesen, dass Haftwerte an Schmelz und Dentin auf dem Niveau der bewährten Mehrkomponenten-Systeme möglich sind. Für diese dauerhafte und starke Haftung an Hydroxylapatit im Schmelz und Dentin sorgt das patentierte und seit vielen Jahren im Adhäsivzement PANAVIA erprobte selbstätzende Haftmonomer MDP (10-Methacryloyloxydecyl-Dihydrogen-Phosphat). Der entscheidende Entwicklungsschritt bei Clearfil S3 Bond gegenüber den herkömmlichen Ein-Schritt-Adhäsiven liegt in der neu entwickelten Molekular-Dispersions-Technologie. Damit ist es möglich, die hydrophilen und hydrophoben Monomere in einer Lösung dauerhaft zu vereinen und die Homogenität der Flüssigkeit auch über einen längeren Zeitraum bei Lufteinfluss zu erhalten. Das heißt: Die Hydroxylapatit-Kristalle, die durch den Selbstätzprozess freigeworden sind, werden wieder optimal im Dentin eingeschlossen und bleiben so erhalten. Selbst bei einer Kontamination mit Speichel verliert Clearfil S3 Bond seine starke Haftkraft nicht wie internationale Studien bestätigen. Kein Schütteln, kein Mixen – die neue Einflaschen-Lösung ist sofort einsatzbereit und muss nur einmal aufgetragen werden. Ätzen, Primen und Bonden ist in rund einer halben Minute möglich: 20 Sekunden bonden, 5 Sekunden lufttrocknen und 10 Sekunden lichthärten. Dabei haben zahlreiche Untersuchungen ergeben, dass weder eine Zeitverzögerung bei der Einwirkzeit noch ein zu kurzes Lufttrocknen die guten Haftwerte mindert. Postoperative Sensibilitäten und Aufbissschmerzen werden vermieden. Clearfil S3 Bond eignet sich für die direkte Füllungstherapie mit allen lichthärtenden Kompositen und ist ab Januar 2006 im kompetenten Dentalfachhandel erhältlich.

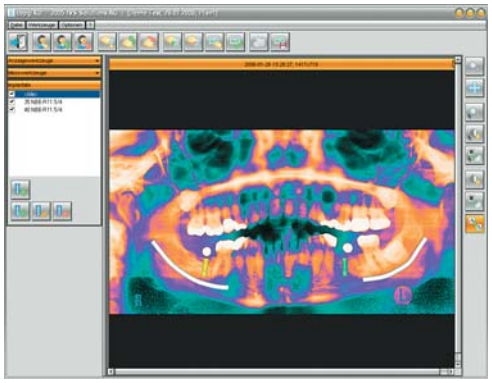
Kuraray Europe GmbH
Tel.: 02 11/53 88 88-0
www.kuraray-dental.de
www.s3-bond.com

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

herstellerinformation

Software:
2-D-Planungssystem für die Diagnostik

Letztes Jahr stellte die IVS Solutions AG das innovative 2-D-Planungssystem copgiX® vor, die ideale Lösung für die Diagnostik und den Einstieg in die Implantatplanung, welche gleichzeitig die Dokumentation und Datenarchivierung erleichtert. Die anschauliche und einfache Darstellung ermöglicht es zudem jedem Zahnarzt, seinen Patienten die geplanten Behandlungen zu verdeutlichen.



Die Vorteile dieser Software liegen u. a. in der präziseren 2-D-Implantatplanung und der durch vielfältige Bildbearbeitungsfunktionen erleichterten Diagnostik (z. B. Kontrastoptimierung, Positiv-/Negativumkehr, Nerv- und Sinusliniendarstellung).

Die genaue Streckenmessung durch Eichung, vielfältige Druckfunktionen, eine umfangreiche Implantatdatenbank sowie die maßstabsgetreue Implantatdarstellung sind ebenso ein Pluspunkt wie der Preis dieser hochwertigen Alternative zur herkömmlichen „Filzstift-Planung“ (495,– € inkl. MwSt.).

Auf Grund des großen Interesses wurde jetzt eine direkte copgiX®-Homepage online gestellt. Auf www.copgix.de kann sich jeder Interessent ausführlich über die Software und ihre Anwendungsmöglichkeiten informieren. Videopräsentationen zeigen die einzelnen Arbeitsschritte und es erfolgt eine anschauliche Erläuterung der Funktionsweise des 2-D-Diagnostik- und Planungssystems.

Ein weiteres Highlight ist die neue kostenfreie Kommunikationsplattform der IVS Solutions AG: unter www.ivs-solutions.de/forum können sich ab sofort alle Nutzer über ihre Erfahrungen austauschen und finden außerdem interessante Informationen über die Produkte. Zusätzlich werden Lösungen zu eventuellen Problemen angeboten und in das Forum eingestellte Fragen werden kompetent und schnell vom Support beantwortet.

IVS Solutions AG
Tel.: 03 71/53 47 380
www.ivs-solutions.de, www.copgix.de

Prothetik:
Individualpfosten aus Titan

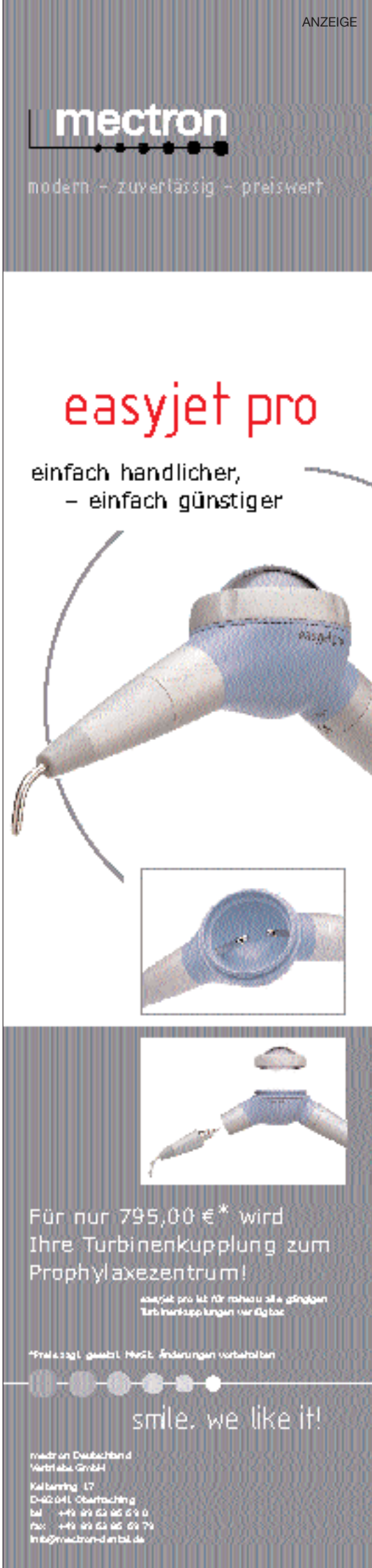
Diese Situation kommt in der Praxis vor: Das Implantat sitzt perfekt, aber die prothetischen Gegebenheiten lassen keinen konfektionierten Pfosten zu. Hier bietet der neue Individualpfosten für das PITT-EASY®-System aus dem Hause ORALTRONICS die Lösung, denn er eignet sich in idealer Weise zur Anfertigung individueller Pfosten selbst bei Abwinkelungen über 25°. Auch ein sehr spezieller Gingivaverlauf erfordert es gegebenenfalls, eine zirkuläre Stufe anzulegen, die aus konfektionierten Pfosten nicht zu erarbeiten ist. Diesen besonderen Erfordernissen wird der massive Individualpfosten gerecht.

Die darauf angefertigte Kronen- oder Brückenversorgung kann zementiert oder individuell horizontal verschraubt werden. Durch direktes Aufbrennen der Titankeramik können auch individuelle zahnfarbene Pfosten oder direkt verschraubte Kronen hergestellt werden. Zur Bearbeitung der Individualpfosten auf dem Modell oder auch im Halteinstrument H.U.G.O. werden Laborschrauben mitgeliefert. Diese haben zur Unterscheidung eine zirkuläre Markierung am Schraubenschaft und sollten während der Laborarbeiten benutzt werden. Die Zentralschrauben hingegen dienen zur endgültigen Fixierung der prothetischen Arbeit im Mund. Zur Bearbeitung werden Titanfräsen empfohlen.

ORALTRONICS
Dental Implant Technology GmbH
Tel.: 04 21/4 39 39-0
www.oraltronics.com

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

ANZEIGE



PLS-Technologie:

Kürzeste Aushärtungszeit

Mit der Polymerisationslampe L.E.Demetron II ist ein Durchbruch in der Lichthärtungstechnologie gelungen – Periodic Level Stiftung (PLS). Dabei handelt es sich um eine bahnbrechende Technologie, die es ermöglicht, Universalfarben sowie hellere Farbtöne in nur 5 Sekunden

auszuhärten. Dank der neuen PLS-Technologie wechselt L.E.Demetron II bei einer Sekunde Aushärtungszeit für $^1/_4$ Sekunde von einer beeindruckenden Ausgangsleistung von 1.200 mW/cm² auf eine Höchstleistung von 1.600 W/cm². Das einzigartige Temperatursteuerungssystem der Demetronlampe garantiert kühle, durchgehend hohe Leistung, ohne die Pulpa zu überhitzen. Das Gerät selbst kann somit nicht überhitzen und schaltet daher nie automatisch ab. L.E.Demetron II verfügt über 5, 10 bzw. 20 Sekunden Timer-Einstellungen sowie über eine Speicheranzeige, die das zuletzt eingestellte Intervall angibt. Das integrierte Radiometer ermöglicht die Überprüfung der aktuellen Leistung.

KerrHawe SA
Tel.: 00800/41-05 05 05, www.KerrHawe.com

Prothetische Restauration:

Stecken statt schrauben!

Seit Ende des letzten Jahres vertreibt die Firma ziterion GmbH, Uffenheim, das von ACE Surgical in den USA neu entwickelte innovative Connect-Implantatsystem in Deutschland. Es wurde ganz nach den Bedürfnissen der modernen und anspruchsvollen dentalen Implantologie von heute entwickelt. Die Innovation des Systems liegt in der völlig neuartigen und erstmals schraubenlosen, rotationsgesicherten, konischen Steckverbindung zwischen dem Implantat und den prothetischen Aufbauten. Dies ermöglicht eine einfache, schnelle und jederzeit problemlose prothetische Restauration. Der Rotationsschutz der schraubenlosen konischen Implantat-/Abutmentverbindung wird über einen inneren Sechskant gewährleistet. Trotz dieser sicheren, bakteriendichten und absolut stabilen Verbindung bleibt die Flexibilität z. B. beim Wechseln der prothetischen Aufbauten jederzeit bestehen.

Neben parallelwandigen, zylindrischen Implantaten stehen ebenso konische Implantate zur Verfügung. Die Bohralveolen für beide Implantattypen können mit nur einem Bohrersatz aufbereitet werden. Das ebenfalls von ACE neu entwickelte Stress-Diversion-System (SDS) der Connect-SDS-Implantate mit konischem Design sorgt darüber hinaus jederzeit für eine gleichmäßige und funktionelle Verteilung der Okklusionskräfte. Alle Connect-Implantate besitzen eine durch RBM (Resorbable Blast Media)

aufgeraute Oberflächenstruktur. Mit dieser in klinischen Studien dokumentierten und in der Praxis bewährten Oberflächenrauigkeit ist eine hohe mechanische Stabilität und Osseointegration der Implantate gewährleistet. Das Connect-Implantatsystem ist FDA-zugelassen, CE-zertifiziert und nach MPG zugelassen. Durch hohe Qualitätssicherheitsstandards wird jederzeit eine gleich bleibende, hohe Qualität aller ACE Implantatprodukte mit lebenslanger Garantie gewährleistet.

ziterion GmbH
Tel.: 0 98 42/93 69-0
www.ziterion.com

Endodontie:

Leichte Winkelstücke

Sirona hat die Endodontie-Winkelstücke SIRONiTi und SIRONiTi Air+ noch anwenderfreundlicher gemacht. Die Winkelstücke zur Aufbereitung von Wurzelkanälen wiegen jetzt weniger als 100 Gramm. Das Gewicht ist einer der entscheidenden Faktoren dafür, ob sich Winkelstücke komfortabel handhaben lassen. Zwei weitere Vorzüge von SIRONiTi und SIRONiTi Air+ sind unverändert geblieben: die griffige und gleichzeitig hygienische Oberfläche und die optimale Lage des Instrumentenschwerpunkts. Beide Varianten des Winkelstücks, SIRONiTi für den Einsatz mit Elektromotoren und SIRONiTi Air+ für Praxen mit Elektro- oder Luftmotoren, sind hinsichtlich Effizienz, Sicherheit und Anwenderfreundlichkeit die erste Wahl bei der Wurzelkanalaufbereitung mit Nickel-Titan-Feilen. So sorgt die Magnetkupplung mit ihrer einzigartigen

Retrorotation für mehr Sicherheit in der Endodontie. Sie kuppelt automatisch aus, sobald das kritische Drehmoment überschritten wird. Das verhindert, dass die Feile im Wurzelkanal blockiert und senkt so das Feilenbruchrisiko erheblich.

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

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

herstellerinformation

Entzündungen:
Enzym aus dem Ananasstängel

Enzyme werden zu Recht als Katalysatoren des Lebens bezeichnet, da sie die wesentlichen Stoffwechselvorgänge im menschlichen Organismus steuern. In der klinischen Medizin spielen neben den parenteral zu applizierenden Proteasen zur Therapie von Thrombosen oder Embolien die oral angewandten proteolytische Enzyme aus Ananas (Bromelaine) die wichtigste Rolle. Der besondere therapeutische Nutzen von Bromelain liegt in seiner antiödematösen, antiinflammatorischen und analgetischen Wirkung bei akuten oder chronisch verlaufenden Entzündungen. So werden durch Bromelain sowohl Entzündungsmediatoren, wie Histamin oder Bradykinin, an der Entzündung beteiligte Enzyme als auch proinflammatorisch wirksame Zytokine beeinflusst. Bromelain unterstützt zusätzlich die Regeneration des geschädigten Gewebes, indem es die bei der Entzündung typische Zellwanderung (Makrophagen via Einfluss auf Adhäsionsmoleküle) kontrolliert und die für die Narbenbildung notwendige Fibroblastennaktivierung ermöglicht. Das pH-Optimum von Bromelain liegt überdies nahe bei dem im Rahmen einer Entzündung auftretenden pH-Wertabfall, sodass im Gegensatz zu den bei neutralem pH-Wert optimal arbeitenden körpereigenen Enzymen nun dank Bromelain eine hohe enzymatische Aktivität zur Verfügung steht.

Ursapharm Arzneimittel GmbH & Co. KG
Tel.: 06 805/92 92-0
www.ursapharm.de

Sofort-Implantations-System:
Minimaler Aufwand, große Wirkung

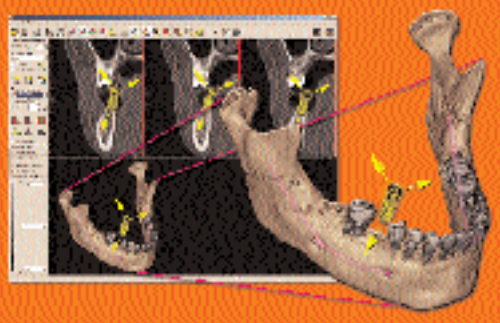
Die neuen KOS-Schrauben sind wahrscheinlich das unkomplizierteste und schnellste System für sofort belastete Prothetik. Ausgestattet mit einem Kompressionsschraubgewinde werden diese Implantate aus Titanlegierung hergestellt, wodurch sie besonders bruchfest sind und im Front- und Seitenzahnbereich eingesetzt werden können. Die einstückig hergestellten KOS-Schrauben lassen sich mit den speziell dafür hergestellten Einbringwerkzeugen in wenigen Minuten in den Kiefer einschrauben. Für harte Kiefer oder den Seitenzahnbereich stehen Knochendehnschrauben zur Verfügung. Es gibt beim KOS-System keine Schrauben, die sich lockern können, was jedem Behandler eine zusätzliche Sicherheit für wirklich festsitzende Prothetik bietet. Die Implantate werden in den Durchmessern 3 mm bis 4,1 mm und Längen 10 mm bis 25 mm hergestellt. Es gibt neben geraden und biegbaren auch 15° und 25° angulierte Ausführungen sowie Implantate mit Kugelkopf. Spezialbohrer in fünf verschiedenen Größen und die erforderlichen Einbringhilfen sowie eine Ratsche runden das Sortiment ab. Für die prothetische Seite stehen Transferpfosten für die Abformung, Laboranaloge und Ausbrennabutments zur Verfügung. Mit den wenigen Teilen des KOS-Sortiments können die meisten der täglich vorkommenden implantologischen Fälle mühelos versorgt werden. Die geringe Anzahl an Einzelteilen bedeutet für die implantologische Praxis minimalen Kapitalaufwand und wenig Lagerfläche. Jeder Zahnarzt schätzt den so entstandenen maximalen Zeitgewinn beim Vorbereiten, Implantieren, der weiteren Versorgung und die dadurch hohe Wirtschaftlichkeit beim Einsatz dieses Systems. Dabei sind die KOS-Schrauben so preiswert, dass jeder Zahnarzt sein Angebot auf dieses Implantatsystem erweitern sollte.

Dr. Ihde Dental GmbH
Tel.: 0 89/ 31 97 61-0, www.implant.com

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

ANZEIGE

Perfekt geplante Implantate



coDiagnostiX®
Planungssystem zur 3D-Diagnostik

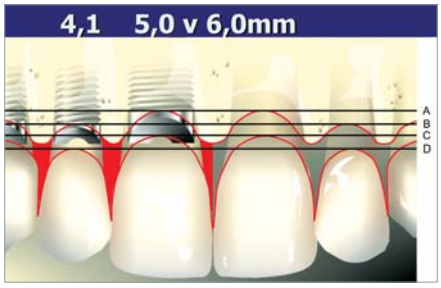
Präzise und sicher implantiert

gonyX®
Koordinatentisch zur Bohrschablonenumsetzung

VoNaviX®
Intra-operatives Navigationssystem für die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

IVS Solutions AG
Annaberger Str. 240
09125 Chemnitz
Germany
Phone: +49-371-5347 3001
Fax: +49-371-5347 123
Email: ivs@ivs-solutions.com
Web: www.ivs-solutions.com

Implantatdesign:
Neue wirtschaftliche Maßstäbe



Das 1-3-1 BPI-Implantatsystem ist das erste weltweit patentierte Scalloped Implantatsystem für maximalen Knochenerhalt und perfekte ästhetische Restaurationen. Für die Anpassung an die jeweiligen Knochenverhältnisse stehen dem Anwender mit CSL (Classic Screw Line), BSL (Biologic Screw Line) und BIZ (Biologic Implant Zylinder) drei Implantatformen mit einheitlicher Aufbauverbindung zur Verfügung, sodass nur ein Tray für die Anwendung der drei Implantatlinien gebraucht wird. Die einheitliche, anatomische EASYFIT-Aufbauverbindung bietet eine absolut richtungsunabhängige, retentionsfreie Entkopplung aller Systemaufbauten sowie eine sichere und verzugsfreie Abformung auch bei extrem divergent stehenden Implantaten als Voraussetzung für eine spannungsfrei sitzende Prothetik und zur Vermeidung von systembedingtem Wiederholungsaufwand bei Laborarbeiten. Mit den multifunktionalen Systemkomponenten wird höchste Wirtschaftlichkeit erreicht. Der Anwender erhält mit dem Implantat (Listenpreise zzgl. MwSt. BSL/CSL 140,– €, BIZ 160,– €) alle erforderlichen Komponenten (Verschlusskappe, Abformpfosten als Abutment beschleifbar und Prothetikschraube) für eine prothetische Standardversorgung inkl. mitgeliefert, womit dem Patienten eine kostengünstige Implantatversorgung angeboten werden kann. Die ideal an das natürliche Knochenkammprofil und den CEJ-Verlauf angepasste Implantatschulter (Scaloped Design) ermöglicht eine zwischen equicrestal und equigingival höhenvariable Positionierung.

BPI GmbH & Co. KG
Tel.: 0 70 31/7 63 17 - 0
www.bpi-implants.com

Bone Splitting:
Osteotome für die Knochenspaltung

Bei geringer Knochenstärke bis zu 3 mm kann der Kieferknochen in der Mitte gespalten und durch spezielle Meißel, die so genannten Osteotome, auseinander gebracht werden. Somit entsteht ein Knochenspalt (Bone Split) zwischen bukkaler und lingualer bzw. palatinaler Knochenlamelle. In den gewonnenen Knochenspalt kann ein Implantat inseriert werden. Die Fa. Aesculap bietet in der ERGOPLANT Instrumentenlinie u. a. auch das Standardinstrumentarium (6 verschiedene Osteotome) für den Bone Split. Das ERGOPLANT Instrumentarium zeichnet sich nicht nur durch das ergonomische Griffkonzept aus, sondern darüber hinaus auch durch intelligente Lösungen: Das „Stufen-Osteotom“ wurde speziell zur sicheren Knochenspaltung bei gleichzeitiger schrittweisen Aufweitung entwickelt.

Um Knochenfrakturen weitgehend zu verhindern, sind die Arbeitsenden so gestaltet, dass der Kieferkamm zunächst nach palatinal und erst danach nach vestibulär aufgeweitet wird. Spongiöse Knochenanteile im Zentrum werden dabei gleichzeitig kondensiert. Nach dem Entfernen des Stufen-Osteotoms ist die „Preselektionsstelle“ für den Implantatbohrer deutlich zu sehen.

Aesculap & Co. KG
Tel.: 0 74 61/ 95-0, www.aesculap.de

Implantologie:
Licht für die Behandlung

In der Chirurgie und Implantologie wird unter schwierigsten Lichtverhältnissen gearbeitet. Mit dem INTRAsurg 300 plus, dem Handstück INTRA LUX CL 10 und dem Winkelstück INTRA LUX CL3-09 bringt KaVo Licht in die Behandlung: 25.000 Lux stehen dem Anwender an der Instrumentenspitze für alle wesentlichen Eingriffe in Chirurgie und Implantologie zur Verfügung. Das Gerät mit nur 5 Tasten ist in kürzester Zeit ganz einfach und intuitiv zu bedienen. Das Programm mit 6 Schritten, bei dem alle Parameter individuell eingestellt werden können, macht das Gerät sehr vielseitig und zukunftssicher. Alle Funktionen können auch per Fußbedienung abgerufen werden.

Das INTRAsurg 300 plus erkennt automatisch, welches der beiden Lichtinstrumente, das Handstück INTRA LUX CL 10 oder das Winkelstück INTRA LUX CL 3-09, verwendet wird und stellt sofort die passende Untersetzung ein. Beide Instrumente bieten genügend Durchzugskraft, um Fräs- und Bohrarbeiten vorzunehmen. Auch bei niedrigeren Geschwindigkeiten steht immer ausreichend Kraft zum Gewinde schneiden und Implantate setzen zur Verfügung.

Der offen sterilisierbare und kollektorlose Lichtmotor INTRA LUX SL 550 bietet im Drehzahlspektrum von 300–12.000 min^{-1} das maximale Drehmoment von 5,5 Ncm. Im oberen Drehzahlbereich wird das Drehmoment zur Schonung des Knochens und zum Schutz des Motors vor Überhitzung reduziert. Falls gewünscht, kann das Drehmoment begrenzt werden. Bei Erreichen von 90% des eingestellten Wertes ertönt ein akustisches Signal, bei 100% schaltet der Motor automatisch ab. Zusätzliche einzigartige Features, wie der intern geführte sterilisierbare Kühlmittelschlauch und die Spülfunktion bei abgeschaltetem Motor, erleichtern die Arbeit wesentlich und tragen zur vollen Konzentration auf den Eingriff bei.

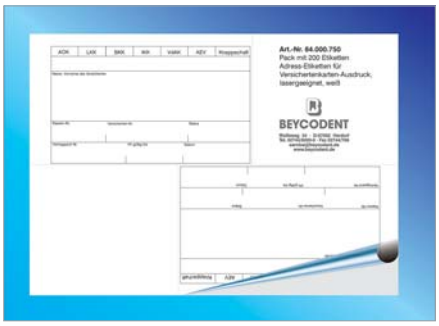
KaVo Dental GmbH
Tel.: 0 73 51/56-15 99, www.kavo.com

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

herstellerinformation

Chipkartenausdruck:
Optimierte Adress-Aufkleber

Die von BEYCODENT angebotenen (seit über 10 Jahren) Adressfelder mit dem Chipkartenausdruck sind auf Grund der inzwischen jahrelangen Erfahrungen für den Praxisbetrieb optimiert worden. Entscheidend war die Qualität am Durchlauf durch die aktuellen Laserdrucker. Ein besonderes Anliegen bei der Entwicklung dieser praktischen Helfer ist auch die universelle Anwendung in jeder Praxis – gleichgültig welche Hardwarevoraussetzungen dort vorgefunden werden.



Interessant ist festzustellen, dass diese von BEYCODENT angebotenen Etiketten die Größe des Chipkartenfeldes überkleben. Überschüssige Papierstreifen, die als Platzhalter drucktechnisch erforderlich sind, müssen also nicht entfernt werden.

Lieferbar sind die neuen Aufkleber in Packungen mit 200 Etiketten. Die Lieferung erfolgt sofort ab Lager über jedes gut sortierte Dentaldepot.

BEYCODENT Beyer + Co. GmbH
Tel.: 0 27 44/92 00 22, www.beycodent.de

Optimale Sicht:
Chirurgie-Mikromotor mit Licht

Der neue SurgicXT Plus von NSK ist ein kluger Chirurgie-Mikromotor mit Licht. Der SurgicXT Plus ist mit einer automatischen Drehmomenteinstellung (Advanced Torque Calibration, ATC) ausgestattet. Der Mikromotor bietet optimale Sichtverhältnisse für oralchirurgische Behandlungen. Um präzise arbeiten zu können, kalibriert das NSK SurgicXT Plus-System die Rotationsgeschwindigkeit und das Drehmoment des Mikromotors passend zum verwendeten Winkelstück, sobald dieses an den Mikromotor angekoppelt wird. Damit ist die Genauigkeit der Geschwindigkeit und des Drehmoments garantiert. Das kluge, programmierbare elektronische System reagiert unmittelbar auf Benutzereingaben. Der SurgicXT Plus kann lang anhaltend in Betrieb sein, ohne dass signifikante Überhitzungserscheinungen auftreten. Zudem hat er ein ergonomisches Design, das komfortabel für jede Handform ist. Die neue Lichtfunktion am Handstück der SurgicXT Plus sorgt für gute Beleuchtung des Arbeitsfeldes und erleichtert, beschleunigt und präzisiert die Behandlung. Der Mikromotor ist der kürzeste und leichteste seiner Klasse und verfügt über eine gute Balance, was besonders bei langen, komplexen Behandlungen die Ermüdung der Hand und des Handgelenks verhindert. Er ist perfekt für alle Handgrößen und ist gegenüber anderen Motoren extrem laufruhig. Der Mikromotor hat einen soliden Titankörper, was sein geringes Gewicht erklärt und seine Haltbarkeit verlängert. Das Verhältnis von großer Kraft (210 W), hohem Drehmoment (50 Ncm) und der umfangreichen Geschwindigkeitsauswahl (200–40.000 min^{-1}) bietet die notwendige Flexibilität, um alle Anforderungen für eine oralchirurgische Behandlung zu erfüllen. Jedes Hand- und Winkelstück hat seine individuelle Kraftübertragungsverhältnis-Charakteristik, um die absolut präzise Geschwindigkeit und das richtige Drehmoment für die komplizierten oral-chirurgischen Behandlungen zu gewährleisten. NSK SurgicXT Plus kalibriert den Mikromotor, um das richtige Kraftübertragungsverhältnis für jedes Winkelstück für den jeweiligen Einsatz einzustellen. Das System bietet hohe Geschwindigkeit, präzise Drehmomentgenauigkeit und zuverlässige Sicherheit während der Behandlung.

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

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

ANZEIGE

Semipermanente Versorgung

Perfekter Halt in nur einer Sitzung

Auf dem Implantat-Markt ist es in letzter Zeit etwas ruhiger geworden. Die Designs haben sich etabliert. Oberflächenstrukturen sind Erfahrungswerte. Unsere Patienten sehen in der künstlichen Zahnwurzel längst keine fragwürdige exotische Variante dentaler Versorgungen mehr. Aber einige Dinge ändern sich doch.

Dr. Hans Sellmann

Rote Ästhetik ist gefragt, auch die Krone auf einem Implantat soll naturgetreu aussehen. Unsere Patienten wollen nicht nur ein Implantat, sie wollen einen optisch schönen Zahn – und das so schnell wie möglich. Während nach wie vor einige Implantologen eine Einheilzeit von mindestens drei Monaten befürworten, setzen andere bereits mit Erfolg auf Direktimplantate, z. B. von Nobel Biocare. Doch auch ein solches Implantat muss einheilen und osseointegrieren. Nun findet sich aber kaum ein Patient, dem es gefällt, für längere Zeit mit einem Metallstumpf im Mund herumzulaufen. Ein Provisorium muss her.

Bewährtes System

Bereits seit längerer Zeit habe ich mich mit dem System der „gusslosen" weißen Krone für den Seitenzahnbereich, der Entwicklung eines zahnärztlichen Kollegen, Dr. Prieshoff aus Cuxhaven, beschäftigt. Neben den Kronen für den Prämolaren- und Molarenbereich hatte er auf der letzten IDS sein vervollständigtes System mit Kronenformen für die Oberkiefer-Frontzähne vorgestellt.

Lassen Sie mich nun Grundsätzliches zu den vorgefertigten Kronenhülsen sowie dem System des dazugehörigen „Ergänzungsmaterials" berichten. Die Krone, zur Restauration eines durch Füllungsmaßnahmen nicht mehr suffizient rekonstruierbaren Zahnes, ist eine Routinemaßnahme geworden. Zeit- und Kostenzwänge, vor allem im vertragszahnärztlichen Bereich, lassen jedoch nach bezahlbaren Alternativen suchen. Dem Patientenwunsch nach einer kostengünstigen, schnellen, schmerzarmen und zahnfarbenen Versorgung steht die zahnärztliche Erfordernis nach höchster Präzision und biokompatiblen Materialien gegenüber. Zahnbehandlung und Zahnersatz sind kein Massenprodukt. Eine Krone lässt sich nicht einfach aus dem Regal nehmen und dem Patienten einsetzen. Zwischenstufen

Abb. 1: Die individuelle Farb- und Formgestaltung der zahlreichen Kronenrohlinge lässt eine optimale Versorgung zu.

Abb. 2: Mit einer kreuzverzahnten Fräse kürzen wir den Rohling so weit inzisal und approximal, dass er spannungs- und störungsfrei sitzt.

der autor:

Dr. Hans Sellmann
Langehegge 330
45770 Marl
Tel.: 0 23 65/4 10 00
Fax: 0 23 65/4 78 59
E-Mail:
dr.hans.sellmann@t-online.de

kontakt:

Calessco® GmbH
Stresemannstr. 46
27570 Bremerhaven
Tel.: 04 71/14 04 80
Fax: 04 71/14 04 84
www.calessco.de

tipp:

Nähere Informationen erhalten Sie mithilfe unseres Faxcoupons auf S. 89.

Abb. 3: Die Kronenformen sind so dimensioniert, dass alle Anforderungen an Länge und Breite selbst bei ausgefallenen Größen erfüllt werden.

Abb. 4: Vom Haftvermittler über den Ergänzungskunststoff bis zum Zementierungskomposit sind im Corona Composition Set alle erforderlichen Komponenten enthalten.

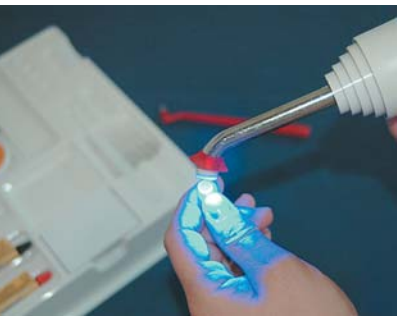


Abb. 5: Tragen Sie den Haftvermittler FinoCal auf den gekürzten Kronenrohling auf und polymerisieren Sie ihn mit Ihrer Lampe.

Abb. 6: Ergänzungskunststoff ComCal anmischen, in der Krone auftragen und auf den Zahn setzen. Überschüsse nach dem Aushärten entfernen und Ränder polieren.

bei der Herstellung von Kronen, wie der Guss im Labor zum Beispiel, können aber entfallen. In manchen Bereichen der Zahnmedizin üben wir so ein Vorgehen schon seit geraumer Zeit aus. Die direkte Kunststofffüllung im Molarenbereich mit modernen Komposits, adhäsiv befestigt und in Schichttechnik erstellt, ist Alltag geworden. Richtig verarbeitet ersetzt sie durchaus das im indirekten Verfahren hergestellte Inlay. Das CAstLESSCOrona Prinzip verwendet eine Kombination von Kronenhülsen „Rohlingen" und einem Ergänzungskunststoff, um eine perfekt sitzende, zahnfarbene Krone in nur einer Sitzung direkt am Behandlungsstuhl anzufertigen und einzugliedern. Dies geschieht ohne Umwege über das zahntechnische Labor. Das System ist wie ein „Baukasten" zu sehen. Es beinhaltet ein großes Sortiment höchst präziser industriell vorgefertigter Kronenhülsen. In der anatomischen Form und Farbgebung sowie bei den verschiedenen Größen sind sie den natürlichen Zähnen täuschend echt nachgebildet. Vielfache Formen, für Oberkiefer-Frontzähne sowie für Prämolaren und Molaren, getrennt für OK und UK, rechts und links stehen zur Verfügung. Die Kronenhülsen sind aus einem hochwertigen Material gefertigt und haben eine Garantie von fünf Jahren.

Randspaltfreie Krone

Wie aber wird aus diesem Rohling eine randspaltfreie Krone? Neben dem Sortiment mit den Kronenhülsen ist der Baukasten mit verschiedenen Materialien erhältlich. Mit diesen komplettieren Sie die Kronenhülse. Das geht einfacher und schneller, als man auf den ersten Blick vermuten würde. Die Präparation des Zahnes in gewohnter Weise bleibt uns und dem Patienten leider nicht erspart. Die Vorteile jedoch überwiegen: Ein Abdruck ist ebenso überflüssig wie ein Provisorium und ein Gegenmodell. Wir wählen aus dem Sortiment den für die entsprechende Stelle passenden Rohling aus. Diesen kürzen wir mit einer Laborfräse so weit, dass er gerade die Zahnfleischgrenze erreicht, ohne in der Okklusion zu stören. Gegebenenfalls können wir die Kaufläche oder die Inzisalkante des Rohlings durch leichtes Einschleifen noch anpassen. Auch approximal ist genügend Material am Kronenrohling vorhanden, sodass wir durch „Reduzieren" einen guten Kontaktpunkt erstellen können. Dabei ist der Rohling so dimensioniert, dass er tatsächlich bei allen infrage kommenden Größen von Zähnen angewandt werden kann. Wenn jetzt der Rohling entsprechend reduziert wurde, wird er mit einem speziellen Dentalkunststoff, einem Komposit, aufgefüllt. Dieser ist im Set enthalten. Das aus zwei Komponenten bestehende Material spachteln wir zusammen und füllen es in die vorbereitete Kronenhülse ein. Das Komposit ist plastisch und so viskös, dass es alle Hohlräume des Rohlings komplett ausfüllt.

Geheimnis Bonding

Das Geheimnis, eine präzise Krone zu schaffen, liegt im speziellen Bonding – dem FinoCal, das die konfektionierte Krone untrennbar mit dem Ergänzungskunststoff verbindet. Selbstverständlich ist das FinoCal, wie alle weiteren noch zu erwähnenden Materialien, in dem Set enthalten, der zusammen mit den Calessco Kronenhülsen geliefert wird. Die Krone setzen wir jetzt zusammen mit dem plastischen Kunststoff auf den isolierten Zahn auf und drücken sie in die Endlage. Das dabei herausquellende überschüssige Material entfernen wir grob mit einem Modellierspatel. Das Gute daran: Es gibt keinen Randspalt! Die Erklärung dafür ist einfach. Die direkte Unterfütterung, bzw. die Ergänzung durch das Dentalkomposit, eliminiert ja geradezu einen Randspalt durch das präzise Adaptieren der Rekonstruktion an die Präparationsgrenze. Und bei dem genau definierten Schrumpfungsgrad des Dentalkomposits in Höhe von maximal 2% ist der Randspalt geringer als bei herkömmlichen Kronen. Die Krone nehmen wir nun nach dem Aushärten vom präparierten Pfeiler herunter. Jetzt arbeiten wir sie aus, das heißt, wir entfernen die Überschüsse. Danach wird sie mit den vorhandenen Polierern, z. B. aus dem Satz 4409 nach ZMF J. Mettler von Komet ohne Wasser und Bimsstein mit dem bei etwa 5.000 Umdrehungen pro Minute laufendem Technikhandstück, perfekt poliert. Kleinere Ungenauigkeiten und ein eventuell fehlender Kontaktpunkt können mit vorhandenen Komposits nach erneutem Bonden mit FinoCal ergänzt werden. Mit dem DuoFix Zement und dem Haftvermittler CalpoSit aus dem Set zementieren wir die Krone jetzt adhäsiv.

Kronenhülse als Provisorium

Wenn mit dem Calessco-System auf dem natürlichen Zahn bereits eine definitive Krone in hervorragender Passform, Präzision und Optik herzustellen ist, dann müsste sich, so dachte ich mir, bei der viel leichteren Situation – wo ein Implantatpfosten gar nicht mehr zu präparieren ist – ein passendes Provisorium mit Leichtigkeit anfertigen lassen. Und natürlich ging das auch. Genau so wie bei einem

Abb. 7: Besonders geeignet sind die Calessco Kronenrohlinge für die semipermanente Versorgung von Sofortimplantaten. Hier der Pfosten des Implantats Regio 46 (Spiegelaufnahme). – Abb. 8: Auswahl des Rohlings.

Abb. 9: Anprobe des gekürzten Rohlings. – Abb. 10: Das fertige Provisorium: Die weite „Ausladung" der semipermanenten Versorgung wurde auf Wunsch des Patienten gewählt, der einen „richtigen" Zahn haben wollte. Gute Pflege des Implantats mit Zahnzwischenraumbürstchen oder Superfloss ist hier sehr wichtig. Vorteil des Calessco-Systems: Durch einfaches Reduzieren des Kronenrohlings kann jede beliebige Form des Provisoriums hergestellt werden.

präparierten Pfeilerzahn, wählte ich den passenden Kronenrohling aus und kürzte ihn. Auch die Approximalkontakte stellte ich durch einfaches Beschleifen ein. Dann isolierte ich das Direktimplantat, „bondete" die Innenseite des Rohlings mit Fino-Cal, mischte den Ergänzungskunststoff an und füllte ihn in den Rohling. Den setzte ich auf den Metallpfeiler, nahm ihn nach nur kurzer Zeit, nach dem der Ergänzungskunststoff ausgehärtet war, herunter, bearbeitete ihn mit dem oben erwähnten Fräs- und Polierset und stellte sicher, dass die Approximalräume gut mit Superfloss zu reinigen waren. Dann zementierte ich das Provisorium mit einem temporären Zement.

Gewinn bringendes System

Ich glaube, dass das Calessco-System praxisreif ist. Ohne Laborkosten, ohne Abdruck, ohne zweite Sitzung und ohne zweite Anästhesie erhält Ihr Patient eine zahnfarbene Krone zu einem sehr günstigen Preis. Die Calessco Krone ist eine echte Alternative für Sie und Ihre Patienten. Das System stellt auch die neueste Variante für die Erstellung eines perfekten Provisoriums zur Überbrückung der Einheilphase bei Implantaten dar. Neben der arbeitstechnischen Seite interessiert Sie aber sicher auch die betriebswirtschaftliche Seite dieses Systems. Die Rechnung ist ganz einfach. Überlegen Sie doch bitte, wie viel Zeit Sie wirklich für die komplette Anfertigung und Eingliederung einer konventionellen Krone brauchen oder aber ob Sie Ihren Patienten mit den Direktimplantaten ohne „Provi" rumlaufen lassen wollen. Halten Sie das gerade reduzierte Kassenhonorar dagegen und schauen Sie auf die (Fremdlabor)kosten. Wo bleibt da Ihr Gewinn? Der Erfinder des Systems, Dr. Prieshoff, hält umfangreiche Beispiele bereit, um zu zeigen, dass sich das (privat liquidierbare) Calessco-System auf jeden Fall rechnet. Gern können Sie auch noch weiteres ausführliches Informationsmaterial, Abrechnungshinweise und Patientenflyer anfordern. II

ANZEIGE

mectron

modern – zuverlässig – preiswert

Knallhart kalkuliert!!!
Jetzt nur noch 690,– €
anstatt 990,– € zzgl. ges. MwSt.

starlight pro 2

Lichtpolymerisation
– flexibel und preiswert

Mobile Lichtpolymerisation leicht gemacht und mit 3 Jahren Garantie*!

Ultraleicht – nur 105 g

Härtet eine Schicht von 2 mm zuverlässig in 10 sec aus

Kapazität von 460 Zyklen à 10 sec pro Akku-Ladung

nur 90 min Ladezeit

2 Modi, „Fast-Curing" und „Slow Rise" wählbar

Sicher dank integriertem Radiometer

* ausgenommen Lichtleiter

smile, we like it!

mectron Deutschland
Vertriebs GmbH

Kaltenring 17
D-82041 Oberhaching
tel +49 89 62 46 64 0
fax +49 89 62 46 64 74
info@mectron-dental.de

Adhäsiver Stift-Stumpf-Aufbau

Dank modernster endodontischer Instrumente und Verfahren stellt die Endodontie für viele Patienten eine Alternative zur Implantologie dar. Doch die instrumentelle und zeitaufwändige Therapie verlangt eine umfangreiche Aufklärung über finanzielle Aspekte und Fragen der Erhaltungsprognose bei bestehendem Restrisiko eines Misserfolges.

Dr. Wolf-Ullrich Mehmke

Eine sichere Endodontie setzt einen bakteriendichten zeitnahen Verschluss der Zugangskavität voraus. Dabei bietet die Adhäsivtechnik die höchste Sicherheit und beste Prognose. Resultierend aus der Vorgeschichte eines endodontisch therapierten Zahnes reicht eine adhäsive Restauration für den Ersatz der fehlenden Hartsubstanz oft nicht aus. Der Defekt wird durch einen Stift-Stumpf-Aufbau (SSA) im Kern aufgebaut und nachfolgend durch Zahnersatz vollendet. Dieser Großteil an zu versorgenden Zähnen stellt hohe Ansprüche an den Behandler und das angewandte System. Bisherige Stiftaufbauten mit direkten oder indirekten Restaurationen aus Metall erfüllen nicht alle Kriterien der Langzeitstabilität und bergen in ihrer Anwendung bekannte klinische Risiken. Die adhäsive Befestigung eines Glasfaserstiftes und der zeitgleiche Composite-Aufbau des Stumpfes bietet eine sichere Alternative. Im Nachfolgenden möchte ich das adhäsive Stift-Stumpf-System von Coltène/Whaledent und dessen klinische Anwendung vorstellen. Die adhäsive Restauration von Zähnen mit transluzenten Glasfaserstiften ist seit fünf Jahren klinisch bewährt und bietet eine gute Langzeiterfahrung.

Vorstellung des Systems

Das ParaPost-System bietet für alle klinisch relevanten Durchmesser eine farb- und tiefencodierte Bohrersequenz mit durchmesseradäquaten Glasfaserstiften. Der Glasfaserstift der neuesten Generation, FiberLux, besteht aus parallel verlaufenden Glasfasern (60 %), welche in einer ausgehärteten Polymer-Harz-Matrix (40 %) eingebettet sind. Zwischen Durchmesser 0,9 mm und 1,5 mm stehen sechs Stärken an Stiften zur Verfügung. Retentionsrillen am Stiftkörper führen zu einer sicheren Verankerung im Wurzelkanal. Der gerundete Stiftkopf mit Antirotationsflächen ermöglicht eine stressfreie und flächige Adaptation des Stumpfmaterials ohne Spannungspotenziale. Der adhäsive Verbund zwischen Zahnsubstanz, Glasfaserstift und Stumpfmaterial wird durch das selbstkonditionierende, chemisch härtende Bondingsystem ermöglicht. Die Verarbeitung des Non-Rinse-Conditioners als auch des ParaBonds entspricht den bekannten Regeln der Kunststofftechnologie. Die Zementierung des Stiftes im vorbehandelten Kanal erfolgt mit dem ParaCem Universal DC-Zement. Dieser ist dualhärtend und zeichnet sich durch eine dünne Schichtstärke (15,8 µm) bei hohen Haftwerten aus. Die Kombination aus extremer Transluzenz des FiberLux-Stiftes und eines dualhärtenden Zementes garantiert eine vollständig ausgehärtete Verankerung. Der ParaCem Universal DC-Zement kann bei kleineren Aufbauten auch direkt nach dem Stiftsetzen als Stumpfmaterial oder zum Einsetzen von Kronen eingesetzt werden. Der ausgehärtete Zement ist sehr fest und lässt sich gut beschleifen. Größere Volumen an verlorener Substanz sind mit dem dualhärtenden Kunststoff ParaCore stabil aufzubauen. ParaCore steht in Pastenform (Handmix) als auch im Automix-System zur Verfügung. Für uns Praktiker erfüllt diese Produktfami-

der autor:

Dr. Wolf-Ullrich Mehmke
Annaberger Str. 109
09120 Chemnitz
E-Mail: dr.mehmke@t-online.de

Abb. 1: Zahnwurzel 13 mit Sequenzbohrer.

Abb. 2: Zustand nach Stiftpräparation.

Abb. 3: ParaPost® FiberLux – ästhetischer transluzenter Wurzelstift.

Abb. 4: Papierspitze nach Bondingsystem.

Abb. 5: Einprobe FiberLux-Stift.

Abb. 6 und 7: Stift-Stumpf-Aufbau mit ParaForm und ParaCore (l.) – beschliffener Aufbau (r.).

tipp:

Nähere Informationen erhalten Sie mithilfe unseres Faxcoupons auf S. 89.

lie das wichtigste Kriterium: Alle Systemkomponenten (Stift, Bond, Zement, Kunststoff) sind in ihrer Chemie grundlegend gleich und führen so zu einer nachweislich sicheren Verbindung aller Anteile eines adhäsiven Stift-Stumpf-Aufbaus. Sowohl die Bohrersequenz mit analogen FiberLux-Stiften als auch das Kunststoffsystem ParaCem Universal DC sind in einer übersichtlichen und praktischen Aufbewahrungsbox gelagert. Das Materialmanagement ist für alle Teammitglieder einfach zu realisieren.

Klinische Einteilung der SSA

Im Vergleich mit anderen zahnmedizinischen Versorgungen lassen sich Stift-Stumpf-Aufbauten nicht einfach „klassisch“ in eine Systematik fassen. In unserer Praxis hat sich folgende Einteilung bewährt. In Abhängigkeit der bestehenden Restsubstanz und der resultierenden Versorgung der Zahnkrone ist eine Unterteilung in einfache, aufwändige und schwierige Situationen sinnvoll. Die einfachen Fälle zeichnen sich durch statisch ausreichend tragende Restsubstanz aus (kleine approximale oder okklusale Kavitäten, Frakturen mit geringem Kronenverlust) und bedürfen häufig nur einer adhäsiven Restauration. Aufwändige Versorgungsformen verlangen geschädigte Zähne, wenn die Restsubstanz deutlich geschwächt ist und ohne einen adhäsiven Stumpfaufbau dessen statische Belastbarkeit nicht gewährleistet ist (multiple großvolumige Kavitäten bei dünner Zahnwandung, großflächiger Kronenverlust und partiellen Frakturen). Diese Defekte sind durch Kunststoffaufbauten zu beherrschen, wobei eine adhäsive Verankerung des Stumpfes über den Wurzelkanaleingang durch Kunststoff-„Zapfen“, Unterschnitte oder einen Glasfaserstift realisiert wird. Vollständige Kronenfrakturen bzw. das weitestgehende Fehlen jeglicher klinischer Kronensubstanz unter Einbezug der Zahnwurzel sind Kriterien für die dritte Gruppe, die schwierigen Fälle. Diese Restaurationen verlangen grundsätzlich eine sichere Fixierung des Stumpfaufbaus durch einen Glasfaserstift.

Präparationsabfolge

Betrachtet man das Wesentliche der Adhäsivtechnik, so steht immer der Erhalt an gesunder Zahnsubstanz im Vordergrund. Für die adhäsiven Stiftsysteme gilt daher, dass der zu ersetzende Aufbau über eine maximal große Verbundfläche an einer größtmöglich zu erhaltenden Restsubstanz verklebt wird. Je größer diese Verbundfläche, desto stabiler die Verankerung und Belastungsfähigkeit des Zahnes mit entsprechendem Aufbau. Bei fortschreitender Zerstörung der Kronensubstanz wandert dieses Interface von koronal nach apikal und wird durch die bestehende Anatomie der Wurzel limitiert. Die Retentionsfläche wird kleiner und sollte in der verbleibenden Hartsubstanz optimiert werden. Als Präparationsabfolge gilt in Abhängigkeit der Restsubstanz folgendes Schema: 1) Entfernung aller Füllungen, Karies, Frakturbereiche und Beurteilung der Restsubstanz, 2) Darstellung der Wurzelkanaleingänge, 3) initiales Erweitern der Kanaleingänge als Kunststoff-Zapfen und 4) Bohrersequenz.

Beginnend mit dem scharfen, an der Spitze schneidenden Vorbohrer wird die Arbeitslänge ermittelt. Weiter aufbereitend (lateral schneidende Sequenzbohrer) wird der Sealer entfernt (Abb. 1). Der optimale Durchmesser des Finalbohrers ist dann erreicht, wenn die Wand des Kanals frei von Wurzelkanalsealer ist. Eine Schwächung der Wurzel und übertriebene Kanalaufbereitung sind zu vermeiden. Bei schwierigen Restaurationen besteht die Möglichkeit, den Stiftdurchmesser zu erhöhen sowie weitere Stifte/Zapfen bei mehreren Kanälen zu präparieren. In extremen Fällen kann die Verbundfläche durch eine deutliche Präparation einer inneren Stufe maximiert werden. Die Vertiefung der Arbeitslänge als auch eine starke Durchmesserhöhung für einen maximalen Stift sind immer unter dem Risiko der Via falsa abzuwägen. Die finale Formgebung des Zahnstumpfes sollte erst nach Abschluss des Stiftaufbaus erfolgen, um eine unnötige Traumatisierung des Zahnfleischs und vorzeitige Schwächung der Restsubstanz zu vermeiden. Gleichzeitig gelingt durch die bestehende Zahnsubstanz eine sichere Trockenlegung. Aus meiner Erfahrung werden die Stifte mit den Durchmes-

sern 1,25 mm und 1,4 mm am häufigsten eingesetzt.
Die eigentliche Präparation und Vorbereitung für einen adhäsiven Stift sind jetzt abgeschlossen (Abb. 2). Der FiberLux wird auf gute Passung einprobiert (Abb. 5) und gegebenenfalls apikal gekürzt. Bei mehreren Stiften ist die zeitliche Abfolge der Stifte zu testen, um im Falle einer Überlagerung der Einschubrichtungen ein stressfreies Einsetzen zu garantieren. Das weitere Vorgehen entspricht der klassischen Adhäsivtechnologie.

Adhäsivtechnologie

Die fertig präparierte Zahnhartsubstanz wird gemäß der Herstellerangabe mit dem Conditioner- und Bondingsystem vollständig adhäsiv vorbereitet. Aus der klinischen Erfahrung ist das Absaugen überstehender Flüssigkeiten aus dem Stiftkanal mit Papierspitzen wichtig (Abb. 4), da sonst die exakte Passung des Stiftes in der genormten Kavität gefährdet ist. Dabei ist die absolute Trockenlegung anzustreben. Der FiberLux-Stift wird desinfiziert und entfettet. Der ParaCem Universal DC-Zement wird 1:1 angemischt und eine geringe Menge zügig mit einem Lentulo blasenfrei eingebracht. Die Hilfe eines Lentulos oder das alleinige Benetzen des Stiftes mit Zement ist der Erfahrung des Behandlers überlassen. Nach Positionierung des Stiftes erfolgt dessen Belichtung und Aushärtung. Unmittelbar im Anschluss wird im selben Arbeitsschritt der Stumpf ausmodelliert und ebenfalls lichtgehärtet. Dabei wird der bereits angemischte ParaCem Universal DC-Zement oder ParaCore benutzt. Bei vollständigem Fehlen der Zahnkrone empfehlen sich die Modellierungshilfen ParaForm, da ein „freihändiges“ Modellieren entfällt und die individuell vorgeformten Kunststoffhülsen einer groben Stumpfform entsprechen (Abb. 6). Das Resultat dieser Therapie ist ein in sich vollständig adhäsivkomplexer Verbund aller Komponenten des Zahnes mit den Stift-Stumpf-Materialien. Innerhalb dieses Systems sind Stressfaktoren, z.B. unterschiedliche chemische Strukturen, Materialspannungen oder Grenzflächen zwischen Werkstoffen verschiedener physikalischer Eigenschaften minimiert. Der sprichwörtliche Stift-Stumpf-Aufbau wird mit der Zahnsubstanz eine einzige Einheit (Abb. 7).
Die adhäsive Stifttechnologie zeichnet sich durch viele Vorteile gegenüber alternativen Systemen aus. Betrachtet man die mechanische Belastungsfähigkeit des einzelnen Stiftes, so sind sowohl der Metallstift als auch der Keramikstift belastbarer. In einem Verbundsystem Zahn-Adhäsiv-Stift, welches der klinischen Realität entspricht, bestehen jedoch keine Unterschiede in der statischen Belastbarkeit aller Systeme. Die natürliche Elastizität des Zahnes und die einwirkenden Scherkräfte führen unter Belastung zu Mikrobewegungen und Rissen in den Grenzschichten Zahn–Zement bzw. Zement–Metall. Diese sind ursächlich für den Verlust von metallischen Stiftaufbauten durch Sekundärkaries, Stiftlockerungen und Wurzelfrakturen. Das Elastizitätsmodul des FiberLux-Stiftes (45) ähnelt stark dem des natürlichen Dentin (18). Titan (110), Edelstahl (193) und Zirkonium (220) sind weitaus unelastischer und erklären somit unterschiedliche Auslenkungen der SSA-Anteile und der Zahnrestsubstanz mit den daraus resultierenden Folgen. Im Vergleich zu direkten aktiven Metallstiften vermeidet der FiberLux-Stift jegliche Spannung durch Gewinde und Zementierungsstress in der Wurzel. Die Adhäsivtechnik erhält durch rein defektorientiertes Beschleifen Zahnsubstanz, vermeidet Übertragungsfehler durch Abformungen/Laborfehler und besticht folglich durch wesentlich weniger Arbeitsschritte unter wirtschaftlichen Aspekten. Hochästhetische Versorgungsformen durch Vollkeramik fordern grundlegend nach einer hohen Transparenz und natürlichen Farbgebung (Kunststoff) des Stift-Stumpf-Aufbaus. Metallfreiheit in Verbindung mit einer ästhetischen, wirtschaftlichen und sicheren Therapie wird heute schon und in Zukunft verstärkt seitens der Patienten nachgefragt. ||

ANZEIGE

kurz im fokus

VDW GmbH: Neuer Direktor

Rainer F. Grote, 39, übernahm am 1. Januar 2006 die Position eines Direktors Marketing und Vertrieb beim Endodontie-Spezialisten VDW GmbH, München. Die Position war nach Wechsel des Stelleninhabers Dr. Markus Böhringer vakant, der zum General Manager Dentsply Australia Pty. Ltd. berufen wurde. Seit 1997 ist Herr Grote in der Dentalbranche zu Hause: bei Schiffer Dental Care Products, bekannt als Hersteller namhafter Zahnbürsten-Markenprodukte. Zunächst als Key Account Manager, seit 2003 als Prokurist für Marketing und Verkauf an Konzernkunden weltweit verantwortlich. Rainer F. Grote ist mit seinen Fähigkeiten und seiner Erfahrung die ideale Besetzung für die konsequente Weiterverfolgung der VDW Wachstumsstrategie mit neuen Produkten für die Endodontie. Die Bereiche Obturation (z.B. BeeFill) und Aufbereitung (M_{two}, FlexMaster) stehen dabei aktuell besonders im Fokus.

www.vdw-dental.com

Nobel Biocare weist Kritik zurück

Nobel Biocare ist den Behauptungen von Universitätsprofessoren aus Göteborg, wonach das Implantat NobelDirect Knochenverlust verursacht, energisch entgegengetreten. „Bis heute liegt nicht die Spur eines Beweises vor, der diese Behauptungen unterstützen würde", sagte Heliane Canepa, Präsident und CEO von Nobel Biocare. „Wir nehmen diese Behauptungen sehr ernst und haben daher unsere klinischen Studien gründlich analysiert. Außerdem haben wir zahlreiche Anwender kontaktiert, ob sie unübliche Beobachtungen gemacht haben. Keine der vorliegenden Informationen bestätigt die Beanstandungen der Professoren." Die schwedische Agentur für medizinische Produkte teilte mit, sie sehe deshalb keinen Grund für einen Rückruf des Implantats. Die Behörde fordert das Unternehmen und die Kritiker der Universität Göteburg zu einem Treffen auf, um die Unterschiede in den Studiendaten zum Implantat erklären zu können.

www.nobelbiocare.com

Produktmanagerin bei Kuraray Dental

Kuraray Dental wächst weiter: Seit Januar verstärkt Nadine Kurz, Kauffrau im Groß- und Außenhandel, als Produktmanagerin Deutschland das engagierte Team in Düsseldorf. Insbesondere gehören die Erweiterung der Service-Angebote an den qualifizierten Dentalfachhandel sowie an die Zahnärzte und Dentallabore zu den vielfältigen Aufgaben der 29-Jährigen. Der japanische Adhäsivspezialist wird in Zukunft den Schwerpunkt seiner Vertriebstätigkeit auf noch mehr Kundennähe und Service legen. Darüber hinaus wird sie mittelfristig als Ansprechpartnerin für die Presse den Kontakt zu Fachjournalisten pflegen.

www.kuraray-dental.de

Verstärkung für GC:
Torsten Gilles ist neuer Vizepräsident

Zum 1. November 2005 hat Torsten Gilles (43) die Verkaufsleitung von GC Europe in Belgien übernommen. Der gelernte Diplom-Chemieingenieur aus Wiesbaden verfügt über eine langjährige Vertriebserfahrung und bringt wertvolle Marktkenntnisse aus der Dentalbranche mit. Bei der Dental Care Company ist Gilles ab sofort für das europaweite Vertriebsgeschäft zuständig. Zu seinem Tätigkeitsbereich gehören u.a. das Key Account Management, die Umsetzung von Vertriebsstrategien auf europäischer Ebene sowie die Verantwortung für das firmeneigene Trainingscenter in Leuven.

Torsten Gilles, Vertriebsprofi und neuer Vizepräsident bei GC Europe.

In der Dentalwelt ist der gebürtige Hesse schon längst kein Unbekannter mehr: Bereits vor seinem Einstieg bei GC Europe war Gilles in diversen leitenden Vertriebspositionen tätig. Zuletzt arbeitete er als Vizepräsident International Sales bei Heraeus Kulzer in Hanau. „Wir freuen uns, mit Torsten Gilles einen kompetenten Verkaufsleiter für unser Unternehmen gefunden zu haben, der zudem noch über mehr als ein Jahrzehnt Vertriebserfahrung im Dentalbereich verfügt", betont Henri Lenn, Präsident von GC Europe.

GC EUROPE
Tel.: 0 89/89 66 74-0
www.gc-europe.de

KSI-Bauer-Schraube:
Umsatzplus für Implantathersteller

Nach einem kräftigen Umsatzplus in 2004 von 28 % beendete die KSI-Bauer-Schraube GmbH mit Sitz in Bad Nauheim das abgelaufene Geschäftsjahr zum

31.12.2005 mit einer weiteren Umsatzsteigerung von 16 %! Nachdem die Sofortbelastung jetzt auch von anderen Implantatherstellern vermehrt propagiert wird, schlägt sich das positiv auf die Verkaufszahlen des Bauer-Implantatsystems nieder. Die Kunden honorieren offenbar die Langzeiterfahrung, die die KSI in dieser Beziehung hat. Durch die Kostendämpfungsdiskussion wird die Suche nach einem einfachen und kostengünstigen Implantatsystem mit der seit Jahrzehnten bewährten Bauer-Schraube in idealer Weise beantwortet. Das System Bauer-Schraube findet immer mehr Freunde. Die Nachfrage nach den im Stammhaus der KSI stattfindenden Fortbildungskursen war so groß, dass in 2005 zwei zusätzliche Veranstaltungen eingefügt werden mussten. Die jeweiligen Kursteilnehmer äußern sich immer sehr positiv über den Kurs „Aus der Praxis für die Praxis!"

Wie in jedem Jahr treffen sich – von der Firma entsprechend unterstützt – auch in 2006 die „Bauerianer" zu einem dreitägigen Gedanken- und Erfahrungsaustausch, diesmal in einem der neuen Bundesländer. Die KSI lässt ihre Einsteiger nicht allein! Sie lädt deshalb ehemalige Kursteilnehmer nach Bad Nauheim zu einem eintägigen Refreshingkurs ein, in dem in kollegialer Runde vornehmlich praxisorientierte Fragen behandelt werden.

KSI-Bauer-Schraube
Tel.: 0 60 32/3 19 11
www.ksi-bauer-schraube.de

Testwochenaktion:
Kronen und Brücken zum Sonderpreis

Ein Angebot der besonderen Art bereitet in diesen Wochen die „smilodent dentalhandelsgesellschaft und zahntechnisches Meisterlabor“ allen Zahnärzten Deutschlands. Jede Praxis hat während der Testwochenaktion die einmalige Gelegenheit, metallkeramische Kronen und Brückenarbeiten egal welchen Umfangs für den Preis von 40,– Euro je Einheit zu erhalten. Die Anzahl der Arbeiten spielt dabei keine Rolle. Sie müssen sich lediglich in einer Sendung (Packet) befinden. Die DHL Express Abhol- und Versandkosten und das nickelfreie Nichtedelmetall sind in diesem Testangebot schon enthalten. smilodent möchte damit den Beweis antreten, dass der in China und der Türkei gefertigte Zahnersatz dem deutschen Qualitätszahnersatz mindestens ebenbürtig ist. Die smilodent-Labore sind vom deutschen TÜV ISO zertifiziert und unterliegen jährlichen Überwachungsaudits. Selbstverständlich werden auch zu dem Aktionspreis von 40,00 Euro nur namhafte CE geprüfte Materialien aus Deutschland verwendet. Wie jede Arbeit der smilodent werden die Aktionskronen und Brücken mehrfach von deutschen Zahntechnikermeistern kontrolliert und erhalten erst nach genauester Überprüfung ästhetischer und funktionaler Qualitätskriterien einen Patientenpass mit fünf Jahren Garantie, sowie eine Konformitätserklärung nach Medizinproduktegesetz. Lassen Sie sich einfach unverbindlich telefonisch beraten.

smilodent
Tel.: 02 01/2 40 55-0
www.smilodent.de

20 Jahre Dent-o-care:
Gewinnspiel zum Jubiläum

Anlässlich ihres 20-jährigen Bestehens im Herbst 2005 veranstaltete die Firma Dent-o-care, Deutschlands Prophylaxe-Spezialist, ein Gewinnspiel mit vielen attraktiven Preisen. Als 1. Preis winkte eine Urlaubsreise an die türkische Riviera inkl. Flug und Aufenthalt in einem 4-Sterne-Hotel. Der Hauptgewinn ging an die Zahnarztpraxis Dr. Sräga nach Kaufbeuren im Allgäu. Als glückliche Gewinnerin konnte Frau Heidi Moser – sie betreibt den dortigen Prophylaxeshop – am 20. Dezember den Gutschein über den Hauptpreis von Herrn Michael Tendl, Assistent der Geschäftsleitung der Dent-o-care GmbH, in Empfang nehmen. Frau Moser bezeichnete die Türkei als eines ihres Lieblings-Urlaubsziele und freute sich sichtlich darauf, in 2006 dort wieder einen wunderschönen Urlaub verbringen zu können. Die Gewinnnummern aller Gewinner sind auch unter www.dentocare.de/verlosung zu finden.

Heidi Moser und Michael Tendl

Dent-o-care, Tel.: 0 81 02/41 12, www.dentocare.de

ANZEIGE

Unglaublich

Kronen ohne Abdruck

Die komplette Zahnrestauration in einer Sitzung
(Chairside: 35-40 Minuten)

Materialaufwand pro Krone ca. 23 €

keine Laborkosten

Garantie von 5 Jahren

Zahnfarbend

Das Calessco-System:

1. Präparieren des Zahnes
2. Krone aussuchen und anpassen
3. Mit Dentalmaterial ergänzen
4. Ausarbeiten und polieren
5. Adhäsiv einzementieren

Calessco® GmbH
castless corona
Strassmannstraße 46 · D 27570 Bremerhaven
Telefon 04 71 - 140 480 · Fax 04 71 - 140 484
www.calessco.de

Klare Strategie und einzigartiges Design

Vor sieben Jahren wurde das Unternehmen W&H Sterilization in der Nähe von Bergamo, Italien, gegründet. Seither blickt es auf eine Erfolgsgeschichte zurück, die ihresgleichen sucht. Was liegt dem zu Grunde und wie war es möglich, innerhalb weniger Jahre ein Spitzenprodukt wie den Lisa Klasse-B-Sterilisator in Europa und International, in einem hart umkämpften Markt, so erfolgreich zu etablieren?

Susann Luthardt

Die Ingenieure Daniele Ongaro und Christian Stempf trafen sich 1999 und entwickelten gemeinsam einen B-Klasse-Sterilisator. Lisa war geboren. Als Tochterunternehmen des W&H Dentalwerks in Bürmoos, Österreich, bestand die Aufgabe von W&H Sterilization darin, sich gegenüber der Konkurrenz zu behaupten und sich in dem erweiterten Geschäftsfeld einen Namen zu machen. Die Kernkompetenz, neben der hochwertigen Qualifikation der Entwickler von Lisa, resultierte vor allem aus der über 100-jährigen Erfahrung in der Herstellung von Instrumenten für Zahnärzte des Mutterhauses in Bürmoos. Deshalb lag es nahe, in der heutigen so wichtigen Frage der Hygiene in der Zahnarztpraxis seitens des Unternehmens einen qualifizierten Beitrag zu leisten.

Das W&H Sterilization Firmengebäude bei Bergamo, Italien.

Überzeugende Bilanz

Das ist mehr als eindrucksvoll gelungen. Lisa Sterilisatoren werden heute in 44 Länder der Welt exportiert. Im Werk in Bergamo werden täglich 30 Sterilisatoren montiert, geprüft, gereinigt und verpackt. Wobei dem Prüfvorgang besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird. Denn die Prüfung, Kalibrierung und Validierung eines Gerätes, wie es gemäß der Norm DIN 13060 für Dampf-Kleinsterilisatoren verlangt wird, dauert ungefähr genauso lange wie der Bau desselben. Insgesamt muss jeder Sterilisator eine Reihe von Tests bestehen, bevor er das Werk verlässt. Um dem Kunden absolute Sicherheit zu gewährleisten und die Prüfung nachvollziehbar zu machen, liefert das Unternehmen die Auswertungen der Tests mit jedem Gerät mit. Dem Zahnarzt wird damit vollkommene Transparenz geboten. Der Anschluss eines Lisa Sterilisators wird von einem Experten vorgenommen und mit einem Übergabeprotokoll abgesichert und dokumentiert. Neben seiner hohen Qualität besticht das Gerät auch durch sein einzigartiges De-

Der Lisa Klasse-B-Sterilisator besticht auch durch ansprechendes Design.

In Bergamo werden die Geräte montiert, geprüft, gereinigt und verpackt.

30 Sterilisatoren verlassen das Werk täglich.

Jedes Gerät wird in einer Reihe von Tests umfassend geprüft.

sign, welches ein Faktor ist, dem im Hause W&H eine bedeutende Rolle zukommt. Grundsätzlich steht für das Unternehmen die Entwicklung des Produktes im Vordergrund, und das umfasst eben auch und vor allem ein Gerät zu liefern, das dem Zahnarzt absolute Sicherheit garantiert.

Klasse-B im Fokus

Ein entscheidender Aspekt der Strategie von W&H Sterilization war deshalb von Anfang an die Konzentration darauf, ausschließlich einen B-Klasse-Sterilisator zu entwickeln und herzustellen. Der Vorteil gegenüber anderen Geräten ist dabei eindeutig die einfache Bedienung und Handhabung von Lisa. Denn egal welcher Zyklus eingestellt wird, der Sterilisationsprozess läuft immer vollständig und gemäß den Vorgaben für die Arbeits- und Wirkungsweise von Klasse-B-Sterilisatoren ab. In der Praxis entfällt damit jeglicher Zeit- und Organisationsaufwand der Entscheidung, für welche Instrumente welcher Zyklus der Richtige und damit der Sicherste ist.

Wichtig ist dies, weil sich die Hygienebedingungen in einer Zahnarztpraxis geändert haben und neue Richtlinien, wie beispielsweise ganz aktuell die neueste Empfehlung des Robert Koch-Instituts, zunehmend zweckmäßige und damit höhere Anforderungen an den Zahnarzt auf diesem Gebiet stellen. Jeder Patient muss heute als Risikopatient betrachtet werden. Die Form der zahnärztlichen Behandlung hat sich gewandelt, Eingriffe werden zunehmend invasiver. Dazu kommt in einer globalisierten Welt eine stetig wachsende Reisetätigkeit, was neben vielen Vorteilen auch Nachteile birgt, wie die Gefahr der Entstehung und sprunghaften Ausbreitung von Epidemien. Jedem Zahnarzt sollte daher bewusst sein, dass es nicht allein um die Sicherheit seiner Patienten geht, sondern ebenso um die seiner Mitarbeiter und seiner eigenen.

Umfassende Philosophie

Mit Blick auf diese Fakten stellt sich die Philosophie von W&H Sterilization umfassender dar, als nur ein gutes Produkt zu entwickeln und dieses nach quantitativen Maßstäben zu verkaufen. Das Unternehmen hat es sich zur Aufgabe gemacht, das gesamte Spektrum der Geräte- und Instrumentenaufbereitung zu erforschen, weiter zu entwickeln und so zur generellen Verbesserung der Hygiene in Zahnarztpraxen beizutragen. Neben der Verantwortung, die in der Gewährleistung von Hygienesicherheit besteht, sind es auch moralische Aspekte, die hier von Bedeutung sind. Deshalb wird W&H Sterilization auch zukünftig viel Energie und Aufmerksamkeit in die Aufklärungsarbeit investieren und an der Fortentwicklung sinnvoller und notwendiger Hygienerichtlinien und Normen aktiv mitarbeiten. II

expertentipp:

Wolfgang Spang

(ECONOMIA Vermögensberatungs- und Beteiligungs-GmbH)

„Hallo Herr Spang,

vielen Dank für den Rat (Anfang 2005), den Immobilien-Fonds der Deutschen Bank zu verkaufen. Schönes Fest. Ihr Dr. M. R.“ Solche E-Mails erfreuen das Herz eines jeden Beraters. Doch nicht alle Klienten folgen so bereitwillig einer Empfehlung. Schwierig ist es, wenn ich Klienten den Wechsel von Fonds empfehle, die gerade in der Hitliste oben stehen („never change a winning horse“) oder wenn ich Fonds empfehle, die eben nicht in der Hitliste ganz oben stehen, wie die von Hinz und Kunz und die von jeder Bank empfohlenen Hitparadenstürmer (z. B. KanAm – „Aber der hat doch in den letzten x-Jahren die höchste Rendite erzielt“). Nach mehr als 26 Jahren Erfahrung im Finanzgeschäft gilt für mich mehr denn je: 1.) Hitlisten sind schlechte Anlageberater. 2.) Was alle oder zumindest sehr viele machen oder empfehlen, muss noch lange nicht gut sein. 3.) Der Entscheidungsansatz: „Wie hoch sind die Verwaltungskosten?“ führt meist zu schlechten Anlageentscheidungen. Superphantastische Anlageergebnisse in der Vergangenheit, wie die der beiden österreichischen Fonds „ZZ1“ und „ZZ2“ heißen gar nichts, wenn das Fondsmanagement nicht in der Lage ist, den Investmentprozess konkret zu erläutern und sich stattdessen in pseudowissenschaftliche Ausführungen flüchtet. Die einzige Konsequenz, die ich daraus ziehe, ist die: „Finger weg, sonst über kurz oder lang Geld weg!“ Weniger Rendite, die Sie nachhaltig erhalten, ist in dem Fall mehr. Anstatt blind das zu kaufen, was in Hitlisten oben steht, sollten Sie sich lieber Zeit für ein Gespräch mit einem kompetenten Berater nehmen und sich vernünftig darüber informieren, wie Sie Ihr Geld gut anlegen können.

P.S. Was mich immer erstaunt sind Zahnärzte, die auf einen Artikel von mir „weitere Informationen“ möchten und wenn ich frage, was genau gewünscht wird, behaupten, Sie hätten nichts angefordert. Wer sich so um sein Geld kümmert, der kümmert sich nicht wirklich um sein Geld!

Deutsche Bank – Die Bank an Ihrer Seite?

Anleger, die ihr Geld in Deka Immobilienfonds angelegt hatten, wurden am Jahresanfang mit schlechten Nachrichten geschockt. Doch die DekaBank löste das Problem relativ elegant und die Anleger kamen mit einem blauen Auge davon. Anders die Deutsche Bank, die im Dezember die Anleger mit der Ankündigung von „Abwertungen“ schockte und kurz darauf den Grundbesitz-Invest „dichtmachte“. Bereits in 2004 und 2005 hatte die DB Real Estate ein Paket aus drei Immobilien des Grundbesitz-Invest zweimal abgewertet und dies mit der Verschlechterung des deutschen Immobilienmarktes gerechtfertigt. Nach der Abwertung wurde das Immobilienpaket für rund 350 Mill. Euro an den australischen Investor Rubicon verkauft. Die Abwertungen gingen selbstverständlich zu Lasten der Anleger. Das Paket wurde dann am 9. Dezember als australischer REIT von den Investmentbankern der Deutschen Bank an die Börse gebracht. Rubicon zahlte am 14. Dezember – einen Tag nach der Fondsschließung – den vereinbarten Preis, der um knapp 3% unter dem von Gutachtern ermittelten Verkehrswert lag. Ein Interessenkonflikt innerhalb der Deutschen Bank scheint in dieser Konstellation und mit diesem Timing fast unvermeidlich. Der IPO-Prospekt der Deutschen Bank für Rubicon spricht übrigens von besten Aussichten für genau diese Objekte. Die angegebenen Mietrenditen implizieren dabei, dass eine Abwertung im Grundbesitz-Invest keinesfalls nötig gewesen wäre …

Im Januar 2006 meldet die DB Real Estate, dass ein ausländischer Investor an einem weiteren Immobilienpaket im Wert von 1 Milliarde Euro interessiert sei! Der 6 Milliarden schwere Fonds könnte so ein Sechstel seines Vermögens günstig veräußern, um wieder zu Liquidität zu kommen. Und das Schöne daran: Man muss nach der Schließung nicht mühevolle Abwertungsmechanismen einhalten, sondern kann gleich unter Buchwert an den Investor verkaufen. Wer trägt den Schaden? Richtig, die Anleger, die feststellen werden, dass ihr Anteilspreis nach Öffnung des Fonds deutlich sinkt. Es wird spannend, ob der vermeintliche Investor die Immobilien dann wieder als REIT an die Börse bringt, gemeinsam mit der Deutschen Bank und einem freundlich klingenden Emissionsprospekt mit guten Zahlen zu den Immobilien. Letztlich weiß auch die Deutsche Bank, dass nach Öffnung des Fonds die nächste Liquiditätskrise droht. Denn Anleger werden in großer Zahl ihr Geld zurückhaben wollen, egal was sie dabei verlieren. Und so wäre es nur logisch, wenn die Deutsche Bank gleich den gesamten Immobilienbestand veräußert. Dazu wird man mögliche Käufer nur dann finden, wenn die Immobilien günstig erworben werden können, also Abwertungen vorgenommen werden. Und was liegt näher, als genau so vorzugehen? Den Abwertungsschaden tragen die Anleger des Grundbesitz-Invest und nicht die DB Real Estate oder die Deutsche Bank. Im Gegenteil: Bringt der vermeintliche Investor die gleichen Immobilien wieder als Real Estate Investment Trust (REIT) an die Börse, so kann die Deutsche Bank als Leadmanager nochmals verdienen.

Die richtige Anlage in Immobilienfonds

Wir halten es für gut möglich, dass weitere Fonds in absehbarer Zeit mehr oder weniger hohe Abwertungen auf den Immobilienbestand vornehmen müssen oder in Liquiditätsschwierigkeiten kommen wie die KanAm Fonds. Wir gehen aber davon aus, dass die Muttergesellschaften der Problemfonds die Probleme ähnlich lösen wie die Deka u. a. Deren Anleger kamen mit einem blauen Auge davon, konnten ihre Anteile ohne Sperre jederzeit zurückgeben und müssen für einige Zeit mit recht niedrigen und unattraktiven Erträgen zufrieden sein. Zum Glück gibt es noch ein paar wenige offene Immobilienfonds, die immer noch kaufenswert sind. (Volker Schilling/ Edgar Mitternacht)

Eine Liste mit Kauf-/Verkauf- und Halten-Empfehlungen können Sie anfordern bei:

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

Immobilienkapitalanlage

Sichere Vorsorge

82 % aller Deutschen sind der Meinung, dass man mit Immobilien „gut und sicher vorsorgen" kann. An erster Stelle stehen dabei die selbstgenutzten Häuser und Wohnungen. Aber auch Immobilien, die als Kapitalanlage gekauft werden, stehen hoch im Rang.

Wolfgang Spang

der autor:

Wolfgang Spang
von der ECONOMIA Vermögensberatungs- und Beteiligungs-GmbH
Tel.: 07 11/6 57 19 29
E-Mail: info@economia-s.de
www.economia-s.de

Eigentumswohnungen waren bis Anfang der 80er-Jahre der große Renner. Doch die Bauherrenmodell-Pleite, die immer mieterfreundlichere Gesetzgebung und geringe Mietrenditen von 1,5 bis 3,5 % sorgten dafür, dass sie in der Beliebtheitsskala abrutschten. Schlechte Erfahrungen mit Mietern und ein erheblicher Verwaltungsaufwand haben dazu geführt, dass immer weniger Investoren diese Anlageform schätzen. Sinnvoll sind Käufe nur an Standorten, die Sie selber genau kennen und wo Sie bei Bedarf die gesamte Verwaltung selbst übernehmen können, also im Fahrumkreis von einer Stunde zu Ihrem Wohnort.

Gewerbeimmobilien haben im Vergleich zu Wohnimmobilien den Vorteil, dass sie i.d.R. deutlich höhere Mieterträge abwerfen, was für Kapitalanleger wichtig ist. Für Direktkäufe gilt das Gleiche wie beim Kauf von Wohnimmobilien. Kaufen Sie nur dort, wo Sie den Markt und die Lage beurteilen können. Beliebt sind bei Ärzten an erster Stelle die Praxisimmobilien. Aber auch hier gilt wie bei Wohnimmobilien: Der Verwaltungsaufwand und das Vermietungsrisiko dürfen nicht unterschätzt werden, sofern Sie nicht selber der Mieter sind.

Außerdem sind Sie bei sinnvollen Objekten immer mit einem größeren Betrag dabei, das heißt, Sie haben u. U. mit dem Direktkauf einer Gewerbeimmobilie plötzlich auch ein ziemliches Ungleichgewicht bei der Verteilung Ihrer Kapitalanlagen. Nicht umsonst heißen Immobilien nicht nur so, sie sind auch immobil. Oft vernachlässigen Investoren diesen Aspekt und erleben dann schmerzhaft, dass sie durchaus vermögend sind, aber illiquid. Der Vorteil dieser Form des Investments besteht in der alleinigen Verfügungsgewalt. Sie allein bestimmen, an wen Sie vermieten und wann Sie verkaufen.

Immobilienaktien (REIT)

REITs sind börsennotierte Aktien von Unternehmen, die ertragsbringende Immobilien besitzen und meist auch selbst verwalten. Einige REITs finanzieren auch Immobilien. Der große Vorteil dieser Aktien bzw. von Investmentfonds, die ausschließlich in REITs investieren, liegt darin, dass Sie a) börsentäglich über Ihr Geld verfügen können und damit sehr liquid sind und b) passgenau den gewünschten Betrag, den Sie in Ihrer Vermögensstruktur wünschen, indirekt in Immobilien investieren können. Wie es aber bei Aktien nun einmal ist, unterliegen diese Kursschwankungen. Typischerweise schwanken REIT(-Fonds) weniger als „normale" Aktien und mehr als Anleihen. Professionelle Investoren verwenden sie gerne als Beimischung zum Portfolio, weil die Kursentwicklung von REITs vor allem in den USA wenig mit der von Aktien und Anleihen korreliert. Im europäischen Raum ist die Korrelation zwar nicht ganz so niedrig wie in den USA, aber immer noch niedrig.

Offene Immobilienfonds

Offene Immobilienfonds sind Wertpapiere, die täglich gehandelt werden und sie verbriefen einen Anteil am Sondervermögen der Fondsgesellschaft. Das Fondsvermögen wird in (Gewerbe-)Immobilien bzw. liquide Mittel investiert. Bis vor kurzem galten offene Immobilienfonds als sehr sichere Anlagen mit sparbuchähnlicher konstanter Wertentwicklung. Die Erträge lagen über Jahrzehnte hin-

weg bei rd. 5 % pro Jahr und waren selbst in Hochzinsphasen für Anleger recht interessant, weil regelmäßig nur ein Teil der Erträge steuerpflichtig war. Im letzten Jahr jedoch geriet die äußerst heile Welt der offenen Immobilienfonds ordentlich durcheinander, z. B. beim Grundwert Fonds (Dresdner Bank), Deka Immobilienfonds (Deka/Sparkassen), DIFA (DG-Bank/Volks- und Raiffeisenbanken) oder dem Grundbesitz-Invest (Deutsche Bank). Von derzeit 26 offenen Immobilienfonds am Markt halten wir noch vier für kaufenswert, die meisten sollten Sie besser verkaufen und nur wenige halten. Was zeichnet gute offene Immobilienfonds aus: 1.) keine sanierungsbedürftigen Altbestände, 2.) hohe Vermietungsquoten nahe 100 %, 3.) Streuung der Immobilien auf verschiedene Länder, 4.) keine „Riesenobjekte" mit eingeschränktem Käufermarkt und 5.) ausreichend Liquidität.
Einer der vier empfehlenswerten offenen Immobilienfonds ist z. B. der von Sebastian Lohner verwaltete TMW Immobilien Weltfonds. Der aus dem Hause Oppenheim stammende, im Juni 2005 gegründete offene Immobilienfonds ist einer der jüngsten am Markt. Wertberichtigungs- oder Liquiditätsprobleme sind ihm deshalb völlig fremd. Kein Anbieter von offenen Immobilienfonds geht dabei mit der Auskunftsbereitschaft so weit wie die TMW. Mit 200 Mio. € Volumen gehört der Fonds zwar noch zu den kleineren Anbietern, kann aber auf seiner Einkaufstour von der aktuell schlechten Stimmung sehr gut profitieren. Derzeit sind vier Objekte im Fonds, ein fünftes steht kurz vor dem Abschluss.
Fazit: Vorbildliche Kommunikation mit den Investoren, gepaart mit einem der größten Immobilienspezialisten der Welt (Prudential!), machen aus diesem jungen Fonds ein Vorzeigeprodukt für die Branche.

Geschlossene Immobilienfonds

Geschlossene Immobilienfonds sind geeignet, wenn Sie Ihr Geld langfristig anlegen möchten und auf gute Mieterträge wert legen, aber dabei eine „pflegeleichte" Investitionsvariante suchen. In der Vergangenheit wurde die Anlageform besonders gern als Steuersparvehikel missbraucht, was in vielen Fällen dazu führte, dass aus den steuerlichen Verlusten echte finanzielle Verluste wurden. Zum Glück stoppte der Gesetzgeber diese unsinnige und für Anleger meist unerfreuliche Entwicklung. Inzwischen gibt es sehr wohl Angebote am Markt, die seriös sind, mit denen Anleger wirklich verdienen und die das halten, was sich Anleger von dieser Anlageform versprechen: a) langfristig erzielbare hohe Mieten, die echte Ausschüttungen von 6 % und mehr pro Jahr ermöglichen, was bei einem Zinsniveau von 3,5 % für eine 10-jährige Bundesanleihe sehr attraktiv sein kann, vor allem dann, wenn die Erträge auf Grund von Doppelbesteuerungsabkommen (teilweise) steuerfrei sind; und b) passgenaue Investitionssummen. Das funktioniert natürlich nur, wenn die „weichen Kosten" niedrig sind, der Anbieter seriös und erfahren ist und über Expertise und Vor-Ort-Präsenz auf internationalen Immobilienmärkten zurückgreifen kann. Die geschlossenen Immobilienfonds dieser Anbieter zeichnen sich z. B. durch wirklich langfristige Mietverträge (mehr als 15 Jahre Laufzeit) mit „upwards only" Mietanpassungsklauseln usw. aus.
Einer der profilierten Anbieter in diesem Segment ist sicher die IVG AG, Bonn, die ursprünglich auf geschlossene Immobilienfonds für institutionelle Anleger spezialisiert war und erst seit geraumer Zeit immer wieder Perlen für private Anleger anbietet. Ein Bestandteil des Pakets bei der IVG ist z. B. die Notfallsicherung, die bei Arbeitslosigkeit, Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und Tod eine „Verkaufsoption" zu sehr fairen Bedingungen vorsieht. II

ANZEIGE

Zum 50. Mal: „Auf dem Holzweg“

Ob Harry Potter, James Dean oder Horst Köhler, Autor Martin Hausmann versteht es seit 1998, die Leser der ZWP mit seinen Rätseln hinters Licht zu führen. Zum Jubiläum sprach unsere Redaktion mit dem Journalisten, Wirtschaftsredakteur, Illustrator und Karikaturisten über den 50. „Holzweg“.

Claudia Hartmann

Herzlichen Glückwunsch, Herr Hausmann, die beliebte Rubrik „Auf dem Holzweg“ erscheint in dieser Ausgabe bereits zum 50. Mal! Wie sind Sie eigentlich darauf gekommen, andere Leute literarisch in die Irre zu führen?

„Literarisch?“... Vielen Dank für die Blumen. Im Grunde genommen war es anfangs gar nicht geplant. Ich hatte einmal irgendwo irgendwas über die Stadt Wien gelesen. Dabei bin ich über zwei Grafiken gestolpert: Wien und Österreich nach dem Zweiten Weltkrieg; jeweils aufgeteilt in die vier Besatzungszonen der damaligen Siegermächte. Und eben diese Grafiken erinnerten mich stark an das Nachkriegsdeutschland und das geteilte Berlin. Nun fing ich an weitere Ähnlichkeiten dieser beiden Städte und Staaten zu recherchieren. Sei es geografisch, politisch und gesellschaftlich, oder auch ungewöhnlich; oder hätten Sie gewusst, dass eine Fußballmannschaft aus Wien einmal deutscher (!) Fußballmeister war?

Nein, wann soll das gewesen sein?

1941, mit Rapid Wien. Und all diese Informationen formulierte ich schön missver-

der autor:

Martin Hausmann wurde 1967 in Nürnberg geboren, lebt seit 1996 im Allgäu und arbeitet als freier Journalist, Wirtschaftsredakteur, Illustrator für Kindergeschichten, Cartoonist und Karikaturist für verschiedene Tages- und Wochenzeitungen. Seit 1998 zeichnet er die Karikaturen für die ZWP; die Rubrik „Auf dem Holzweg“ erscheint seit 2001 exklusiv unter seiner Autorschaft.

ständlich in einen Text, von dem man beim Durchlesen unweigerlich annehmen musste, es werde Berlin beschrieben.

Und tatsächlich war es Wien …
Richtig. Nun fing ich an noch weitere derartige Rätsel zu schaffen und stellte sie im Herbst 2000 Ihrer Redaktion vor. Tja, und offensichtlich hatte es der ZWP-Redaktion gefallen, sonst säßen wir ja nicht hier …

Woher nehmen Sie jedes Mal die Ideen für Ihre kniffligen Fragen?
Damit überrasche ich mich selber immer wieder. Im Ernst! Denn die Ideen kommen ganz unterschiedlich. Ich sitze nicht da und grübele, was ich denn schreiben könnte. Es sind vielmehr ganz alltägliche Situationen, bei denen auf einmal der Zündfunke überspringt. Das kann beim Radio hören sein, beim Auto fahren oder auch mitten in einem Supermarkt. Ich höre oder sehe etwas und habe die Idee. Wie kürzlich, ich lese in der Zeitung eine kleine Mitteilung, dass die Schauspielerin Renée Zellweger in einem Spielfilm die Rolle der britischen Kinderbuch-Erfolgsautorin Beatrix Potter spielen wird. Tja und die Begriffe „britisch“, „Kinderbuch“, „Erfolgsautorin“ und nicht zuletzt der Name „Potter“ reichten mir dann, um mehr darüber erfahren zu wollen und ein Rätsel über „Harry Potter“ zu schreiben. Dann werden Bücher gewälzt, der Brockhaus durchgeblättert, das Internet befragt und, und, und … Wichtig ist mir hierbei, dass ich völlig unterschiedliche und vor allem verlässliche Quellen habe, aus denen ich mich informiere. Das Internet alleine hilft da nicht weiter, denn dort schreibt schon gern einmal der eine vom anderen ab. Und wenn sich auf diesem Wege eine Fehlinformation oder Falschmeldung verbreitet, ja, dann würde ich ja am Ende selbst auf den „Holzweg“ gelangen.

Ihre Karikaturen kommen bei unseren Lesern sehr gut an. Woher können Sie so gut zeichnen bzw. was sind sonst Ihre Hobbys, außer vielleicht andere Menschen auf den Holzweg zu schicken?
Also bei Hobbys muss ich von vornherein passen. Ich spiele kein Fußball, ich sammle keine Briefmarken und hab auch keine Modelleisenbahn. Und Malen als Hobby? Nun, auf meiner Steuererklärung steht, es sei mein Beruf: Journalist, Illustrator und Karikaturist. Ich verdiene also meine Brötchen damit, und das kann durchaus stressig werden. In Spitzenzeiten arbeite ich schon einmal zwei bis drei Stunden am Tag – durchgehend!

Passend zu Ihren politischen Karikaturen – sehen Sie selbst noch durch bei Praxisgebühr, Zahnersatz & Co.?
Nö, aber ich glaube, dieses Schicksal teile ich mit dreiviertel bis viervierteln der Bevölkerung. Kritisch wird es für einen Karikaturisten nur dann, wenn die Realität die Satire überholt. Da möchte man mit seiner Karikatur etwas auf die Spitze treiben und dann kommt da so ein Großkoalitionär und bringt just diesen Witz als Reformvorschlag.

Haben Sie einen „Lieblingsholzweg“, der besonders spannend oder lustig war?
Weder noch, eher heikel. Das war ganz zu Beginn der Rätselreihe. Da habe ich ein Rätsel über „Helmut und Hannelore – das Kanzlerehepaar“ gemacht. Hier sollte alles auf Helmut Kohl und seine Gattin Hannelore hinauslaufen, während Helmut Schmidt mit Gattin Loki, die eigentlich Hannelore heißt, die Lösung war. Kurz vor dem Drucktermin wurden wir vom plötzlichen Tod von Hannelore Kohl überrascht. Da verlangte allein schon die Pietät, dass das Rätsel umgeschrieben wird – in kürzester Zeit. Und bereits eine Ausgabe später verglich ich München mit New York, in dem der Englische Garten dem Central Park ähnelte und die „Bavaria“ zur Freiheitsstatue wurde. Als weitere Sehenswürdigkeit umschrieb ich in der Urfassung auch noch die Münchner Frauenkirche als ein Gebäude mit markanten Zwillingstürmen. Auch das musste kurzfristig geändert werden – das war September 2001!

Wurden Sie selbst schon einmal auf den Holzweg geschickt?
Sie können es ja mal probieren …

Zum Schluss: Wie finden Sie eigentlich die ZWP Zahnarzt Wirtschaft Praxis?
Gut, soweit ich das als Nicht-Mediziner überhaupt beurteilen kann. Sie haben aber auch viele Sachen, die auch für die Allgemeinheit interessant sind, etwa diese originellen Karikaturen und die pfiffigen Rätsel …

Vielen Dank für das Interview!

ZWP ZAHNARZT WIRTSCHAFT·PRAXIS

Zahnärzteforum e.V.

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

Verleger: Torsten R. Oemus

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Redaktion:
Carla Schmidt — Tel. 03 41/4 84 74-1 21
carla.schmidt@oemus-media.de

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

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

Leserservice
Carla Schmidt — Tel. 03 41/4 84 74-1 21
carla.schmidt@oemus-media.de

Offizielles Mitteilungsorgan des Zahnärzteforums e.V.

Anschrift: Zahnärzteforum e.V.
Herzog-Wilhelm-Straße 70
38667 Bad Harzburg
Tel.: 0 53 22/55 31 56
Fax: 0 53 22/5 42 79
E-Mail: zahnaerzteforum@aol.com
www.zahnaerzteforum.de

Beirat:

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

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

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

Dr. Josef Schmidseder
Präsident DGKZ — Tel. 0 89/29 20 90
josef.schmidseder@drschmidseder.de

Dr. Werner Hotz
Präsident DZOI — Tel. 0 75 71/6 32 63
hotz@dzoi.org

Prof. Dr. Andrej M. Kielbassa
Chefredakteur
Dentalhygiene Journal — Tel. 0 30/84 45 63 03
andrej.kielbassa@medizin.fu-berlin.de

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

Dr. Karl Behr
Chefredakteur Endo Journal — Tel. 0 81 41/53 46 60
dr.behr@t-online.de

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

Harry-Peter Welke
1. Vorsitzender ZÄ-Forum — Tel. 0 53 22/55 31 56
h.p.welke@zahnaerzteforum.de

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

Verlags- und Urheberrecht: Die Zeitschrift und die enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlages. Bei Einsendungen an die Redaktion wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Mit Einsendung des Manuskriptes gehen das Recht zur Veröffentlichung als auch die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten in deutscher oder fremder Sprache, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken zur Herstellung von Sonderdrucken und Fotokopien an den Verlag über. Für unverlangt eingesandte Bücher und Manuskripte kann keine Gewähr übernommen werden. Mit anderen als den redaktionseigenen Signa oder mit Verfassernamen gekennzeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Der Verfasser dieses Beitrages trägt die Verantwortung. Gekennzeichnete Sonderteile und Anzeigen befinden sich außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Für Verbands-, Unternehmens- und Marktinformationen kann keine Gewähr übernommen werden. Eine Haftung für Folgen aus unrichtigen oder fehlerhaften Darstellungen wird in jedem Falle ausgeschlossen. Gerichtsstand ist Leipzig.

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

Unternehmen:	Seite:
ACTEON	49, 55
ADVISION	95
Airnergy	101
BEYCODENT	Postkarte
Björn-Eric Kraft	4
Bluemix	113
BPI	45
Brother International	Einhefter
Calessco	99
Coltène/Whaledent	15
computer konkret	12
Dentegris	81
DENTEK	82
Dexcel Pharma	97
DGZI	57
Dr. Ihde	79
DZOI	78
FUNDAMENTAL	77
GC Germany	17
HI-TEC Implants	61
ic med	Postkarte, 13
InteraDent	33
intersanté	43
IVS Solutions	85
KaVo	7
K.S.I.-Bauer-Schraube	47
KerrHawe	21
Klösterl-Apotheke	59
Knoflach	113
Kuraray	Postkarte Titel
m&k	65
mectron	9, 53, 83, 93, Beilage
METASYS	103
my communications	115
NEMRIS	91
New Image Dental	25
Nobel Biocare	116
Nordiska	Postkarte
NSK	5, 31
Oraltronics	2
OWANDY	Postkarte
R-dental	3
Semperdent	19
Septodont Pharma Dental	87
Sirona	11
smilodent	107
Solutio	29
TePe	109
TRINON Titanium	75
URSAPHARM Arzneimittel	63
US Dental	Postkarte
VELOPEX	26, 27
W&H	23
WTS-Wassertechnik	73
ZA	Beilage
Zahnersatz Müller	41
ziterion	42

Innsbruck/Österreich

– Praxis zu verkaufen –

Große Privatpraxis bestehend aus:

- 4 Behandlungsräumen (jeder mit Hantgen und Panorama)
- davon 2 mit neuen Einheiten
- 2 kompl. eingerichtete Räume für 3. Zahnarztsitze

Als Doppelpraxis bestens geeignet!

Aus Altersgründen zu verkaufen.

Informationen: Hannelore Knoflach, Tel.: +43-512/26 80 80

ZWP ZAHNARZT WIRTSCHAFT·PRAXIS

Heftvorschau 2006

ZWP 1+2: Implantologie

zwp spezial 1: Bleaching/Cosmetic Dentistry

ZWP 3: Praxiskonzept: Privatpatient

zwp spezial 2: Hightech-Prothetik

ZWP 4: Zahnheilkunde 50+

zwp spezial 3: Knochenregeneration

ZWP 5: Patientenorientierte Behandlungskonzepte

zwp spezial 4: Praxishygiene

ZWP 6: Zahnerhaltung um jeden Preis?!

zwp spezial 5: Parodontologie/Prophylaxe

ZWP 7+8: Cosmetic Dentistry

zwp spezial 6: Implantologie

ZWP 9: Die Zukunftspraxis

zwp spezial 7: Laserzahnmedizin

ZWP 10: Praxiskonzept: Kassenpatient

zwp spezial 8: Designpreis 5

ZWP 11: Kinderzahnheilkunde

zwp spezial 9: Ganzheitliche Zahnmedizin

ZWP 12: Volkskrankheit Parodontitis

zwp spezial 10: Endodontie/KONS

„Wenn man glücklich ist, soll man nicht noch glücklicher sein wollen."

[Theodor Fontane]

Martin Hausmann

Hoch die Tassen, vor Ihnen liegt der 50. Holzweg! Jawohl, bereits fünfzig Mal durfte ich Sie in die Irre führen – oder auch nicht. Denn immerhin gab es bei nur drei der zurückliegenden 49 Fragen keine richtige Antwort. Und damit das auch so bleibt, wünsche ich Ihnen viel Glück, vor allem aber viel Aufmerksamkeit. Denn selbstverständlich werden wir auch heute nur unter den richtigen Einsendungen die kostenlose Teilnahme an einem Oemus-Media-Fortbildungskurs Ihrer Wahl verlosen.

Doch zunächst die Auflösung des letzten Rätsels: Er war vieles, etwa Mitbegründer der CDU in Wiesbaden, Vorsitzender des Verwaltungsrates der Landeszentralbank in Hessen und Mitglied des Deutschen Bundestages, in dem er dem Ausschuss für Wirtschaftspolitik, Geld und Kredit sowie dem Sonderausschuss für das Londoner Schuldenabkommen angehörte. Die Rede ist von Erich Köhler, dem ersten Bundestagspräsidenten der Bundesrepublik Deutschland; geboren in Erfurt 1892, der im letzten Rätsel gesuchten Jahreszahl. Protokollarisch gesehen ist nicht nur das Amt des Bundespräsidenten, sondern auch das des Bundestagspräsidenten über dem des Bundeskanzlers angesiedelt. Der entscheidende Hinweis, dass es sich hierbei nicht um Horst Köhler handeln konnte, ergab sich aus der Anzahl der Amtsinhaber. Da kann die Bundesrepublik bislang neun Bundespräsidenten vorweisen, hingegen zwölf bei dem Amt des Bundestagspräsidenten. Aus gesundheitlichen Gründen trat Erich Köhler am 16. Oktober 1950, nach einer nur etwa ein Jahr und einen Monat dauernden Amtszeit, zurück. Das wusste auch Dr. Ronald Schickedanz aus Göttingen. Herzlichen Glückwunsch!

Hoch hinaus

Begeben wir uns auf eine kleine Rätselreise in unser schönes Nachbarland. Berühmt ist es für seine durch kulinarische Köstlichkeiten gekennzeichnete Küche, seine berühmten Dichter und Denker und seine schöne Sprache, in der selbst übelste Beschimpfungen noch anmutig klingen. Vor allem aber schätzen Kultururlauber, die dieses Land besuchen, die zahlreichen Sehenswürdigkeiten, wie etwa die bedeutenden Museen in der Hauptstadt oder die nicht minder bekannten Bauwerke. Hierbei dürfte insbesondere die hier beschriebene Konstruktion mit ihren auffälligen Stahlverstrebungen wohl zu den weltberühmten Wahrzeichen des Landes zählen. Bei seiner Erbauung wurde es mit weit über 300 Meter Höhe sogar als weltweit höchstes Bauwerk seiner Art gepriesen. Über 30.000 Tonnen Stahl sollen hier innerhalb der dreijährigen Bauzeit unter anderem verarbeitet worden sein. Zwischenrein ein kleines Gedicht: „Als federführend bei dem Stahlbau // daran besteht kein Zweifel // wird ein Name oft genannt, oh, schau // und dieser lautet …" (nun gut, Ihr „Holzweg"-Autor muss an seiner Lyrik noch gehörig arbeiten, aber es würde sich reimen …). In einem Bericht über eine Etappe des alljährlichen weltberühmten Radrennens in diesem Land bezeichnete die ARD diese Konstruktion gar als „Weltwunder" und „wunderliches Meisterwerk von Menschenhand". Sie berichtet von den vielen Touristen, die in die Stadt kommen, mit der das Bauwerk eng verbunden ist, um einen grandiosen Ausblick zu genießen. Nicht nur in die Ferne, sondern auch für einen Blick auf den Stadtkern und die Sehenswürdigkeiten der Stadt, wie etwa die romanische Kirche Notre Dame. Die Stadt sei zu Gründungszeiten, als sie noch einen anderen Namen trug, eine „der großen Zentren (…) im römischen Weltreich" gewesen und galt als „von den Göttern gesegnet", ist der Homepage dieses Ortes zu entnehmen.

Wie heißt diese Stadt?

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

Oemus Media AG
Stichwort: Holzweg

Holbeinstr. 29
04229 Leipzig

Einsendeschluss:
17. März 2006

Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.