

INTERVIEW

Neubau, neue Abteilungen und Units – ein Gespräch mit Prof. DDr. Georg Watzek.

Seite **2**



RECHT

In letzter Instanz – jüngere Entscheidungen des OGH in Sachen Zahnärzte.

Seite **7**



ASSISTENTINNEN

Optimale Zusammenarbeit: Team Zahnarzt und Prophylaxe-Assistentin Teil 2.

Seite **14**



Zahn.Medizin.Technik

ZMT ■ Monatsmagazin für Praxis, Labor & Dentalmarkt ■ www.zmt.co.at ■ 6/2010

M+W Dental
wir kümmern uns

Golf: 19.6., Spillern Last call zum ZMT-Golfturnier

► Sie haben sich noch nicht zu unserem Golfturnier angemeldet? Dann aber rasch, denn die Teilnehmeranzahl ist begrenzt. Unser heuriges Golfturnier findet wieder im Golfclub Spillern, also zwischen Korneiburg und Stockerau im schönen Niederösterreich statt.

Gespielt wird ein handicapwirksames Stableford-Turnier. Wir haben für alle Turnierteilnehmer und Gäste wieder wunderschöne Preise von unseren Partnern, den Dentalfirmen, bekommen. So viel sei verraten: Es zahlt sich aus! Für das leibliche Wohl am Abend sorgt liebenswürdigerweise wieder M+W Dental, ein herrliches Abendbuffet wartet auf Sie und Ihre Familie und Freunde.

Das ZMT-Golfturnier ist für unsere Leser gedacht, es sind also alle Zahnärzte, Zahntechniker und Assistentinnen mit deren Angehörigen herzlich eingeladen. Bitte melden Sie sich rasch an, die Reihung erfolgt nach Eingang der Anmeldung. Den Anmeldekupon finden Sie auf **Seite 16**.



Wiener Internationale Dentalschau

Gute Geschäfte und wieder Besucherrekord trotz Krise

► Die WID hat wieder Geschichte geschrieben. Trotz wirtschaftlich unsicherer Zeiten sind nach persönlichen Umfragen die Aussteller mit dem Ergebnis durchwegs zufrieden gewesen. Besonders positiv war, dass bereits am Freitag Vormittag der Besucherandrang sehr groß war und sich insgesamt über die beiden Messetage sehr gut verteilt hat. Mit 4039 Besuchern an beiden Messetagen wurde wieder ein Rekord aufgestellt. 89 Prozent kamen aus Österreich, die restlichen 11 Prozent aus dem Ausland. Interessant auch die Verteilung: Von den österreichischen Besuchern waren 32

Prozent Zahnärzte, 19 Prozent Zahntechniker, was in Relation zu den absoluten Zahlen Zahnärzte:Zahntechniker eine enorme Beteiligung bedeutet, 25 Prozent Assistentinnen, 3 Prozent Hersteller, die verbleibenden 20 Prozent fallen unter Sonstige. Höhepunkt war natürlich die Happy hour am Freitag Abend, wo nach Herzenslust gegessen, getrunken und bei wunderbarer Musik geplaudert wurde. Spannend wurde es nach dem köstlichen Frühschoppen am Samstag zu Mittag: Zwei Vespas wurden unter allen Anwesenden verlost, einige Glückliche versäumten ih-

ren Gewinn, weil sie nicht mehr vor Ort waren. Umso mehr freuten sich dann die beiden Zahnärzte Dr. Morgan Abdel Moniem und Dr. Farzad Ziya über ihren Hauptgewinn.

Insgesamt muss man sagen, dass der ODV und der Kongressveranstalter Admicos wirklich gute Arbeit geleistet haben, alles war perfekt organisiert, arrangiert und vorbereitet. Dank der Internet-Anmeldungen hielten sich auch die Warteschlangen bei der Registrierung in Grenzen. Die nächste WID findet übrigens vom 13.–14. Mai 2011 wieder in der Messe Wien statt.

Jetzt abonnieren

Die Sommer-Ausgabe „Milchzahn“ ist erschienen

► Wollen Sie Ihren kleinen Patienten eine Freude machen? Wollen Sie sie an Ihre Praxis binden und mit einem kleinen Geschenk verwöhnen? Dann abonnieren Sie doch den MILCHZAHN, Ihre kleinen Patienten werden begeistert sein. Schicken Sie ihnen doch ihr persönliches Exemplar nach Hause, denn Post von ihrem Zahnarzt, ihrer Zahnärztin freut sie bestimmt ganz

besonders. Bestellen Sie 25 Stück um 0,48 Euro, 50 Stück um je 46 Cent oder 100 Stück um je 44 Cent, die MWSt. beträgt 10 Prozent, die Rechnung ist als Werbekosten für die Praxis voll absetzbar. Das Abo läuft jeweils ein Jahr und verlängert sich automatisch, wenn es nicht drei Monate vor Ablauf gekündigt wird. Sie wollen sich noch nicht fix binden? Kein Problem, bestellen Sie

einfach nur einmalig die gewünschte Anzahl und testen Sie, wie Ihre Patienten darauf reagieren. Übrigens – auch die Mütter und Väter freuen sich ganz besonders, wenn ihre Kinder ein Geschenk bekommen.

Abonnieren Sie jetzt:
Faxbestellung 0043/1/478 74 54
Mail: office@milchzahn.eu
www.milchzahn.co.at



Prof. DDr. Georg Watzek im Gespräch



© Studiolabff.com

► Die **Bernhard-Gottlieb-Universitätszahnklinik in Wien** ist eine Tochtergesellschaft der **Medizinischen Universität Wien**. Wir fragten den **Leiter der Klinik, Prof. DDr. Georg Watzek**, was es Neues gibt.

Könnten Sie zunächst bitte einen kurzen Überblick zum Neubau geben?

WATZEK: Die Fläche des Neubaus beträgt 10.000m². Es wird ein Hörsaalzentrum mit einem großen Hörsaal für 200 Personen sowie sechs Seminarräume für je 40 Personen geben. Die Studenten- und Assistenteneinheiten werden sich ebenfalls im Neubau befinden. Weiters wird es auch eine Kantine und ein Kaffeehaus geben. Es ist vorgesehen, das Hörsaalzentrum auch als Kongress-

zentrum zu vermieten. Anfang September sollten wir den Neubau beziehen können. Der Zeitplan hält, der Kostenplan hält. Die Mühen sind groß, aber alles läuft nach Plan.

Und wie sieht es bei der Renovierung des Altbaus aus?

WATZEK: 18 Monate nach dem Neubau wird auch der Altbau fertig sein. Der Altbau umfasst mit Nebenflächen 12.000m². Insgesamt werden wir zweifellos eine der modernsten und größten Zahnkliniken in Europa haben.

Im Entwicklungsplan der Medizinischen Universität Wien ist zu lesen, dass an der Zahnklinik weitere klinische Schwerpunkte wie eine Kinderzahnheilkunde vorgeesehen sind. Wie sieht hier der aktuelle Stand aus?

WATZEK: Ja, es wird eine Abteilung für Kinderzahnheilkunde geben, aber keine eigene Klinische Abteilung, sondern eine Unit. Diese Unit wird der Abteilung für Zahnerhaltung zugeordnet. Bezüglich der Nachfolge von Prof. Sperr sind die Gutachten übrigens bereits eingelangt, aber es wurde noch keine Reihung der Bewerber durchgeführt. Dies gilt auch für die Professur für orale Biologie. Hinsichtlich der Unit für Lehre werden derzeit bereits Gespräche mit einem Bewerber geführt.

In Zukunft wird die Ausbildung in Form eines Unit-Systems erfolgen. Könnten Sie dieses System bitte erläutern?

WATZEK: Bei diesem System verbleibt jeder Student/jede Studentin an seiner/ihrer Einheit, egal, welche Behandlung ansteht. Es wird pro Einheit vier StudentInnen geben, und ein Oberarzt/eine Oberärztin ist

Neubau, neue Abteilungen und neues Unit-System



Prof. DDr. Georg Watzek

für sechs Einheiten zuständig. Die AssistentInnen der Subdisziplinen kommen zu den Einheiten. Das Unit-System betrifft nur die studentische Ausbildung. Es wurde einstimmig beschlossen und ist ein international anerkanntes System. Damit es personell funktioniert, müssen die organisatorischen Vorgaben strikt eingehalten werden.

Wie sieht Ihr Blick in die Zukunft aus?

WATZEK: Wenn man beispielsweise fünf bis zehn Jahre in die Zukunft blickt, so muss man bedenken, dass sich in einem solchen Zeitraum sehr viel tun kann. Das hat die bisherige Entwicklung in der Zahnmedizin gezeigt. Vielleicht stehen uns dann Mikro-CTs, wie sie jetzt bereits im Be-

reich der Hand eingesetzt werden, für den Kiefer zur Verfügung. Ich erwarte auch unglaubliche Möglichkeiten beim MRT und Laser. Die Computerplanung für Implantate er-

folgt heute noch manuell, dies wird sich vermutlich ändern.

Man darf dabei aber nie vergessen, dass es sich hier um Hilfsmittel handelt, die die ärztliche Erfahrung des Behandlers nicht ersetzen können. Das gilt für die Zahnmedizin, analog aber auch etwa für die Orthopädie und Neurochirurgie.

Was meine persönliche Zukunft betrifft, so endet mein Vertrag im Herbst 2012.

Herzlichen Dank für das Interview!

Das Gespräch führte Dr. Peter Wallner.

EDITORIAL

BP – Big Problem

Weit haben wir es gebracht.

Wir können zum Mond fliegen, den Mars erkundschaffen, mittels Teilchenbeschleuniger den Urknall simulieren. Wir können mittels Handyortung exakt überwacht werden und via Internet in unglaublicher Echtzeit weltweit kommunizieren. Wir können im Sacher frühstücken und abends bei Tiffany NY einkaufen. Wir können im Netz überprüfen, ob der Namensvetter in Australien seinen Rasen gemäht hat oder Schnee in Mallorca liegt. Wir können mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit voraussagen, ob sich am Wochenende die Grill- oder Poolparty ausgeht oder eher das Dampfbad und die Sauna angesagt sind.

Wir können auch in Facebook kontrollieren, ob diverse Farmen sauber gepflegt werden, die Bäume ordentlich Früchte tragen und die Tiere sich vermehren, wir können sogar Geschenke hinschicken, um die virtuelle Wirtschaft anzukurbeln, als weitere Zeitvernichtung sozusagen. Wir können virtuelle Liebesbeziehungen pflegen, uns selbst im Cyber neu erschaffen und auf Teufel komm raus chatten, was die Festplatte und das Hirn hergeben.

Wir können zu Hause einkaufen, unsere Banküberweisungen in die Schweiz tätigen, ja sogar im Home Office unsere Arbeit verrichten und gleichzeitig ein Auge auf die Kinder haben.

Wir können nicht nur Herzen – alter Hut –, sondern ganze Gesichter transplantieren, abgetrennte Gliedmaßen wieder funktionstüchtig annähen und Wunschkindern designen, aber ein Loch schnell stopfen, das wir selbst gebohrt haben, das können wir nicht.

Vorsichtige Schätzungen sprechen von drei Monaten, andere von zwei Jahren, die es dauern wird, um das sprudelnde Erdöl zum Versiegen zu bringen, je nachdem, ob es gelingt, das Loch zu stopfen oder ob wir warten müssen, bis die Quelle auf natürlichem Wege versiegt ist. Plan A hat nicht funktioniert, Plan B ist in der Planungsphase, Plan C, D, F schon angedacht.

Weit haben wir es gebracht, meint



Dr. Birgit Snizek

IMPRESSUM

Medieninhaber, Herausgeber und Verleger: Der Verlag Dr. Snizek e.U. Messerschmidgasse 45/11, 1180 Wien; Telefon und Fax: 0043/1/478 74 54 Internet: www.zmt.co.at, www.der-verlag.at

Chefredaktion: Dr. Birgit Snizek, 0664/20 20 275, b.snizek@zmt.co.at

Redaktion: DDr. Andreas Beer, DDr. Christa Eder, Dr. Gerhard Hippmann, Dr. Eva-Maria Höller, Dr. Fritz Luger, Dr. Andreas Kienzl, Mag. Eugenie Kotschy, DDr. Klaus Kotschy, DI Barbara Jahn-Rösel, Mag. Georg Reichlin, Livia Rohrmoser, Dr. Wilhelm Schein, Magdalena Snizek, Dr. Peter Standenat, Elisabeth Tschachler-Roth, Dr. Peter Wallner

Anzeigenleitung: Roland Hauser, 0664/301 08 66, rgh-hauser@aon.at

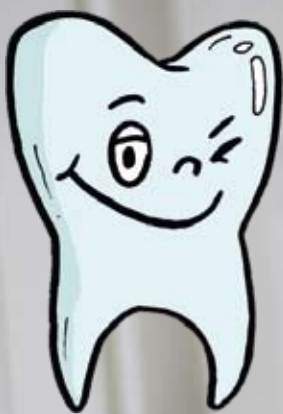
Grafik & Layout: Gregor Adamcik, 0680/20 30 370, zwinzen@gmx.at

Druck: AV+Astoria Druckzentrum, 1030 Wien

Abopreis: 40,- Euro/jährlich

AGB und Anzeigenbedingungen: www.der-verlag.at

Für unverlangt eingereichte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Namentlich oder mit einem Kürzel gekennzeichnete Artikel sowie Leserbriefe fallen in den persönlichen Verantwortungsbereich des Verfassers und stellen seine persönliche und/oder wissenschaftliche Meinung dar. Der Nachdruck, auch nur von Teilen dieser Zeitung, das Kopieren und/oder EDV-Einspeicherung sind ohne vorherige schriftliche Genehmigung des Verlages nicht gestattet. Mit der Honorarzählung sind alle Ansprüche an den Verlag abgegolten, ein Nachdruck in verlagsfremden Medien ist nach Absprache erlaubt. Mit „Produkte“ und „Märkte“ oder „Sonderbericht“ gekennzeichnete Seiten stellen lt. § 26 Mediengesetz entgeltliche Beiträge dar.



Das Zahnmagazin für Kinder

Milchzahn

- Exklusiv nur in der Zahnarztpraxis erhältlich
- Das persönliche Exemplar für jedes Kind in Ihrer Praxis
- Erscheint im Frühling, Sommer, Herbst und Winter
- Machen Sie Ihren kleinen Patienten eine Freude und abonnieren Sie jetzt den Milchzahn
- Für Kinder zwischen 3 und 12 Jahren
- Günstig im Abonnement – steuerlich absetzbar

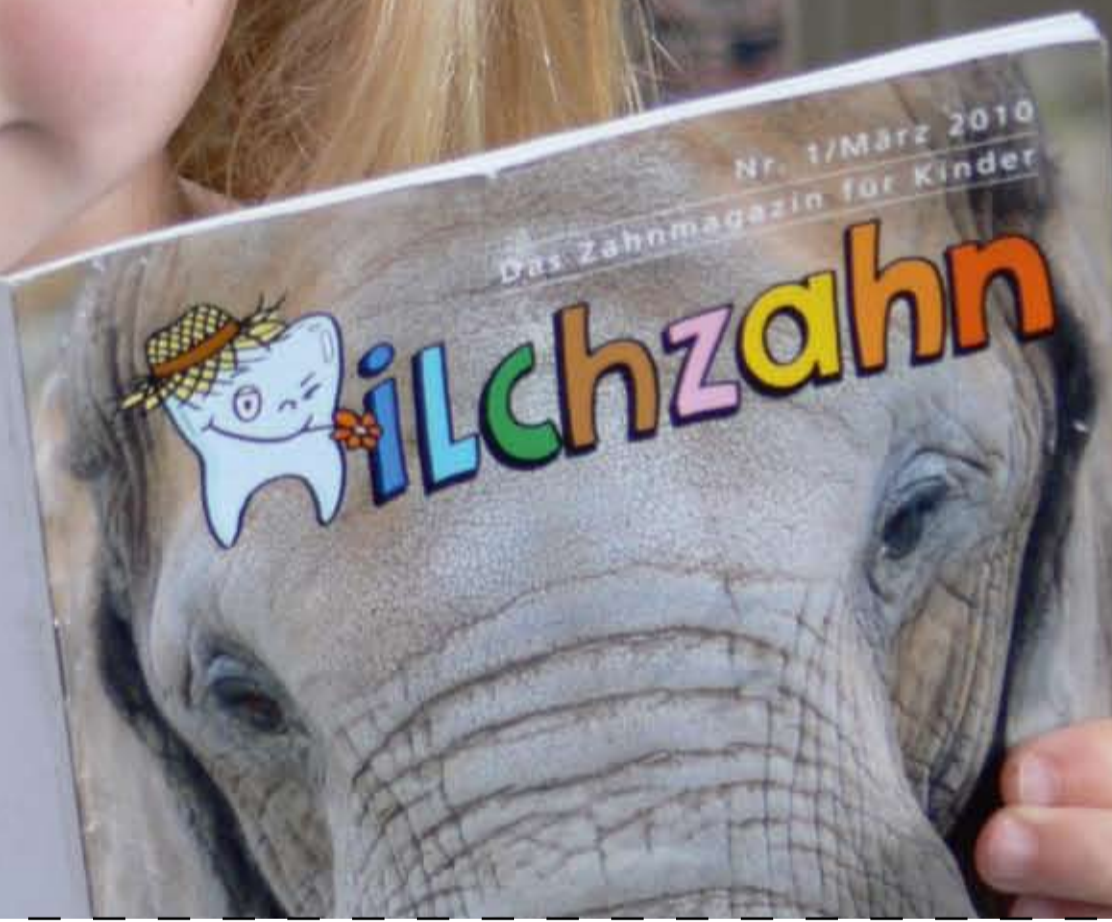
Die Kinderzeitung „Milchzahn“ erscheint vierteljährlich als Kundenzeitschrift und ist im Einzelabonnement nicht erhältlich. Bei den Abonnementkosten ist die Abnahmemenge preisbestimmend.

Preisliste:

Anzahl	Stückpreis
25 Stück	0,48
50 Stück	0,46
100 Stück	0,44

Alle Preise zuzüglich MWSt. und Versand.
Die Rechnungslegung erfolgt pro Lieferung.

Preisvorbehalt: Bei Änderung der Herstellungs- oder Versandkosten müssen wir uns eine Preisangleichung vorbehalten. Vertragsverlängerung: Der Jahresvertrag verlängert sich automatisch um ein Jahr, wenn nicht drei Monate vor Ablauf schriftlich gekündigt wird.



Ich bestelle ein Jahresabonnement Milchzahn, und zwar vierteljährlich

- 25 Stück (4x12,00 Euro)
- 50 Stück (4x23,00 Euro)
- 100 Stück (4x44,00 Euro)
- andere Menge, nämlich: _____ Stück (Preis auf Anfrage unter: 0664/20 20 275)

Ich bestelle zusätzlich von der Ausgabe 1/10

- 25 Stück (12,00 Euro)
- 50 Stück (23,00 Euro)
- 100 Stück (44,00 Euro)
- andere Menge, nämlich: _____ Stück (Preis auf Anfrage unter: 0664/20 20 275)

Bitte faxen Sie Ihre Bestellung an:
Der Verlag Dr. Snizek e.U., **0043/1/478 74 54**
oder **per Post**, Adresse: Messerschmidtgasse 45/11, 1180 Wien
oder schicken Sie uns ein **E-Mail** an office@zmt.co.at

Name _____

Lieferadresse _____

Rechnungsadresse, falls anders als Lieferadresse _____

Datum _____

Unterschrift _____

Fallbericht

Kieferorthopädie in der Praxis

Eine Nichtanlage von seitlichen oberen Schneidezähnen findet sich bei ein bis drei Prozent unserer Patienten. Es handelt sich also für uns Zahnärzte um eine nicht allzu außergewöhnliche Diagnose.

► Für den Betroffenen hat so ein Befund allerdings meist schwerwiegende Konsequenzen zur Folge. Dem Patienten wird eine zeit- und kostenintensive Behandlung in Aussicht gestellt. Diese beginnt mit kieferorthopädischen Maßnahmen, durch die eine optimale Stellung der vorhandenen Zähne angestrebt wird. Die fehlenden Zweier werden später durch Implantate und Einzelzahnkronen ersetzt. Ist ein kieferorthopädischer Lückenschluss geplant, sollten am Ende die Kronen der Dreier und Vierer in ihrer Form prothetisch so verändert werden, dass für das Gebiss keine ästhetische und funktionelle Beeinträchtigung bleibt. Weiters ist zu bedenken, dass besonders für Jugendliche das Fehlen von Zähnen im sichtbaren Bereich ein nicht zu vernachlässigendes psychisches Problem darstellt, das durch die deshalb not-

wendigen Therapiemaßnahmen noch verstärkt wird. Eine Vielzahl von Faktoren, die zusätzlich zu berücksichtigen sind, erfordert, dass jeder Fall individuell gelöst werden muss.

Fallbericht

Ein vierzehn Jahre alter Knabe mit Aplasie der oberen Zweier kam bereits mit einer fixen Zahnsperre im Oberkiefer in meine Ordination (Abb. 1). Wie man anhand des angefertigten klinischen Fotos und des beigebrachten Panoramaröntgenbildes erkennen kann, hatte der zuweisende Kollege die Absicht, die Dreier neben den zentralen Frontzähnen stehen zu lassen und das Platzangebot im Bereich der Eckzähne für eine Implantatversorgung zu vergrößern (Abb. 1 und Abb. 2).

Dieser Junge hatte aber, was man häufig bei Patienten mit Aplasien im Oberkiefer diagnostiziert, eine unterentwickelte Maxilla, sodass die Wurzelspitzen im Bereich der apicalen Basis eng aneinander standen. Mit der Regulierung konnte jeweils zwischen Dreier und Vierer für Implantate Raum im Kronenbereich geschaffen werden, nicht aber im Wurzelspitzenbereich (Abb. 3).

Betrachtet man das Foto, das einen



Abb. 1: Die Ausgangssituation



Abb. 4: Der Patient wirkt nicht sehr glücklich

lachenden Mund zeigen soll, gewinnt man den Eindruck, dass der Patient über seine Situation sehr unglücklich ist (Abb. 4).

Die Lippenhaltung erscheint gezwungen, der Junge zieht die Mundwinkel nach unten und er versucht, mit der Oberlippe die mit Brackets beklebten Zähne zu verdecken. Es ist verständlich, dass er eine Zahnsperre



Abb. 2: Das Platzangebot im Bereich der Eckzähne sollte für eine Implantatversorgung vergrößert werden

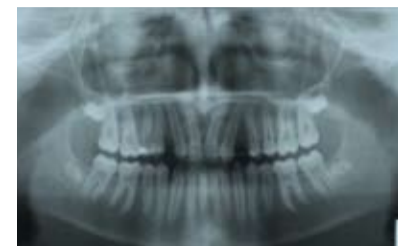


Abb. 3: Mit der Regulierung konnte zwischen jeweils Dreier und Vierer für Implantate Raum im Kronenbereich geschaffen werden, nicht aber im Wurzelspitzenbereich



Abb. 5: Zuerst mussten die Wurzeln der Einser und der Dreier nach mesial aufgerichtet werden



Abb. 6: Mit Klasse-III-Elastics und Druckfedern wurden die Vierer mesialisiert und der frontalen Überbiss verbessert



Abb. 7: Die Brackets wurden vorzeitig entfernt



Abb. 8: Der junge Patient lacht wieder

ablehnt, die in der Front Lücken erzeugt, welche erst im Erwachsenenalter versorgt werden können. Wenn ich den sichtlich demotivierten Patienten für eine weitere Behandlung gewinnen will, muss ich ihn überzeugen, dass die geplanten Maßnahmen für ihn von großem Vorteil sind.

Nach Absprache mit dem Zahnarzt motiviere ich daher den Jungen für meinen Behandlungsplan: „Ich werde die Zähne im Oberkiefer nach vorne zusammenschieben und du wirst eine geschlossene Zahnreihe in der Front bekommen. Wenn Lücken verbleiben, sind diese in der Seite und nicht zu sehen. Sobald dein Wachstum abgeschlossen ist, kannst du dir dort eine Implantatversorgung machen lassen. Ich benötige aber andere Brackets und deine Mitarbeit. Da dein Oberkiefer sehr klein ist und zurückliegt, musst du verlässlich Klasse-III-Gummizüge tragen.“ Zuerst mussten die Wurzeln der Ein-

ser und der Dreier nach mesial aufgerichtet werden. Dazu verwendete ich die Hebelarme, die ich in die Hilfsröhrchen der Brackets steckte, und elastische Gummizüge (Abb. 5). Mit Klasse-III-Elastics und Druckfedern konnte ich anschließend die Vierer mesialisieren und den frontalen Überbiss verbessern (Abb. 6).

Das Ende der Behandlung konnte mein Patient kaum erwarten. Ich entfernte die Brackets vorzeitig, weil die Mitarbeit ausblieb (Abb. 7). Jedenfalls ist eine ästhetisch zufriedenstellende Situation erreicht worden. Bis zum Ende des Gesichtswachstums und den dann anstehenden prothetischen Maßnahmen werden noch einige Jahre vergehen. Der Patient ist zufrieden, und weil ich mich an unsere Vereinbarung gehalten habe, lacht der Patient am Ende auch freundlich in die Kamera (Abb. 8).

Prim. Dr. Doris Haberler

Feuilleton forte

Oh, mein Gott, Adalbert!

Es war der sensible und große Adalbert Stifter (1805–1868), der die vorindustrielle Welt von den kleinen Dingen bewegt sah. Die großen Romane „Der Nachsommer“ oder „Witiko“ (jeweils drei Bände!) geben von dieser romantischen Geisteshaltung beredt Zeugnis. Das Wehen der Lüfte, das Rauschen und Murmeln des Baches, das Grünen des Hochwaldes, so schreibt er auch in der Vorrede zu den „Bunten Steinen“, halte er für groß und beeindruckend; das Gewitter, den Blitz, den feuerspeienden Berg hingegen nicht.

Wir können dieses „sanfte Gesetz“, wie er es genannt hat, im Handumdrehen auf unsere profane Gegenwart anwenden und etwas fantasievoll-schräg umformulieren: Nicht der japanische Toyota ist groß durch seine Produktionszahlen, sondern das klemmende Gaspedal; nicht der chromblitzende Eurostar, der den Ärmelkanal unterquert, ist groß, sondern die winzigen Kondens-

Tropfen, die seine Elektronik lahmlegen; nicht der staatliche Schuldenberg ist groß, sondern die oft gar nicht so kleine Steuerhinterziehung. Nicht eine Boeing 777, das größte zweistrahlige Großraumflugzeug der Welt, ist wirklich groß, sondern der gewaltige Aschenwolken speiende Eyjafjallajökull, der für vier Tage den europäischen Luftraum leergeblasen hatte. Zwar war von diesem Isländischen Konsonantengeröll schon nach zwei Wochen nicht mehr die Rede, aber wir erkennen doch atemlos: Unerwartetes Missgeschick schockt uns durch große Wirkung! Es ist nun leider so, dass wir wichtige Informationen über die kleinen Dinge des Lebens entweder zu googeln vergessen oder dass sie extra so kleingedruckt sind, damit wir sie leicht übersehen: Der Autohersteller mit dem stolzen Stern im Logo z.B. machte kürzlich Werbung für ein neues Cabrio, das elegant neben einer Sand- oder Schneedüne parkt; aber die

Emissionen des Autos sind so dezent vermerkt, dass man sie fast nicht lesen kann. Auch weiß wohl jeder, dass im Wein nicht allein die Wahrheit steckt, sondern auch der Alkohol, aber wie viel davon, kann man dem Flaschenetikett selbst in nüchternem Zustand kaum entnehmen. Das ist auch schon deshalb bedauerlich, weil der g'standene Trinker (... nicht allerdings der Connoisseur) wegen des Alkohols trinkt – so wie der wahre Raucher wegen des Nikotins raucht und der wahre

Sportsfreund die Emissionen seines PS-starken Wagens liebt, – sonst könnte er ja gleich mit dem Rad fahren.

Im Kleinsten verbirgt sich oft das Peinlichste. Der Mensch kann zwar das Meer untertunneln, aber ein paar Wassertropfen verursachen das Chaos. Er fährt durchgestylte und PS-starke Autos, doch ausgerechnet das Gaspedal brems ihn. Er produziert die köstlichsten Weine, aber ein

paar Gläser zu viel bringen den Alkomat der Polizei zum heftigen Blinken. Winzige Vulkanpartikel setzen Düsentriebwerke durch verglasten Schach-matt.

Die bittere Wahrheit ist, dass Stifters „sanftes Gesetz“ heute anders lauten müsste: Nicht das Wehen des verspielten Windes bewegt in Wirklichkeit unsere Welt, sondern das Wehen der Fahne aus Aschenwolken, Alkoholdunst, Abgasen oder Tabakqualm, nicht das Rieseln des Baches, sondern des Weins, und nicht das Grünen der Hochwaldes, sondern die sauren Wiesen, gedüngt mit unverschämten Zulagen und Gratifikationen der Spitzenmanager.

Seine Absicht sei es gewesen, so Stifter, „ein Körnlein Gutes zu dem Baue des Ewigen beizutragen ...“. Oh, mein Gott, Adalbert!

Hubertus



© Gerald Meyerhofer

Buchtipps

Dein neues Lächeln

Entdecken Sie, wie ein Lächeln verändern kann

Das erste umfassende Patientenbuch zur ästhetischen Zahnheilkunde erscheint nun in einer völlig neu bearbeiteten Auflage, die heutigen Patienten die aktuellen Möglichkeiten der ästhetischen Zahnheilkunde nahebringt. Verfärbte, schiefe oder fehlende Zähne? Unschöne Diastemata? Zu diesen



und vielen anderen Problemen, die das Lächeln beeinträchtigen, wird der Leser kurz und bündig

informiert; für alle Probleme werden die verfügbaren ästhetischen Lösungen informativ vorgestellt.

Ronald E. Goldstein, Quintessenz Verlag, Berlin 2010, 224 Seiten, 484 Abb., Euro 29,80, ISBN 978-3-86867-005-9

Gesetz zu Ärzte-GmbHs in Begutachtung

Strenge Regelungen für Gruppenpraxen

Das „Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung“ soll den Ärzten und Zahnärzten neue Möglichkeiten des Zusammenschlusses bringen.

► Falls der Entwurf so, wie er ist, zum Gesetz wird, unterliegen Gruppenpraxen der Bedarfsprüfung, wenn nicht alle beteiligten Gesellschafter bereits einen Kassenvertrag haben oder mehrere Ordinationen auf einem Standort vereint werden sollen. Generell darf die Anzahl der Standorte dieser Gruppenpraxis die Zahl der beteiligten GesellschafterInnen nicht übersteigen, einer der Standorte muss zum Berufssitz der Gruppenpraxis erklärt werden und jede/r GesellschafterIn darf zwar an allen Standorten der Gruppenpraxis tätig sein, aber keinen sonstigen Berufssitz haben. Eine weitere Bedingung lautet: „Es kann eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden.“ Auch andere im Jänner vorgestellte Bedingungen sind im Wesentlichen erhalten geblieben: Keine Anstellung von (Zahn-)ÄrztInnen bei (Zahn-)ÄrztInnen, inklusive der Gesellschafter selbst. Nur (Zahn-)ÄrztInnen dürfen Gesellschafter sein, und sie müssen „maßgeblich“ persönlich mitarbeiten. Die Intention der Bestimmungen ist klar: Es soll keine „Praxisketten“ geben.

Gemischte Gesellschaften

Noch in Diskussion ist die Frage, ob es auch gemischte Gesellschaften geben soll. Derzeit sind sie laut Gesetz möglich, doch nicht zuletzt Gründe der Abrechnungsmodalitäten sprechen dagegen. Während für Gruppenpraxen grundsätzlich vorgesehen ist, pauschal zu verrechnen, herrscht ja bei ZahnärztInnen ein Einzelleistungssystem vor. Dazu besteht noch das grundsätzliche Problem, dass die Gesellschafter der gemischten GmbH bei zwei verschiedenen Kammern Mitglieder sein müssten und damit in sämtlichen beruflichen Angelegenheiten – inklusive Vertragsverhandlungen – auch doppelt vertreten wären. Aus diesen Gründen spricht sich die Österr. Zahnärztekammer, so deren Kammeramtsdirektor Dr. Jörg Krainhöfner, gegen diese gemischten Gruppenpraxen aus. Einig ist man sich bezüglich der neuen „Zulassungsprüfung“. Alle Gruppenpraxen unterliegen genau jenen Zulassungsverfahren, die auch für Ambulatorien oder andere nicht bettenführenden Krankenanstalten gelten. Diese Verschärfungen für Gruppenpraxen sind übrigens eine unmittelbare Folge des „Hartlauer-Urteils“ des Europäischen Gerichtshofs, der eine Gleichbehandlung von Gruppenpraxen und Ambulatorien forderte. Neu ist auch die Verpflich-

tung zu einer Berufshaftpflichtversicherung mit mindestens zwei Mio. Euro Deckungssumme für alle. Für die meisten ZahnärztInnen wohl kein Problem, da sie bereits eine Versicherung haben, doch müssen sie nach derzeitigem Stand des Ent-

wurfes den Nachweis einer solchen Versicherung an die zuständige Kammer erbringen. Krainhöfner: „Wir versuchen durchzusetzen, dass die Versicherungen diesen Nachweis direkt an uns senden. Das würde diese Verwaltungsarbeit von den Schul-

tern der Zahnärzte nehmen. Weiters sprechen wir uns für eine Herabsetzung der Mindestversicherungssumme auf 1 Mio. Euro aus.“ Eine gesetzeskonforme Berufshaftpflicht schützt zumindest bei GmbHs vor dem Durchgriff auf das private Ver-

mögen, wenn keine groben Fahrlässigkeiten zum Schaden geführt haben. Vor Forderungen aus dem Bereich der Gewährleistung schützt die Berufshaftpflicht weiterhin nicht.

Livia Rohmoser

KLINISCHE STUDIEN BESTÄTIGEN DIE LANGZEITWIRKUNG DER ORAL-B® TRIUMPH® ZAHNBÜRSTE

Oral-B® ist die Elektrozahnbürsten-Marke, mit der sich Zahnärzte und ihr Team in Deutschland, Österreich und der Schweiz selbst am häufigsten die Zähne putzen.

In klinischen Studien belegt:
Die Oral-B® Triumph® Zahnbürste wirkte sich in zwei Langzeitstudien signifikant positiv auf die Zahnfleischgesundheit aus.¹

Oral-B® ist die Elektrozahnbürsten-Marke, die Zahnärzte und ihr Team weltweit am häufigsten empfehlen.

Weitere Informationen und Studiendaten erhalten Sie von Ihrem Ansprechpartner vor Ort.



Oral-B® TRIUMPH®

5000 WIRELESS SMARTGUIDE

Literaturnachweis: 1. Data on file, P&G.

© 2008 P&G P10174 D

P&G Oral Health

Darm, Blut, Galle:

Der Biofilm findet sich an vielen Stellen

Es gibt ihn also nicht nur auf Zähnen – als Grundlage für Parodontalerkrankungen. Auch im Darmlumen und an diversen Grenzflächen wie Faszien (Fibromyalgien), Blutgefäßen, Gallengängen u.v.m. sind organisierte Keimverbände zu finden.

► Der Biofilm ist ein Zusammenschluss verschiedener Krankheitserreger, v.a. Bakterien, in einer schleimigen, schrittweise verhärtenden bzw. verkalkenden Matrix. Das System ist hoch organisiert und imponiert vom Lumen aus gesehen wie normale Darmschleimhaut. In Wahrheit bietet der Biofilm Unter-

schlupf für Viren, Borrelien und selbst große Parasiten, die, im Biofilm eingelagert, fast unangreifbar sind. Dies ist der Grund, warum manchmal eine Endoskopie unauffällig erscheint und trotzdem alle Symptome etwa einer Parasitenerkrankung vorliegen.

Eingelagert im Biofilm sind auch Schwermetalle, die ebenfalls strukturbildend wirken.

Die Biofilmschicht im Darm verhindert das Wachstum der normalen Darmflora. Die Struktur wird gefördert und gefestigt durch Calcium, Magnesium und Eisen, die ja alle fast routinemäßig substituiert werden. Magnesiumstearat ist auch in vielen Tabletten enthalten.

Anlass für diesen Artikel war der Refresher-Kurs von Dr. Dietrich Kling-

hardt. Dieter hat in Deutschland Medizin studiert und lebt jetzt in Seattle. Er kommt einmal im Jahr nach Wien in die Physioenergetik-Schule von Raphael van Assche, üblicherweise im Anschluss an die komplementärmedizinische Woche in Baden-Baden. Ich nehme gern an seinen Kursen teil, weil er Neues aus aller Welt berichtet – manchmal kurzlebige Methoden, manchmal geniale Therapieerkenntnisse. Zu seinen ersten Interessengebieten gehörten Amalgam und devitale Zähne. In der Folge hat er sich viel mit Schmerztherapie, Krebsbegleitbehandlung, chronischen Infekten (v.a. Borrelien) beschäftigt. Psychische Traumata (ungelöste seelische Konflikte) waren stets ein Thema, in den letzten Jahren vorherrschend (Mentalfeldtherapie).



Heilerde zur Biofilmbekämpfung

Der Kurs im November 2009 war als Update für Quecksilber und Umweltgifte ausgeschrieben, ich war gespannt, ob Grünalgen und Koriantherkraut oder Psychotherapie bevorzugt werden. Und wurde gewaltig (und freudig) überrascht: Der erste Kurstag war ausgefüllt mit der Erklärung über den Biofilm und wie man ihn aufbrechen kann. Denn der intakte Biofilm verhindert Infektbekämpfung und Schwermetallausleitung. Also hat unser Prioritäts-Handmode nicht gelogen: Am Beginn steht die Darmsanierung – allerdings radikaler als in unserem üblichen Konzept. Durchfall und Blähungen sind durchaus häufige Nebenwirkungen, auf die wir hinweisen müssen. Allerdings leiden viele Patienten ohnehin darunter, ohne dass konventionelle Therapien helfen konnten.

Biofilmbekämpfung:

Vorbereitung, ca. 6 Wochen: Heilerde (1 TL morgens als Erstes und abends als Letztes) und Silizium (BioSil-Tropfen), oder Schüssler-Salz Silicium D6

Ablösung:

Diese Mittel brechen die Biofilmschicht auf, schlagen Löcher hinein: Gefriergetrockneter Knoblauch (Allicin löst auch Schwermetalle), Enzyme (z.B. Rechtsregulat – fermentierte Körner), Chelatbildner (Phospholipid-Exchange, ca. 1 TL – entzieht Calcium, EDTA), Klare Interferase, Apfel- oder Rotweinessig, Teebaumöl, Grapefruitkernextrakt, NAC (N-Acetyl-cystein, bricht Bindungen auf).

Mikrobenbekämpfung:

Nach 30–60 Minuten z.B. Virastop,

Lumbrokinase bei Borrelien, Serrapeptase bei Pilzen, Schwarzwalnutinktur bei Würmern, Artemisin (Beifuß) bei Protozoen und EBV – gleichzeitig Eisen-Chelator. Rizole (ozonisiertes Rizinusöl mit ätherischen Ölen). Auch schulmedizinische Mittel (z.B. Pantelmin) greifen jetzt.

Aufräumen:

Nach 1–2 Stunden oder in der Nacht: Toxin-bindende Mittel, z.B. Essig/Honig, MicroSilica, Chlorella, Heilerde, Zeolithe, Chitosan, Aktivkohle, Apfelpektin.

Aufbau:

Probiotika, fermentierte Nahrungsmittel, Vitamine.

Weltweit beobachtet man eine Verarmung an Zink, Bor, Jod und Vitamin A, zusätzlich behindert der Biofilm eine Aufnahme von Zink und Selen – dies deckt sich mit häufig im Test gefundenen Substitutionserfordernissen, alle Mittel braucht man für gute Abwehr und als Antiallergika.

Meine Lieblingsmittel sind:

Geschroteter Leinsamen und Silicea D6 zum Reinigen.

Chlorella, Knoblauch, Lachesis D8 als „Cracker“.

Gegen Viren, Rickettsien, Bakterien etc.: Homöopathische Schlangengifte, Engystol, Esberitox, Sanummittel

Parasiten: Schwarzwalnutinktur, Tanacetum, Artemisin.

Pilze: Grapefruitkernextrakt, Teebaumöl, Propolis.

Absorbierende Mittel wie Chlorella oder Zeolithe (Froximun) können durchgehend verwendet werden. Omega-3- und Omega-6-Öle wirken ausleitend und entgiftend sowie stärkend für die Zellwände.

Aufbau: Keimmischungen wie Hylak, Bioflorin, Antibiohilus.

Viele von Dietrich empfohlene Mittel sind bei uns schwer erhältlich. Mag. Sommergut von der Metatron-Apotheke (1220 Wien, 01/80 202 80) steht als Ansprechpartner zur Verfügung und hat bereits die meisten Produkte auf Lager.

Ausbildungen in Psychokinesiologie, Regulationsdiagnostik und Mentalfeldtherapie finden auch in Wien statt. Mit der Leiterin der Ausbildung, Ulrike Grosch habe ich schon oft erfolgreich zusammengearbeitet. Sie vermittelt gerne an geeignete Kinesiologen aus ihrem Netzwerk weiter (01/526 71 40).

Dr. Eva-Maria Höller

120 Tage Aktion

bis 31.7.2010

PEOPLE HAVE PRIORITY



Turbinen Synea

2 Turbinen TA-98 C LED oder TA-97 C LED
[LED-Licht, 5-fach Spray]
und RQ-34 Kupplung **gratis**

Setpreis statt € 2.316,-

Aktion
€ 1.699,-

2 Turbinen TA-98 CLM oder TA-97 CLM
[Halogen-Licht, 5-fach Spray,
Multiflex®-Anschluss]

Setpreis statt € 1.940,-

Aktion
€ 1.499,-



Winkelstücke Alegra

WE-99 LED G [1:4,5, LED-Licht, 3-fach Spray]
und
WE-56 LED G [1:1, LED-Licht, 1-fach Spray]
und
WE-66 LED G [4:1, LED-Licht, 1-fach Spray]

Setpreis statt € 2.400,-

Aktion
€ 1.900,-

Chir. Hand-/Winkelstück zerlegbar

S-11 LED G [1:1, LED-Licht
mit Generator]

Aktionspreis statt € 1.290,-

Aktion
€ 955,-

WS-75 LED G [20:1, LED-Licht
mit Generator]

Aktionspreis statt € 1.350,-

Aktion
€ 996,-



Chir. Antriebseinheiten

Elcomed SA-310
(NEU)
mit Dokumentation
und WS-75 LED G

Packagepreis statt € 5.570,-

Aktion
€ 4.790,-

Implantmed SI-923
mit S-N1
chirurgischem Fußschalter
und WS-75 LED G

Packagepreis statt € 3.995,-

Aktion
€ 3.390,-



Das W&H 120 Jahre-Jubiläum beschert Top-Aktionspreise bei Turbinen, Winkelstücken und chirurgischen Antrieben.

Nähere Informationen bei Ihrem teilnehmendem Dentaldepot oder bei W&H Wehadent, t 0662/876243
wh.com

Dr. Eva-Maria Höller

Homöopathie in der Zahnheilkunde

11./12. Juni 2010

Büro des Zahnärztlichen
Interessenverbandes, 1010 Wien

- Was ist Homöopathie?
- Herstellung der Mittel
- Zahnärztliche Einsatzbereiche
- Tipps zur Familientherapie

Anmeldung: Tel.: 01/513 37 31
Fax: 01/512 20 39, office@zahniv.at

Vor Gericht

In letzter Instanz entscheidet der OGH

Der Oberste Gerichtshof (OGH) hat in Österreich als letzte Instanz zu entscheiden. Aufgrund des Verfahrensrechtes werden allerdings nur wenige Fälle tatsächlich in der Sache vom OGH entschieden. Um zu veranschaulichen, dass es sich bei den juristischen Ausführungen in dieser Kolumne nicht nur um praxisferne Gedankenspielerien handelt, stelle ich heute einige jüngere Entscheidungen vor, in denen Zahnärzte beklagt waren.

1. 10 Ob119/07 h; 10.03.2008 – Haftung für die Urlaubsvertretung

► Die beklagte Zahnärztin ließ sich für die Dauer ihres Urlaubs von ihrem Ordinationsmitarbeiter vertreten. Dieser behandelte eine Patientin, die Klägerin, klärte sie aber nur mangelhaft auf. Deswegen begehrte die Klägerin Schadenersatz von der – während der Behandlung abwesenden – Zahnärztin. Nur am Rande sei erwähnt, dass der Vertreter auch die erforderlichen Qualifikationen nicht aufgewiesen hat, was die diesbezüglich getäuschte Zahnärztin nicht wissen konnte; für die wesentliche Frage ist dies jedoch irrelevant.

Der OGH hatte zu entscheiden, in welchem Ausmaß die Zahnärztin für ihren Vertreter haftet: Unter bestimmten Umständen haftet der vertretene Zahnarzt für jedes Verschulden (d.h. für jeden Behandlungs- und Aufklärungsfehler) seines Vertreters und nicht etwa nur dann, wenn er schuldhaft einen untauglichen Vertreter auswählt. Zu einer derartig strengen Haftung kommt es, wenn der Vertreter als sogenannter Erfüllungshelfer tätig wird. Mit anderen Worten, wenn er – für den Patienten erkennbar – im Namen des abwesenden Zahnarztes handelt und nicht selbst einen Behandlungsvertrag mit dem Patienten abschließt. Indizien für eine solche Erfüllungshelfereigenschaft des Vertreters sind die Übernahme von Praxis, Personal und Kundenstock für die Dauer der Abwesenheit. Im vorliegenden Fall bejahte der OGH die Haftung der abwesenden Zahnärztin.

Anmerkung: Die bloße Empfehlung eines Zahnarztes, während seiner Abwesenheit einen bestimmten Kollegen zu konsultieren, begründet eine solche Haftung nicht.

2. 4 Ob 68/09t; 09.06.2009 – Titelführung



In diesem Fall ging es um die Zulässigkeit einer Titelführung. Der beklagte und in Kärnten niedergelassene Zahnarzt bekam von einer rumänischen

Universität aufgrund seiner wissenschaftlichen Erfolge den Titel „Gastprofessor für Zahnmedizin“ verliehen, der in Rumänien mit „Prof. Dr. Med. dent.“ abgekürzt wird. Mit dieser Abkürzung bewarb der Zahnarzt seine Ordination. Dem Zahn-

arzt wurde untersagt, diese Bezeichnung zu führen, weil er damit gegen das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb verstoße.

Trotz der europäischen Integration und der Zulässigkeit einer derartigen Titelführung in Rumänien müsse

der Zahnarzt in Österreich dem Titel einen Hinweis auf die rumänische Universität bzw. die Gastprofessur hinzufügen. Dies sei notwendig, um zu verhindern, dass potenzielle Patienten dahingehend getäuscht werden, dass sie glauben, dem Zahnarzt

sei von einer inländischen Universität der Titel „Professor“ verliehen worden.

Mag. Vincent Schneider
Partner der Schneider & Schneider
Rechtsanwälte OG
E-Mail: law@schneiderschneider.at



“Competence in Esthetics”

The second joint international Eastern European dental excellence seminar powered by IVOCLAR VIVADENT AG

Advancement through knowledge

Ivoclar Vivadent is offering a high-quality professional training course again

Continuing further education enables dentists and dental technicians to keep abreast of these developments. This year's professional training program “Competence in Esthetics” by Ivoclar Vivadent will take place in Budapest from 12 to 13 November 2010. Seven internationally renowned specialists from various countries will lecture on the topic of “The Esthetic Restoration of Teeth”.

Need-to-know:

Venue: Hotel Novotel Budapest Congress
Jagelló u. 1-3.
1123 Budapest
Hungary

Date: 12–13 NOV 2010

Fee: EUR 190.00 (registration until 10.10.2010)
EUR 220.00 (registration after 10.10.2010 or at the start of the event)

**RESERVE
THE DATE**

Registration and more information: www.ivoclarvivadent.com
www.dental-excellence.hu

ivoclar
vivadent
passion vision innovation

Zahnseide unter der Lupe

Effekte von Zahnseide und fluoridhaltigen Spülungen

Senkt die Verwendung von Zahnseide nach dem Zähneputzen mit einer fluoridhaltigen Zahncreme den Fluorgehalt im Speichel?

► *IME* – Fluoridierte Mundpflegepräparate haben nachweislich einen kariespräventiven Effekt. In dieser Studie sollte geklärt werden, ob die Verwendung von Zahnseide nach dem Zähneputzen durch Entfernung

von fluoridhaltigen Zahncremeresten zu einer Reduktion des Fluorgehaltes im Mundraum führt. Weiterhin sollte geprüft werden, ob dieser mögliche behandlungsbedingte Fluoridverlust durch eine Mundspülung mit

einem fluoridhaltigen Präparat kompensiert werden kann. Es handelte sich bei dieser Untersuchung um eine beaufsichtigte, einzelverblindete, randomisierte Crossover-Studie, bei der jeder Studienteilnehmer jede Stu-

dienbehandlung einmal in einem Abstand von einer Woche durchführt. Insgesamt nahmen 24 Probanden aus dem Raum Manchester (England) im Alter von 18–55 Jahren an der Studie teil. Insgesamt wurden drei Mundhygienemaßnahmen getestet: 1. Zähneputzen mit 1g NaF-haltiger Zahncreme für die Dauer von 1 Minute, gefolgt von einer Mundspülung mit Wasser (Dauer 5 s); 2. wie 1., aber gefolgt von einer Zahnseidebehandlung mit konventioneller Zahnseide; 3. wie 2., aber zusätzlich gefolgt von einer Mundspülung mit 20ml einer NaF-haltigen Mundspülung. Vor der Studienphase erhielten die Probanden eine nicht fluoridierte Zahncreme, die sie eine Woche vor Studienbeginn verwenden sollten. Diese Zahncreme sollte auch während der Testphase angewendet werden. Am jeweiligen Testmorgen reinigten die Probanden ihre Zähne allerdings nur mit der fluoridhaltigen Testzahncreme sowie dem entsprechenden Folgeprozedere.

Erhöhter Fluorgehalt

Für die Bestimmung der Fluorid-Clearance des Speichels sammelten die Testpersonen sowohl vor als auch 10, 20, 30, 60, 90 und 120 Minuten nach der jeweiligen Mundhygienemaßnahme Speichel in einem Plastikröhrchen (2ml). Der Fluorgehalt im Speichel wurde mit einer ionenspezifischen Elektrode gemessen.

Von den 24 rekrutierten Testpersonen schlossen 20 die Studie ab. Die Fluoranalyse zeigte, dass nach allen drei Anwendungen der Fluorgehalt im Speichel gegenüber der Situation vor der Anwendung um mindestens das Fünffache erhöht war.

Die Zahnseidenanwendung hatte keinen signifikanten Einfluss auf den Fluorgehalt im Speichel. Die Mundhygienemaßnahme 3 (Zähneputzen + Zahnseidebehandlung + Mundspülung) erzeugte allerdings durch die zusätzliche Verwendung einer fluoridhaltigen Mundspülung die höchsten Fluorwerte im Speichel ($p < 0,00003$). Die Werte waren dabei zu allen Testzeitpunkten höher als nach Behandlung 1 und 2 ($p < 0,01$). Durch die Anwendung der Maßnahme 3 wurde im Vergleich zu Anwendung 1 zu allen Zeitpunkten eine Zunahme der Fluorkonzentration im Speichel von über 50% erreicht.

Eine Zahnreinigung mit einer fluoridhaltigen Zahncreme erhöht den Fluorgehalt im Speichel. Allerdings kann die zusätzliche Anwendung einer fluoridierten Mundspülung diesen Effekt deutlich verstärken. Dies gilt auch, wenn nach der Zahnreinigung eine Zahnseidenbehandlung durchgeführt wird. Eine Zahnseidenanwendung mindert den Fluoridgehalt im Speichel nicht signifikant.

Duckworth R.M., C. Horay, E. R. Huntington, V. Mehty, Caries Research, 43 (2009) pp. 387–390



“Competence in Esthetics”

Program

FRIDAY: NOV. 12, 2010 “TEAM APPROACH SESSION”

- 12:00 – 13:15 Location opening, Registration
- 13:15 – 13:30 Opening ceremony, Josef Richter CSO, Gernot Schuller
- 13:30 – 15:30 **All-ceramics on implants – an antagonism?**
Dr. Eric Van Dooren (BE) / Dr. Christian Coachman (BRA)
Create a smile design – what does it need to be safe and successful?
- 15:30 – 16:15 Break and dental exhibition
- 16:15 – 17:30 **High esthetic solutions – state of the art**
Róbert Zubák (SK) / Dr. Petr Hajný (CZ)
Direct vs. indirect techniques and their indications
- 17:30 – 18:45 **Success with all-ceramics – no limits**
Jürgen Seger (FL) / Dr. Gary Unterbrink (FL)
Optimizing material treatment in the lab and adhesive/conventional cementation in the practice
- 18:45 – 19:00 Discussion, Dr. Paul Gerlóczy
- 19:00 – 20:00 Apéro and dental exhibition
- 20:00 – “Esthetics” Party with live music and show program

SATURDAY: NOV. 13, 2010 “LIVE SESSION”

- 08:00 – 08:45 Opening
- 08:45 – 09:00 Welcome, Gernot Schuller / Team
- 09:00 – 10:30 **Tips and tricks in direct esthetic restoration**
Dr. Gary Unterbrink (FL)
In theory as well as live on a patient
- 10:30 – 11:00 Break and dental exhibition
- 11:00 – 12:45 **New technologies and treatment opportunities**
Prof. Daniel Edelhoff (GER) / Oliver Brix (GER)
High end all-ceramics in different indications
- 12:45 – 14:15 **Chairside approach with CAD/CAM live on patient**
Prof. Dr. Gerwin Arnetzl (AT) / Dr. Gerwin V. Arnetzl (AT)
How can I improve the practical benefit in private practice?
- 14:15 – 14:45 **Out of the dark into white esthetics**
Dr. Béla Czinkóczy (HU)
Screw-retained implant restorations
- 14:45 – 15:00 Discussion, lottery and closing, Dr. Paul Gerlóczy
- 15:00 – Lunch (finger food)

ivoclar
vivadent®
passion vision innovation

Zahnschmelzhypoplasien

Ursachen und Folgen für die orale Gesundheit

Unterentwicklungen oder sogar partielles Fehlen des Zahnschmelzes sind Strukturanomalien durch unvollständige Anlage oder Störungen während der Amelogenese mit Schädigung des Schmelzorganes.



Die Anlage der Milchzähne erfolgt im vierten Schwangerschaftsmonat, deren Mineralisation wird ca. elf Monate postpartal abgeschlossen.

Die Ursachen liegen in einer peri- oder postnatalen Störung der Verkalkung des Schmelzes während der Mineralisationsphase der betroffenen Zähne oder in einer Funktionsstörung der Ameloblasten, welche zu Strukturanomalien der organischen Matrix und zu teils schweren Missbildungen der Zahnkronen führen kann. Die Anlage der Milchzähne erfolgt im vierten Schwangerschaftsmonat, deren Mineralisation wird ca. elf Monate postpartal abgeschlossen. Das Dauergebiss folgt in Anlage und Mineralisation etwas später, die Mineralisation beginnt hier im dritten postpartalen Monat, die Keime für die Weisheitszähne werden erst im vierten bis fünften Lebensjahr angelegt. In diesen sensiblen Phasen kann es durch unterschiedliche Auslöser zu einer Fehlfunktion der Ameloblasten und daraus resultierend zur Bildung minderwertigen Schmelzes kommen.

Im Elektronenmikroskop findet man eine wirbelartige Desorientierung der Kristallstrukturen mit Mikrofurcbenbildungen und kleinsten verzweigten Kanälchen, welche das Schmelzgefüge durchziehen und auflösen. Hypoplastischer Schmelz hat eine erhöhte Porosität und einen vermehrten Karbonatgehalt bei gleichzeitiger Reduktion von Kalzium und Phosphat.

Ätiologie der Schmelzdefekte

Es lassen sich genetische Ursachen, endogene Störungen und exogene Noxen unterscheiden. Die häufigste genetische Ursache ist die je nach Untergruppe auf unterschiedlichen Einzelgenmutationen beruhende Amelogenesis imperfecta, die regional verschieden mit Häufigkeiten zwischen 1:1400 (USA) bis 1:800 (Schweden) auftritt. Der Gendefekt wird teils autosomal, teils X-Chromosomen-gebunden vererbt und manifestiert sich sowohl in quantitativen als auch qualitativen Schmelzbildungsstörungen. Die normale Ausbildung des Zahnschmelzes durchläuft drei Stadien:

1. die Entstehung der extrazellulären Matrix
2. die Matrixmineralisation
3. das Wachstum der Kristallite und die Reifung des Schmelzes

Ist eines dieser Stadien gestört, kommt es zu Dys- oder Hypoplasien des Schmelzes. Häufig liegen Defekte in den Matrixproteinen Amelogenin und Enamelin vor. Die vier Hauptgruppen der Amelogenesis imperfecta sind: der hypoplastische Typ, der Hypomaturationstyp, der

Hypokalzifikationstyp sowie ein sehr seltener Typ mit partieller Unreife, Unterverkalkung und Taurodontismus. Es sind auch Fälle von Kombinationen mit Störungen der Dentinbildung im Sinne einer Odontogenesis imperfecta bekannt.

Auch andere genetische Defekte können als Begleitiden meist generalisierte Schmelzdefekte bedingen. Dazu gehören das Sabouroud-Syndrom, das Downsyndrom, Muocopolysaccharidosen, das Ehlers-Danlos Syndrom und Albrights hereditäre Osteodystrophie. Stoffwechselddefekte, hormonelle Störungen wie Hypothyreoidismus und Hypoparathyreoidismus sowie pränatale Infektionen der Mutter und frühkindliche schwere Infekte schädigen den Zahnkeim. Bei lokalisierten und auch generalisierten Infektionen können Bakterien über Gefäße in die Zahnanlage eindringen und den Zahn schädigen. Mangel- und Hungerperioden in der Kindheit bedingen deutliche Schmelzunterentwicklungen an den Zähnen, ein Phänomen, das in anthropologischen Untersuchungen vor- und frühgeschichtlicher Populationen gut dokumentiert ist. An exogenen Noxen kennt man die Schädigung durch Pharmaka, wie etwa Tetrazyklin, aber auch ein zu hoher Fluoridgehalt des Trinkwassers kann zu Hypokalzifikation führen. Lokalisierte Schmelzdefekte entstehen durch mechanische Traumata am Milchzahn und daraus resultierender Schädigung des in Entwicklung befindlichen permanenten Zahnes.

Vitamin-D-Mangel verursacht Mineralisationsdefizite

Die häufigste Ursache für schwere Schmelzhypoplasien war im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Volkskrankheit Rachitis, bedingt durch schweren Vitamin-D-Mangel im ersten Lebensjahr. Die erste Beschreibung der daraus resultierenden Zahnschmelzdefekte erfolgte durch Adolph Zsimondy, einem aus Pressburg stammenden Zahnarzt. Er beschrieb symmetrische, in der Zahnzirkumferenz angeordnete Grübchen oder bandförmige Schmelzdefekte,

bevorzugt an den ersten Molaren und den Incisivi, seltener an den Prämolaren und den zweiten Molaren. In schweren Fällen dokumentierte er auch flächenhafte Hypoplasien bis zu Schmelzaplasien. Bis zum 1. Weltkrieg traten derartige Veränderungen bei 18% der Bevölkerung auf.

Interessant ist, dass heute besonders in nördlichen Ländern gehäuft milde Formen von Schmelzhypoplasien auftreten. Sie manifestieren sich als weißlich bis gelbliche oberflächliche Transluminiszenzen mit feinen Schmelzabsplitterungen. Als Ursache werden einerseits fieberhafte Infekte in der Kindheit angenommen, vermehrt aber auch eine zu lange Brusternährung mit einem daraus resultierenden Vitamin-D-Mangel der Mutter und damit niedrigerem Vitamin-D-Gehalt der Muttermilch.

Schmelzhypoplasie begünstigt Karies

Problematisch werden derartige Defekte vor allem durch die erhöhte Gefahr kariöser Läsionen. Zwar besteht an den betroffenen Zähnen primär keine erhöhte Disposition, eine Karies zu entwickeln, aber im Falle einer bereits beginnenden Karies werden das Fortschreiten und die Entstehung tiefer Läsionen deutlich begünstigt. Die Karies ist ja ein exogener Prozess, welcher initial durch das Bakterium Streptococcus mutans ausgelöst wird. Die Aufrechterhaltung und Progression wird dann von Keimen wie Lactobacillus sp., Bifidobacterium sp., Atopobium sp. und Candida betrieben. St. mutans bildet Laktat, welches zunächst Kalzium aus dem Hydroxylapatit des Schmelzes herauslöst; das Schmelzoberhäutchen verquillt und im Bereich der keimhaltigen Plaque entstehen kreidige, oberflächliche Rauigkeiten. Bei einer vorbestehenden Schmelzhypoplasie wird dieser Primärprozess überflüssig, da die oberflächlichen Strukturen bereits gestört sind und der Kalziumgehalt erniedrigt ist. Wichtige Voraussetzungen für die Entstehung einer Dentinkaries sind damit bereits gegeben. Die einwandernden Keime zerstören das Kollagen, und es entstehen tiefe kariöse Läsionen. Eine exakte Mundhygiene und Kariesprophylaxe sind daher bei vorbestehenden Schmelzhypoplasien von besonders hoher Relevanz.

Schmelzhypoplasien bilden einerseits Schwachstellen für die Besiedelung durch kariogene Mikroorganismen. Auf der anderen Seite können Schmelzdefekte am Dauergebiss ihrerseits durch bakteriell bedingte, apikale Parodontitis an Milchzähnen hervorgerufen werden. Die Keime geraten über die Pulpa oder über tiefe Zahnfleischtaschen zur Wurzelspitze. Kleine Defekte, Fissuren und Frakturen des Milchzahnes bilden die Eintrittspforten. Die Wurzelspitze entzündet sich, es kommt zur Exsudation und in der Folge zur Pulpa-

nekrose mit Verlust der Vitalität des Zahnes und Übergang in eine Kolliquationsnekrose, welche von Keimen wie Bacteroides-Spezies gefördert wird. Die entzündlichen Prozesse können zu einer apikalen Ostitis als Endstadium der pulpalen Infektion führen und den über dem Milch-

zahn liegenden, in Entwicklung befindlichen Dauerzahn schädigen. Eine rechtzeitige Sanierung des Milchgebisses bis zum Zeitpunkt der physiologischen Exfoliation ist daher eine wichtige Voraussetzung für die Gesundheit des Dauergebisses.

Ch. Eder, L. Schuder

GC Kalore™: Das Komposit der Zukunft mit der einzigartigen Monomer Technologie von DuPont.

Kalore™ das Komposit für Restaurationen der Zukunft! Ein perfekt form- und modellierbares Füllungsmaterial auf der Basis der revolutionären Monomer Technologie von DuPont. Kalore™ härtet unter extrem niedriger Schrumpfung und Schrumpfungstress aus, ist einfach zu polieren und hat ein natürliches Erscheinungsbild. Dies garantiert höchstästhetische Resultate. Sind Sie bereit für die Zukunft?

Erfahren Sie mehr über das Komposit der Zukunft: www.gceurope.com

GC

GC EUROPE N.V.
Head Office
Tel. +32.16.74.10.00
info@gceurope.com
www.gceurope.com

GC GERMANY GmbH
Tel. +49.61.72.99.59.60
info@germany.gceurope.com
www.germany.gceurope.com

GC AUSTRIA GmbH
Tel. +43.3124.54020
info@austria.gceurope.com
www.austria.gceurope.com

GC AUSTRIA GmbH
Swiss Office
Tel. +41.81.734.02.70
info@switzerland.gceurope.com
www.switzerland.gceurope.com

Zahnärztekammer Oberösterreich

Die eigene Kammer ist ein voller Erfolg

In Oberösterreich steht ein Präsident an der Spitze der Landeszahnärztekammer, der auf lange Erfahrung in Kammerarbeit und Politik in seinem Bundesland, Österreich und in der Europäischen Union zurückblicken kann.

► MR Dr. Wolfgang Doneus, Präsident der oberösterreichischen Zahnärztekammer, wurde Ende letzten Jahres zum zweiten Mal zum Präsidenten des Council of European Dentists (CED – Rat der europäischen Zahnärzte) gewählt und vertritt damit die Interessen von mehr als 340.000 Zahnärzten bei den Institutionen der EU.

Was bedeutet im Nachhinein

gesehen der Schritt zu einer eigenen Kammer für die oberösterreichischen Zahnärzte?

DONEUS: Alle Erwartungen, die wir vor der Schaffung der eigenen Zahnärztekammer hatten, wurden übertroffen! Die Konzentration auf die eigentlichen standespolitischen Aufgaben haben zu mehr Effizienz geführt. Die zeitintensive Beschäftigung mit Agenden der Gesamtärzteschaft in Vorstand und Vollversammlung ist weggefallen. Die Funktionäre sind damit näher am einzelnen Mitglied, die Entscheidungswege sind kürzer und kostengünstiger. Nachteile sind nicht auszumachen. So wird die eigenständige Zahnärztekammer von der Kollegenschaft als wirksames standespolitisches Instrument gesehen.

Die Vorteile liegen auf der Hand: Eigenverantwortung ohne aufgeblähte Kammerstruktur bei moderaten Beiträgen. Die Zahnärztekammer agiert also kostengünstiger und effizienter.

Welche der Services der Zahnärztekammer sind in Ihren Augen die wichtigsten und wertvollsten?

DONEUS: Ein wichtiges Service der Zahnärztekammer ist die außergerichtliche Streitbeilegung zwischen Patient und Zahnarzt. Die zahnärztliche Schlichtungsstelle hat sich hier bestens bewährt. Zeit- und kostenintensive Rechtsverfahren werden vielfach verhindert. Die Zahnärztekammer unterstützt die Kollegenschaft von der Praxisgründung bis zur Pensionierung mit individueller Beratung. Kernstück der Beratung sind



MR Dr. Wolfgang Doneus

Fragen aus den Einzelverträgen mit den Sozialversicherungsträgern. Zu den gesetzlichen Aufgaben der Zahnärztekammer gehören die Maßnahmen zur Qualitätssicherung genauso wie die Organisation von Qualitätszirkeln. Wir werden weiter daran arbeiten, aus unserer Sicht unnötige administrative Hürden zu beseitigen, um für unsere eigentliche Aufgabe, die Behandlung unserer Patienten, entsprechend Zeit zu gewinnen.

Welche Probleme bewegen die Zahnärzte in Oberösterreich im Moment besonders?

DONEUS: Das standespolitische Thema ist das Fehlen einer geregelten Praxisnachfolge im Einzelvertrag mit den Sozialversicherungsträgern. Eine Kontinuität in der Patientenbetreuung durch die Übergabe bestehender Einzelverträge zusammen mit Ordinationsstandorten ist eine Forderung, die sowohl für die Sozialversicherungsträger als auch für die Patienten nur Vorteile hätte. Ein Thema, das über das Bundesland hinaus von Relevanz ist, ist die Honoraranpassung der bestehenden Einzelleistungen. Die Betriebskostensteigerung durch immer neue Auflagen findet in der bestehenden Honorarordnung keine Entsprechung.

Wie steht es um das Notdienstzentrum Linz?

Die Konzentration auf die eigentlichen standespolitischen Aufgaben haben zu mehr Effizienz geführt.

DONEUS: Die Errichtungsbewilligung für das NDZ (Zahnärztliches Notdienstzentrum Linz) wurde erteilt. Im neuen Unfallkrankenhaus der Stadt Linz wird eine Raumreserve für die Etablierung des NDZ genutzt. Die Bauarbeiten haben nach Ostern begonnen. Einen Probebetrieb peilen wir mit Ferienbeginn an. Nach dem erfolgreichen Probebetrieb rechnen wir noch im Sommer 2010 mit der Eröffnung dieser einzigartigen Notdiensteinrichtung. Damit steht den Patienten täglich von 20 bis 24 Uhr sowie zusätzlich an Wochenenden und Feiertagen von 8 bis 14 Uhr eine Anlaufstelle im zahnärztlichen Notfall zur Verfügung. Die Rücküberweisung zum behandelnden Zahnarzt ist selbstverständlich.

Was halten Sie vom neuen Berufsbild der zahnärztlichen Assistenz als Lehrberuf?

DONEUS: Ein Lehrberuf führt üblicherweise über die Gesellen- und Meisterprüfung zu einer eigenständigen Berufsausübung. Diese Möglichkeiten sehen wir in einem zahnärztlichen Assistenzberuf auch in Zukunft nicht. Aus diesem Grunde wird auch sonst die Ausbildung im Bereich der Gesundheitsberufe (Krankenschwester, Pflegeberufe etc.) nicht als Lehre angeboten.

Wir danken für das Gespräch.

Das Gespräch führte Livia Rohrmoser.

Wirksamer Schutz vor Mundgeruch MIT SYSTEM



NEU

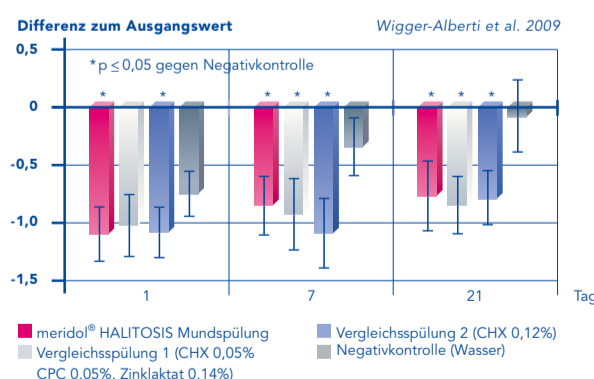
Signifikante Reduktion des Mundgeruchs bereits nach der ersten Anwendung

- **meridol® HALITOSIS Zungenreiniger**
entfernt bakterielle Zungenbeläge und reinigt effektiv die Zunge.
- **meridol® HALITOSIS Zahn- & Zungen-Gel**
neutralisiert geruchsaktive Substanzen und bekämpft so die Ursachen von Mundgeruch
- **meridol® HALITOSIS Mundspülung**
schützt mit 3-fach-Wirkmechanismus schnell und langanhaltend vor Mundgeruch

ohne Alkohol

- **meridol® HALITOSIS schützt wirksam vor Mundgeruch**
- nach einmaliger Anwendung und über einen längeren Zeitraum wirksam
- Wirksamkeit klinisch belegt

Organoleptische Messung in vivo



- Signifikante Reduktion des Mundgeruchs durch meridol® HALITOSIS Mundspülung bereits nach der ersten Anwendung
- Die Wirksamkeit von meridol® HALITOSIS Mundspülung ist vergleichbar mit den Chlorhexidin-haltigen Vergleichsspülungen

Gebro Pharma Für Fragen: ☎ 05354.53000, info@meridol.at, www.meridol.at, Gebro Pharma GmbH, 6391 Fieberbrunn, Österreich

Info

Website: <http://ooe.zahnaerztekammer.at/>
E-Mail: office@ooe.zahnaerztekammer.at
Spittelwiese 8/1
4010 Linz
Tel.: 05 05 11-4010

Der Ausschuss der LZÄK OÖ setzt sich zusammen:

Präsident: MR Dr. Wolfgang Doneus
Vizepräsident: MR Dr. Hans Schrangl
Finanzreferent: Dr. Friedrich Tüchler
Notdienstreferent: Dr. Reinhard Bauer
Referent für Öffentlichkeitsarbeit: MR Dr. Wolfgang Koller
Referent für Prophylaxe: Dr. Thomas Messner
Referent für Qualitätssicherung und Fortbildung: MR Dr. Thomas Schmidinger
Referat für Forensik: DDr. Klaus Siegfried Wild
Referat für Qualitätssicherung: Co-Referent DDr. Michael Stelzl

Einwohnerzahl (2009): 1.410.403

ZahnärztInnen (Stand Nov. 2009):
615, davon 516 niedergelassen, 75 angestellt, 24 Wohnsitzärzte

Praxishygiene – Versuch einer Standortbestimmung/3. Teil

Hygienemaßnahmen des Behandlungsteams

Der Sinn der Hygiene liegt in der Vorbeugung von Infektionen.

► Direkte Maßnahmen

Die persönliche Schutzausrüstung (PSA) ist das klassische Beispiel für eine direkte Barrieremaßnahme. Der Arbeitgeber stellt die PSA auf seine Kosten zur Verfügung, Arbeitnehmer sind verpflichtet, sie zu benutzen. Der Schutz der Hände erfolgt, indem dünnwandige, flüssigkeitsdichte und allergenarme Untersuchungshandschuhe, qualitativ hochwertige OP-Handschuhe oder mechanisch widerstandsfähige, flüssigkeitsdichte Handschuhe getragen werden. Von der Benutzung gepuderter Handschuhe ist aus Gründen der Allergieprophylaxe dringend abzuraten. Bei Behandlung bekannt infektiöser Patienten kann ein zweites Paar übergezogen oder Handschuhe mit 100%-Prüfung getragen werden. Die langen Stulpen der zur Feuchtreinigung verwendeten Haushaltshandschuhe sollten umgeschlagen werden.

Der Schutz des Gesichtes erfolgt mittels spezieller Schutzbrille zusammen mit dem Mund-Nasen-Schutz. Häufig wird auch ein Gesichtsschild verwendet. Bedingt durch den sog. „Kamineffekt“ ist dieses als alleiniger Schutz ungeeignet. Die in der Zahnheilkunde verwendeten Modelle für den Mund-Nasen-Schutz stellen nur einen bedingten Schutz dar. Eine Erhöhung der Wirkung bringt das Taping (Kleben der seitlichen Partien an die Gesichtshaut). Bei der Behandlung bekannt infektiöser Patienten ist entweder ein Taping oder die Verwendung einer Atemschutzmaske angezeigt. Bleibt noch die Schutzkleidung, die dem Schutz der Arbeitskleidung dient (siehe 3/2010).

Indirekte Maßnahmen

Die möglichen Maßnahmen sind so vielfältig, dass wir uns auf die Aufzählung der wichtigsten beschränken. In den meisten Fällen sind die Hände die Quelle und das Vehikel für die Übertragung von Mikroorganismen. Grundsätzlich sollte bei jeder Behandlung eine zusätzliche, reine Pinzette oder spezielle Instrumentengreifzange außerhalb des Aerosolbereiches bereitgestellt werden. Damit werden reine/keimarme Instrumente oder Hilfsmittel aus den Laden entnommen und bereitgelegt. Sollten weder die Laden über eine Nahrungsaufnahme (Sensoren) verfügen noch eine „Springerin“ zur Verfügung stehen, dann bleibt meist nur mehr der kleine Finger der linken Hand zum Öffnen übrig. Sind die Arbeits- und Ablageflächen im Aerosolbereich weitestgehend frei, dann reduziert sich das Infektionsrisiko erheblich. Gleiches gilt bei Nutzung einer leistungsstarken Absauganlage und Durchführung einer wirkungsvollen Absaugtechnik. Weitere

Maßnahmen sind die Verwendung von Kofferdam sowie die Abdeckung von Arbeitsflächen und nicht benötigten Zusatzgeräten. Einweg-Schutzhüllen und -Schutzbezüge stellen einen gangbaren Weg in der Infektionsprophylaxe dar.

Das beidhändige Zurückstecken der gebrauchten Kanüle in die Plastikschutzhülle zählt zu den häufigsten Fehlern. Einhändiges Recapping oder die Zuhilfenahme eines Spritzenständers sollten vom Praxisinhaber vorgelebt werden. Für Skalpellklingen wird

ein Klingentferner benützt. Einmalskalpelle werden direkt in einen Sicherheitsbehälter abgeworfen. Wasch-Trays für Handinstrumente, rotierende Instrumente oder WKI sind optimal. Die Aufbereitung im Ultraschall-Reinigungsgerät, im Rei-

nigungs-Desinfektionsgerät und/oder Sterilisator erfolgt ohne Berührung der Instrumente. Zum Abschluss sei noch auf die Verwendung des Spitzenschutzes der Scaler-Spitze am ZEG-Handstück erinnert.

Rudolf Bohrer und Dr. Peter Wallner

MDI HYBRID

MAXIMAL MINIMAL
Die neue Generation
minimalinvasiver
Implantologie



MDI 2,9 Hybrid

MAXIMAL

Ihre Anforderung: ein kleines Implantat, welches die bekannten Vorzüge eines großen Implantats bietet. Die Lösung: MDI Hybrid. MDI Hybrid bietet Ihnen bei maximalem Anwendungsbereich das Optimum an Primärstabilität für höchste Kundenzufriedenheit.

MINIMAL

Für die Praxis bedeutet das: Die Insertion des MDI Hybrid erfolgt nach einem minimalinvasiven Protokoll. Stabilität und eine adäquate prothetische Plattform eines klassischen Implantats sind trotzdem gewährleistet. Die Behandlungsdauer beschränkt sich genauso wie Ihr Kostenaufwand auf ein Minimum.



CE und FDA-Zulassung

*IMTEC wird 3M ESPE
Ein rundum starker Partner!*

Was passiert, wenn 20 Jahre Erfahrung in der minimalinvasiven Implantologie mit 60 Jahren Kompetenz in der regenerativen Zahnheilkunde zusammentreffen?

Ganz einfach: Als rundum leistungsstarkes Team sind wir nicht nur ein Lieferant innovativer Dentalprodukte und -dienstleistungen. Sie bekommen einen Partner, der sich den höchsten Standards in der Zahnmedizin verschrieben hat. Unser Anspruch ist es, Ihnen praktische und geniale Lösungen zu bieten, die den Unterschied in Ihrer Praxis ausmachen. Und genau wie Sie haben wir uns dazu verpflichtet, die Betreuung Ihrer Patienten beständig zu verbessern.

Informieren Sie sich noch heute unter 00800 46833000 wie in Zukunft die Lösung für Ihre Patienten aussehen kann!

3M ESPE AG, www.imtec-europe.de, Info-Line: 00800 46833000

3M ESPE

Österreicher sind Zahnbürstenmuffel

Neue Zahnbürsten nur zweimal jährlich

Die Österreicher wechseln durchschnittlich nur zweimal pro Jahr die Zahnbürste. Damit liegen sie hinter Deutschland und der Schweiz. Experten hingegen empfehlen einen Bürstenwechsel mindestens alle drei Monate: aus Hygiene Gründen und weil sich die Borsten abnutzen. Daher: Jahreszeitenwechsel ist Zahnbürstenwechsel.

► Reinhard Möseneder, General Manager von Colgate Österreich und Schweiz: „Die Schweizer sind europaweit wieder einmal der Musterknabe in Sachen Mundhygiene.

Rund drei mal pro Jahr wird in der Schweiz zu einer neuen Zahnbürste gegriffen. Da gibt es in Österreich mit nicht einmal zwei Zahnbürsten noch einigen Nachholbedarf. Das Ziel muss sein: Viermal im Jahr die Zahnbürste zu erneuern“. Zur richtigen Mundhygiene gehört laut Experten mindestens alle drei Monate der Bürstenwechsel einfach dazu. Im Mund existieren an die 300 bis 400 Bakterienarten. Bei ungenügender Mundhygiene ist die Zahnbürste in jedem Fall ein Tummelplatz für Bakterien. Ganz besonders nach Infektionskrankheiten sollte der sofortige Zahnbürstenwechsel eine Selbstverständlichkeit sein.

Zahnbürsten sind ein täglich benutzter Gebrauchsgegenstand. Entsprechend nützt sich das Material ab.

Besonders die Borsten können mit der Zeit an Qualität verlieren. Freilich hängt es auch davon ab, wie intensiv geputzt wird. Spätestens nach einem dreimonatigen Einsatz sollte es so weit sein – weg mit der alten Bürste. Immerhin ist die Zahnbürste bei regelmäßigem Gebrauch ganz schönen Belastungen ausgesetzt. Wer zweimal am Tag seine Zähne putzt und die empfohlene Putzdauer von drei Minuten einhält, strapaziert seine Zahnbürsten insgesamt 2190 Minuten pro Jahr, also 548 Minuten pro Quartal.

Übertragung von Bakterien auf Kleinkinder

Die Zeit des größten Risikos, Karies verursachende Bakterien von einem



Spätestens nach drei Monaten sollte die Zahnbürste erneuert werden

Erwachsenen auf ein Kind zu übertragen, sind die ersten vier Lebensjahre. Wurden in dieser Zeit nur wenig Karies verursachende Keime übertragen, besteht lebenslang eine geringere Kariesneigung. Daher unbedingt auf die eigene Mundhygiene achten, um die Kleinen nicht unnötigerweise mit Karies anzustecken. Das eigene Bürstl von Anfang an sollte ein selbstverständlicher Hygienestandard sein. Und auch die „Familienzahnbürste“ hat hoffentlich

längst ausgedient. Die ideale Kinderzahnbürste hat extra weiche, abgerundete Borsten und einen kleinen Bürstenkopf, mit dem alle Ecken gut erreichbar sind. Wichtig für Kinderhände ist außerdem ein kräftiger, rutschfester Griff. Darüber hinaus sollten Eltern ihre Kinder dabei nicht alleine lassen. „Erst wenn ein Kind flüssig schreiben kann, ist die Feinmotorik der Hand ausgereift genug, um selbstständig Zähne putzen zu können.“

Sonicare for Kids

Die erste Sonicare-Zahnbürste speziell für Kinder

Philips macht die bewährte Schalltechnologie nun auch Kindern zugänglich.

► Die Sonicare For Kids ist mehr als ein Technologietransfer in bunter Optik – sie ist speziell auf die Bedürfnisse der jungen Anwender zugeschnitten. So unterstützt sie die Eltern dabei, ihre Kinder an selbstständiges Zähneputzen und eine gute Mundhygiene heranzuführen. Umfassende Anwenderbeobachtungen, Fokusgruppenbefragungen und der Dialog mit wissenschaftlichen Einrichtungen ließen das Produktkonzept der Sonicare For Kids

reifen. Im Mittelpunkt der Entwicklung stand neben einem effektiven Plaque-Biofilm-Management vor allem auch die Compliance der kleinen Anwender.

Besonders kindgerecht sind der ergonomische Griff, welcher die kindertypische Haltung berücksichtigt, sowie der gummierte Bürstenkopf. Die Sonicare For Kids „wächst“ sogar mit dem Kind: Den kleineren Bürstenkopf nutzen Kin-



der ab vier Jahren, später wird er durch den größeren Bürstenkopf ersetzt. Die beiden Putzeinstellungen sind 40% bzw. 60% schwächer als bei dem großen „Bruder“ Sonicare FlexCare und dadurch speziell auf das kindliche Gebiss abgestimmt. Die wissenschaft-

lichen Untersuchungen zur neuen Philips Kinderschallzahnbürste bestätigen ihre Effektivität bei gleichzeitiger Sanftheit.

Parodontalerkrankungen

Im Kindheitsalter „oft tragisch“

Parodontalerkrankungen im Kindheitsalter werden oft übersehen, sagt Prof. Dr. James Deschner, Universität Bonn, auf Anfrage des Dentista Club. Das Bedauerliche sei: „Man vermutet sie nicht, und sie sind oft tragisch.“

► Parodontalerkrankungen seien keineswegs nur eine Erkrankung bei Erwachsenen: „Parodontaler Knochen- und Attachmentverlust kann bereits im Milchgebiss sowie im bleibenden Gebiss von Jugendlichen auftreten und zu frühzeitigem Zahnausfall führen.“ Ursache seien oft aggressive Parodontitiden: „Hier ist insbesondere die lokalisierte aggressive Parodontitis zu nennen, die vor allem die Inzisivi sowie die ersten Molaren der ansonsten systemisch gesunden Jugendlichen befällt.“ Aber auch bestimmte Systemerkrankungen, an denen Kinder und Jugendliche leiden, können die Entstehung und Progression von parodontalen Erkrankungen fördern. Prof. Dr. Deschner: „Zu solchen Erkrankungen zählen z.B. Typ-1-Diabetes sowie Down- und Papillon-Lefevre-Syndrom.“ Auch bestimmte Zahnentwicklungsanomalien können die lokalisierte Zerstörung des Parodontiums begünstigen: „Zu solchen Anomalien gehört z.B. die palatinale radikuläre Furche, die vor allem die Oberkieferschneidezähne betrifft.“ Die Empfehlung für die Kollegen:



Prof. Dr. James Deschner

„Auch bei Kindern und Jugendlichen wäre es erforderlich, in regelmäßigen Abständen auf das Vorliegen von Knochen- und Attachmentverlust – vor allem an den Schneidezähnen und ersten Molaren – mittels einer Parodontalsonde zu ‚screenen‘, selbst wenn keine Beläge und gingivalen Blutungen auffallen. Die betroffenen Patienten und deren Eltern werden es danken.“

Von Kolleginnen gegründet, demonstriert der „Dentista Verband der Zahnärztinnen“ die Leistungsvielfalt der Kolleginnen in Praxis, Hochschule und Studium, vernetzt unterschiedlichste Kompetenzen, fördert den spannenden Erfahrungsaustausch, optimiert das fachliche Know-how und nicht zuletzt den nachhaltigen Spaß am Beruf und seinen vielen Facetten.

Sie wollen Mitglied werden? Dann besuchen Sie uns einfach: www.dentista-club.de

APERCU

Dr. Fritz Luger



Zehent x 1,5 = Zukunft – Bildung

Der Zehent, einst ein Akt der Dankbarkeit gegenüber dem spendablen Gott, kam früher dem Klerus zu Gute. Neun Zehntel durfte der Mensch für sich verwenden.

Davon kann die werktätige Masse, die jenseits von 2000 Euro pro Monat verdient und gerne von den politisch Verantwortlichen als „Leistungsträger“ titulierte, im heutigen Steuersystem nur mehr träumen. Der Staat greift da nämlich brutal in die Vollen. Manche wünschen sich bereits, sie dürften das behalten, was als Finanz- und Sozialabgaben einbehalten wird. Trotzdem steigen die Staatsschulden rasant. Ende 2009 haben sie erstmals die Marke von 200 Milliarden durchbrochen – selbstverständlich nach oben. Dafür waren allein an Zinsen 6,7 Milliarden Euro fällig. Das sind 9,7 Prozent der gesamten Einnahmen, die in den Säckel des heimischen Finanzwarts fließen. Damit könnte locker der gesamte heimische Bildungssektor

– also die Zukunft des Landes – finanziert werden. Doch ein Ende der dramatischen Aufwärtsspirale ist nicht in Sicht. Durch weiter steigende Verschuldung der Alpenrepublik sind im Finanzrahmen 2013 nämlich bereits 11,4 Milliarden für Zinsen veranschlagt. Das sind dann 15,2 Prozent – oder der Zehent x 1,5! Vielleicht war das Leben doch nicht so schlecht im Mittelalter. Und als gefährliche Drohung muss angesehen werden, was Vizekanzler und Finanzminister Josef Pröll vor Kurzem den Medien in die Blöcke oder Mikrofone diktierte: „Österreich steuert auf griechische Verhältnisse zu.“ Daraus könnte nämlich auch geschlossen werden, dass die heimischen Politiker wie die Griechen Bilanzen türken und falsche Zahlen nach Brüssel melden.

Andersen-Verhaltensmodell:

Auswirkungen auf die orale Gesundheit

Das Andersen-Verhaltensmodell wird häufig zur Untersuchung von potenziellen Einflussfaktoren auf die Gesundheit herangezogen.

► **IME** – Im Rahmen der Analyse der Gesundheitsvorsorge ist das Andersen-Verhaltensmodell eines der bekanntesten Modelle. Das Modell geht davon aus, dass manche Personen das Gesundheitssystem mehr als andere nutzen und dies durch verschiedene Faktoren beeinflusst wird. Diese Faktoren und ihr Zusammenspiel beeinflussen das Gesundheitsverhalten sowie die Nutzung des Gesundheitssystems. Dies wiederum bestimmt nach dem überarbeiteten Andersen-Modell auch den Gesundheitsstatus. Die Autorin der vorliegenden Arbeit überprüfte die Faktoren des überarbeiteten Andersen-Modells anhand empirischer Daten, die im Rahmen des Adult Dental Health (ADH) Survey (Großbritannien, 1998) zur Mundgesundheit in der adulten Normalpopulation erhoben wurden.

In die Studie gingen die Daten von 1744 Männern und 2071 Frauen mit einem Durchschnittsalter von 43 Jahren ein. Dabei verfügten 3075 Teilnehmer (80,6%) über eigene Zähne oder Prothesen, wobei 19,4% Teil- oder Vollprothesen trugen. Für die statistische Analyse und Überprüfung des Andersen-Modells wurden zunächst Indikatoren für folgende typischen Andersen-Variablen identifiziert. Dann wurde deren Einfluss auf die Mundgesundheit und das Gesundheitsverhalten geprüft: Als erste latente Variable (Faktor) wurde die Prädisposition definiert. Messbare Variablen (Indikatoren) waren hier das Einkommen, die berufliche Qualifikation sowie die soziale Stellung. Als zweite latente Variable prüfte man die verfügbaren Ressourcen, wobei in diesem Zusammenhang die Parameter Beratung zur oralen Gesundheit, Typ der zahnmedizinischen Versorgung, veranschlagte Behandlungskosten und Angst vor Zahnarztbesuch ermittelt wurden. Dritte latente Variable war der Bedarf, gemessen am vom Patienten angenommenen und klinisch festgestellten Zahnbehandlungsbedarf. Darüber hinaus wurden zwei weitere latente Variablen berücksichtigt: die Gesundheitspflege sowie die Inanspruchnahme der zahnmedizinischen Versorgung. Gemessen wurden im ersten Fall die Häufigkeit des Zähneputzens sowie die Bereitschaft zu Zahnarztbesuchen. Im zweiten Fall wurden anhand spezifischer Skalen psychische, physische und soziale Probleme ermittelt, die im Zusammenhang mit der oralen Gesundheit stehen.

Die statistische Prüfung zeigte, dass alle ausgewählten messbaren Indikatoren in einem signifikanten Zusammenhang mit den latenten Variablen standen. Das heißt, dass die gewähl-

ten Indikatoren tatsächlich die Variable bestimmen. So gingen ein höherer sozialer Status, eine höhere Qualifikation und insbesondere ein hohes Einkommen mit einem hohen prädisponierenden Faktor einher. Der Ressourcenfaktor war dann be-

sonders hoch, wenn keine Angst vor Zahnarztbesuchen bestand, die erwarteten Behandlungskosten niedrig eingeschätzt wurden, eine zahnärztliche Privatbehandlung möglich war sowie eine Unterrichtung zur Mundgesundheit stattgefunden hatte. Der

Faktor Behandlungsbedarf wuchs mit der Zahl erkrankter Zähne. Die Variable zum Zahnhygieneverhalten und der Nutzung zahnärztlicher Behandlung wurde durch eine schlechte Zahnhygiene und seltene Zahnarztbesuche gesteigert. Der Gesund-

heitsoutcomefaktor wurde maßgeblich durch die Zuordnung einer hohen Bedeutung der Zahngesundheit auf psychische, soziale und physische Aspekte im Alltag erhöht.

Baker S.R., Community Dentistry and Oral Epidemiology, 37 (2009) pp. 485–494.



Professionelle Zahnaufhellung mit individuellen Schienen

Zur Aufhellung des gesamten Zahnbogens ist Opalescence PF nach wie vor „Goldstandard“ und nicht ohne Grund die meistverkaufte professionelle Zahnaufhellung.

Vielfalt durch verschiedene Konzentrationen und Aromen

Wird jedem Patientenwunsch gerecht: Tragezeiten variabel – über Nacht oder am Tag, zwischen 8 Stunden und 30 Minuten. Oder in Kombination mit In-Office-Zahnaufhellung.

Eingebaute Sicherheit durch PF-Formel

Dank der patentierten PF-Formel werden Sensibilitäten minimiert und der Zahnschmelz gegen Kariesangriffe gestärkt.



*Opalescence PF Kit zum Preis von je € 62,90. Inhalt: 8 x 1,2 ml Opalescence PF + Zubehör; erhältlich in 10, 15, 20, 35% Carbamid-Peroxid; Aroma Neutral, Mint oder Melone.

Digitaler Bilderrahmen (AGFA AF5087PS) im Wert von € 79,90, incl. Kurzpräsentation zur Zahnaufhellung.

Aktion gültig bis zum 30.08.2010 oder solange Vorrat reicht.

Alle Preise zzgl. MwSt. Es gelten die Allg. Geschäftsbedingungen des ausliefernden Dental-Depots.

Opalescence®
Professionelle Zahnaufhellung



Der Gold-Standard vom Marktführer

Unser Sommer-Angebot für Sie:

Bei Abnahme von 3 x Opalescence PF Patient Kits erhalten Sie GRATIS einen digitalen Bilderrahmen dazu.*

ULTRADENT
PRODUCTS · USA

UP Dental GmbH · Am Westhover Berg 30 · 51149 Köln
Tel 02203-359215 · Fax 02203-359222 · www.updental.de
Vertrieb durch den autorisierten und beratenden Dental-Fachhandel

Serie: Prophylaxe/Teil 2

Zusammenarbeit: Team Zahnarzt und Prophylaxe-Assistentin (PAss)

Die optimale Teamarbeit zwischen Zahnarzt/Spezialist und Prophylaxe-Assistentin (Dentalhygienikerin) trägt wesentlich zum zahnmedizinischen Gesamterfolg einer Therapie bei.

► Wenn ein Patient in die Ordination kommt, ist es wichtig, sich nicht nur auf das Akutproblem (wie Zahnschmerzen) zu konzentrieren, weil Studien zufolge bis zu 90% unter Zahnfleischentzündungen (Gingivitis) und davon 40 bis 60% der Erwachsenen unter chronischer Parodontitis leiden. Alleine aus diesen Dimensionen wird ersichtlich, wie unabdingbar es für Teams von Zahnarzt/Spezialisten und Prophylaxe-Assistentinnen (Dentalhygienikerinnen) ist, sich bereits zu Beginn einer Untersuchung umfassend den zahnmedizinischen Gesundheitszustand eines Patienten anzusehen. Um eine Gesamtbeurteilung zu ermöglichen, soll eine Befundaufnahme erfolgen. Es wird eine allgemeinmedizinische Anamnese erhoben. Beurteilt werden die intraoralen und die extraoralen Befunde. Unbedingt müssen die Rauchgewohnheiten ermittelt werden. Anschließend erfragt man, was der Patient für seine Mundhygiene bis jetzt verwendet hat. Es muss die parodontale Grunduntersuchung (PGU), die in wenigen Minuten Aufschluss über gesund oder erkrankt ergibt, erhoben werden (siehe www.oegp.at). Bei einem Wert von Null liegt ein gesundes Parodont vor. Bei den Werten 1 und 2 handelt es sich bereits um Gingivitis. Die Therapie ist ein systematisches Prophylaxe-Programm mit supragingivaler Konkremententfernung, Mundhygieneinstruktion und Motivation. Dem folgen die Nachkontrolle und die Zuteilung in ein Recall-System. Bei den Werten 3 oder 4 haben wir es mit einem/iner parodontal erkrankten Patient/In zu tun, der eine von einem Zahnarzt/Spezialisten ausgeführte Parodontaltherapie benötigt. Für die Diagnose sind ein Parodontalstatus und ein Röntgenbefund erforderlich. Die Erhebung des Parodontalstatus (siehe www.oegp.at) beinhaltet:

• Parodontalsondierung: diese wird an 6 Messpunkten bei jedem Zahn mit einer Spezialsonde (WHO-Sonde) durchgeführt.
• Furkationsinvolvierung der Molaren (horizontaler Knochenabbau zwischen den Wurzeln).

• Blutungsindex (BOP) nach Ainamo und Bay 1975.
• Plaque-Index nach O'Leary 1972.
• Sensibilitätstest: Hiermit kann festgestellt werden, ob bei parodontal stark erkrankten Zähnen bereits ein Vitalitätsverlust vorliegt.
Der radiologische Befund wird in der Regel durch periapikale Röntgenbilder mit Rechtwinkeltechnik erstellt. Wenn alle Befunde vorliegen, sollen die Zahnärzte/Spezialisten eine Einzelzahnprognose erstellen und einen Behandlungsplan ausarbeiten. Der Patient wird ausführlich über alle Details informiert, wie: Warum ist eine Erkrankung entstanden? Was sind die Gründe dafür? Therapieoptionen (in mehreren Varianten) mit eingehender Aufklärung über Vor- und Nachteile, Ablauf der Behandlungstherapie, Prognose über Behandlungserfolge.



Die Prophylaxeassistentin baut eine enge Beziehung zum Patienten auf

ne- und Kontrolltermine je nach Patienten (Plaque-Index) vorgesehen werden sollen. Die Prophylaxe-Assistentinnen spielen in dieser Phase der Therapie eine entscheidende Rolle.

Reevaluation: Es wird ein Parodontalstatus erhoben. Auch in diesem kontinuierlichen Diagnoseprozess ist die Zusammenarbeit von Zahnärzten/Spezialisten und Prophylaxe-Assistentinnen (Dentalhygienikerinnen) von großer Bedeutung.

Korrektive Phase: Zum Zeitpunkt der Reevaluation nach Initialtherapie wird entschieden, wo parodontalchirurgische Maßnahmen notwendig sind (Zugangslappen, Knochenchirurgie und/oder regenerative Parodontalchirurgie). Die postchirurgische Betreuung wird in Zusammenarbeit mit dem Team gemacht. Drei Monate nach Abschluss der letzten Chirurgie wird ein neuer Parodontalstatus erhoben. Zähne, die regenerative Chirurgie bekommen haben, werden nicht sondiert. Für sie wird ein gesondertes Protokoll angewendet. Anhand des finalen Parodontalstatus wird der Patient in ein strukturiertes Recall-Programm eingebunden. Das Recall-Intervall kann 2–3 Monate, eventuell auch längere Abstände, beinhalten. Das Ziel ist, die Ergebnisse langfristig zu erhalten, und dies kann nur mit einer guten Teamarbeit zwischen Zahnarzt/Spezialist, Prophylaxe-Assistentin (Dentalhygienikerin) und Patient gelingen.

Behandlungsablauf

Systemische Phase: Es wird anhand der allgemeinmedizinischen Anamnese mit dem Hausarzt Kontakt aufgenommen und Information bezüglich Medikation angefordert. Falls der/die Patient/In raucht, sollte er/sie über die Gesundheitsschäden und über die nachgewiesenen Zusammenhänge zwischen Rauchen und parodontalen Erkrankungen aufgeklärt werden.

Initialphase (ursachenbezogene Therapie, Hygienephase): Hierbei wird mit Spezialinstrumenten (Hand/Ultraschall/Schall) ein systematisches, subgingivales Debridement anhand des gemachten Parodontalstatus durchgeführt. Die Mundhygienegewohnheiten des Patienten werden kontrolliert. Es wird regelmäßig der Plaque-Index nach O'Leary 1972 erhoben und aufgezeichnet. Am Ende der Initialphase soll der Plaque-Index weniger als 20 Prozent betragen. Nach Abschluss der Initialphase folgt ein **Heilungszeitraum** von ca. 12 Wochen, in dem einige Mundhygie-

Dr. med. dent.
Andrea
Albert-Kiszely,
Spezialistin für
Parodontologie,
Universität Bern
(EFP
akkreditiert)



**In der nächsten Ausgabe:
Das Berufsbild Prophylaxe-Assistentin (PAss)**

ÄrzteService – Ihre sichere Seite

Ärzte-GmbH – Teil 2

Der lange angekündigte Gesetzesentwurf zur Ärzte-GmbH befindet sich im Begutachtungsstadium. Neben erwarteten Änderungen zum bisherigen ÄrzteG, birgt er auch eine Vielzahl an Überraschungen.

So beabsichtigt der Gesetzgeber, für freiberuflich tätige Ärzte eine generelle Verpflichtung zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung einzuführen. Mit anderen Worten soll der Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung für eine Ärztin/einen Arzt unabhängig davon verpflichtend sein, ob sie/er in einer Einzelordination oder in einer Gruppenpraxis tätig ist.

Als angemessene Höhe der Mindestversicherungssumme sieht der Gesetzgeber eine Deckungssumme von EUR 2 Mio. pro Versicherungsfall vor. Anders formuliert trifft ab Inkrafttreten der Ärzteservice-Novelle jeden Arzt die Pflicht, Vorsorge zu treffen, dass ihm seitens seines Versicherers für jeden einzelnen Schadensfall die „volle“ Deckungssumme von zumindest EUR 2 Mio. zur Verfügung gestellt wird.

Die von mir in der letzten Ausgabe angesprochene „Falle“ für Ärzte-GmbHs findet sich prompt im Gesetzesentwurf: Für Gruppenpraxen in der Rechtsform der GmbH soll explizit ein Haftungsdurchgriff auf die einzelnen Gesellschafter vorgesehen werden, wenn die abgeschlossene Berufshaftpflichtversicherung nicht den gesetzlichen Bedingungen/ dem Deckungsumfang entspricht. Wenn also die Ärzte-GmbH keinen ausreichenden Deckungsschutz hat, soll ein geschädigter Patient auf das Privatvermögen des einzelnen Gesellschafter-Arzt zu-



greifen können.

Ein weiterer wesentlicher Eckpunkt der Regelung ist, dass der Abschluss der Berufshaftpflichtversicherung Voraussetzung für die Aufnahme (und auch Fortführung) der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit sein soll und diese auch der Österreichischen Ärztekammer als listenführende Behörde nachzuweisen ist. Die Anstellung von anderen Ärzten soll verboten sein. Die Ausübung ärztlicher Tätigkeiten im Rahmen einer Ärzte-GmbH ist nur als Gesellschafter derselben zulässig. Allerdings schreibt das Gesetz nirgendwo vor, in welchem Ausmaß ein Arzt Gesellschaftsanteile innehaben muss. In der Praxis würde also eine niedrige Minderheitsgesellschafterstellung reichen, was bei entsprechender rechtlicher Ausarbeitung denselben Zweck wie

ein Anstellungsverhältnis erfüllen würde. Die Befassung mit dem komplexen Zulassungsregime würde den Textrahmen sprengen. Ich verweise nur darauf, dass bereits bestehende Gruppenpraxen bei Umwandlung in eine Ärzte-GmbH von diesem Zulassungsverfahren (Stichwort Bedarfsprüfung) nicht betroffen wären. Da Zahnärzte in der Praxis schon bisher oft im Rahmen einer Gruppenpraxis tätig waren, wären sie daher von dieser Thematik kaum betroffen. Die heikle Frage, ob auch ein einzelner Zahnarzt seine bisherige Einzelpraxis in eine GmbH „umwandeln“ darf, greift die Novelle nicht auf. Da das GmbH-Gesetz dies zulässt, wäre der Weg hierfür grundsätzlich frei. Ob und inwieweit dies mit dem ÄrzteG in Einklang zu bringen sein wird, wird erst die weitere Entwicklung zeigen. Da die Ärzteservice Dienstleistung GmbH vom Gesundheitsministerium zu einer Stellungnahme zur gegenständlichen Novelle eingeladen wurde, werden wir uns diesbezüglich jedenfalls grundsätzlich positiv äußern.

Mag. Stefano Lenz
Haftpflichtexperte bei der Ärzteservice
Dienstleistung GmbH
(Spezialist für Ärzteversicherungen)
Tel. 01/402 68 34
E-Mail: s.lenz@aerzteservice.com
www.aerzteservice.com

Dienstleistung GmbH
ärzte\$ervice
EIN UNTERNEHMEN DER PRAFA AG

Prophylaxe und Ästhetik – eine Win-Win-Win-Situation

ULTRADENT
PRODUCTS · USA

Schönes wird besser gepflegt – und bleibt länger gesund

Zahnärzte zogen einst nur Zähne, dann füllten sie Löcher. Langsam spricht es sich auch bei den Patienten herum, dass ihre Aufgaben heute vor allem in der Zahnerhaltung bestehen, und so werden Prophylaxeleistungen mehr und mehr in Anspruch genommen. Doch Patienten sollten wissen: Der Zahnarzt ist auch zuständig für Zahnästhetik – dann macht Zahnprophylaxe viel mehr Spaß.

► Es ist erfreulich, dass die Zahl der Patienten für Prophylaxe-Leistungen zunimmt. Immer mehr erkennen, dass Zahngesundheit regelmäßige Überwachung, professionelle Zahnreinigung und Mundhygieneoptimierung erfordert. Dass auch die Zahnästhetik zum Metier des Zahnarztes gehört, wird dagegen von manchem übersehen.

Ästhetische Möglichkeiten wie nie zuvor

Doch nie waren die Möglichkeiten des Zahnarztes größer als heute. So lassen sich Restaurationen tatsächlich langfristig praktisch unsichtbar einbringen, dank adhäsiv befestigter, zahnfarbiger Kompositmaterialien und Keramiken. Mit Zahnaufhellungsmaterialien geht es besonders minimalinvasiv: Die Zahnschubstanz wird geschont, und die Zähne werden hell und strahlend.

Ist der Zahnarzt und sein Team der richtige Ansprechpartner dafür? Aber sicher! Nur in der zahnärztlichen Praxis wird eine sachgerechte Diagnose gestellt, werden zuvor evtl. nötige Behandlungen vorgenommen, wird der Patient optimal beraten und angeleitet. Doch lohnt es sich auch für die Praxis, Zahnaufhellungsbehandlungen ins Patientenblickfeld zu rücken und aktiv anzubieten? Ja, selbstverständlich. Patienten warten nur darauf, auf Zahnästhetik angesprochen zu werden und die modernen Möglichkeiten der Zahnheilkunde für diesen Bereich kennenzulernen. Das haben Umfragen gezeigt.

Aufhellung – richtig in der Praxis, wichtig für die Praxis

Zahnaufhellung anzubieten, ist für den Zahnarzt mehrfach von Vorteil. Das direkt zu erzielende Honorar ist dabei nur ein Aspekt. Wesentlicher wirkt sich die Bewusstseinsänderung des Patienten aus. Er erfährt, dass seine Zähne einen begehrens- und



Die schnellste und gezielteste Methode: Direkt auf dem Patientenstuhl mit Opalescence Boost; oft reicht bereits eine Sitzung aus



Mit gesunden und schönen Zähnen lächeln – das ist es, was Patienten wollen



Zahnaufhellung ändert nicht nur Zahnfarben – sie ändert auch Lebensgefühl und Selbstvertrauen



sehnswerten „Schmuck“ darstellen. Was gefällt, was man schätzt, will man erhalten; so sind „aufgehellte“ Patienten besonders verlässlich im Prophylaxe-Recall und offen für Mundhygieneunterweisungen. Stehen im Patientenleben größere Arbeiten an, die Zuzahlungen erfordern, wirkt sich vorangegangene Zahnaufhellung auch in dieser Hinsicht aus. Menschen mit hellen, strahlenden Zähnen neigen nicht zur „Billigversion“, sondern möchten die aktuellen, umfassenden und ästhetischen Möglichkeiten der Zahnmedizin nutzen, auch wenn es etwas mehr kostet. So profitiert sowohl die Praxisökonomie als auch die Mundgesundheit.

Wann sage ich es meinem Patienten?

Wann ist der richtige Moment, Patienten auf ihre Zahnästhetik anzusprechen? Es gibt sicher viele Anknüpfungspunkte, vor, während und nach einer Zahnbehandlung. Der wichtigste ist dann gegeben, wenn Restaurationen im sichtbaren Bereich anstehen. Die Frage: „Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?“ ist zu diesem Zeitpunkt einfach zwingend, denn durch die Farbauswahl von Komposit beziehungsweise Verblendung legt man sich auf lange Zeit fest. Eine vorherige Aufhellung der natürlichen Zähne ermöglicht es, eine hellere Restaurationsfarbe zu wählen.

Aber schon vorher kann der Patient



Der Klassiker und „Goldstandard“ zur Aufhellung des gesamten Zahnbogens: Die individuelle, tiefgezogene Schiene mit Opalescence PF-Gelen in verschiedenen Konzentrationen anzuwenden

sensibilisiert und seine Aufmerksamkeit auf die Zahnästhetik gelenkt werden. So ist es denkbar, bereits im Anamnesebogen eine oder zwei diesbezügliche Fragen einzubauen (z. B.: Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Zähne beim Putzen nicht weiß genug werden? Haben Ihre Zähne und Ihre Füllungen unterschiedliche Farben? etc.) Beim nachfolgenden Patientengespräch hat man somit Anknüpfungspunkte.

Eine andere geeignete Situation ist die Prophylaxesitzung. Die Zahnhygienikerin kann den Patienten darauf aufmerksam machen, dass die professionelle Reinigung nur äußere Flecken und Beläge entfernen, jedoch die innere Zahnfarbe nicht verändern kann; daran kann nun der Hinweis angeschlossen werden, dass aber heute in der Praxis auch für eine solche Farbveränderung professionelle Mittel zur Verfügung stehen.



Das „Bleaching to go“: Opalescence Tréswhite Supreme – vorgefertigte KombiTrays, gebrauchsfertig befüllt, können sofort und praktisch überall eingesetzt werden

Prophylaxe mit einem Plus

Eine weitere Möglichkeit ist es, die Prophylaxebehandlung durch eine „kleine“ Zahnaufhellung zu ergänzen. Viele Praxen geben ihren Prophylaxepatienten bei entsprechendem Interesse einige Opalescence Tréswhite Supreme-Kombitrays zur häuslichen Anwendung mit. Diese Trays sind gebrauchsfertig, und so sind keine zusätzlichen vorbereitenden Arbeiten (etwa Abformung und labormäßige Herstellung einer Schiene) nötig. Dieses „Bleaching to go“ verstärkt beim Patienten das Gefühl, dass seine Zähne – im Hinblick auf Gesundheit und Ästhetik – in dieser Praxis gut aufgehoben sind. Es ist nicht ungewöhnlich, dass Patienten später von sich aus eine umfassendere Zahnaufhellung erwägen. Welche Methode dann schließlich gewählt wird, hängt natürlich vom

jeweiligen Fall und den Wünschen des Patienten ab: die „klassische“ Methode mit individuellen Tiefziehtrays und Gelen in verschiedenen Konzentrationen (Opalescence PF) oder „Chairside“, direkt auf dem Patientenstuhl, schnell und unter voller Kontrolle, mit Opalescence Boost. Oder man bleibt beim „Bleaching to go“, problemlos und preiswert, mit Opalescence Tréswhite Supreme. Diese Wahlmöglichkeiten in Bezug auf Zeitaufwand, Methode, Aufhellung in der Praxis oder zu Hause und nicht zuletzt die finanziellen Alternativen bauen Brücken zu jedem Patiententyp und werden jedem Geldbeutel gerecht. Die gute Beratung durch Zahnarzt und Assistentin erleichtert die Entscheidung für den individuell besten Weg zu helleren Zähnen.

Win-Win-Win-Situation für Arzt und Patient

Zahnaufhellungsbehandlung kann so eine dreifache „Win-Win-Win“-Situation auslösen: Der Patient gewinnt schöne strahlende Zähne, die er gerne zeigt; die Zahnarztpraxis gewinnt treue, motivierte Patienten, die regelmäßig die Praxis frequentieren; und last but not least: Die Mundgesundheit gewinnt – dank Kariesschutz und regelmäßiger Nachsorge. So lohnt es sich, Zahnaufhellung in den Blickpunkt des Interesses zu rücken; und da Zahnaufhellung eine Teamleistung ist: am besten im Gespräch mit dem gesamten Praxisteam.

10 Jahre Linzer Zahnmuseum

Von Badern und Zahnbrechern

Vor zehn Jahren wurde das Linzer Museum für Geschichte der Zahnheilkunde gegründet, seit 2003 befindet es sich in den Räumlichkeiten des Alten Rathauses der Stadt Linz – Grund genug für ein Fest.

Die Geschichte der Zahnheilkunde geht bis ins Jahr 3000 vor Christus zurück. Aus Funden weiß man, dass die alten Ägypter, Phönizier, Sumerer, Mayas und Etrusker bereits versuchten, den Zahnschmerzen zu Leibe zu rücken und die ersten Zahnersatzstücke zu fertigen. Die Materialien waren abenteuerlich, ebenso die Behandlungen. Heute weiß man, dass die ersten Versuche mit Silberamalgam als Füllungsmaterial bereits um 660 n. Chr. unternommen wurden. Zu dieser Zeit lag Europa im tiefsten Frühmittelalter, slawische Volksstämme hatten das erste unabhängige europäische Staatengebilde



Links ein Siemens-Behandlungsstuhl aus dem Jahr 1929, rechts eine Ritter-Einheit aus dem Jahr 1938.

Karantaniengründung. Zentrum war das Zollfeld in Kärnten. Das Fürstentum, das für die mitteleuropäische Geschichte von großer Bedeutung war, erstreckte sich vom heutigen Osttirol über die Steiermark bis Slowenien. Österreich aber

wurde erst 200 Jahre später, 976, „geboren“. Nun, das Linzer Museum hat leider keine Exponate aus dieser Zeit aufzuweisen, der Sammlungsschwerpunkt beginnt um 1700. Ausgestellt sind Exponate, anhand derer die Ge-

schichte und Entwicklung der Zahnmedizin, der Zahntechnik und der Dentalindustrie von 1700 bis zur heutigen Zeit dargestellt werden. Angefangen vom einfachen Baderstuhl, Fußtretbohrmaschinen, historischen Pumpstühlen bis zur ersten Einheit für die Arbeit am liegenden Patienten sieht der Besucher den Fortschritt der Zahnheilkunde im Zeitraffertempo. Frühe Röntgengeräte, ein Schaukasten über die Entwicklung der Orthodontie, ein alter Zahntechnik-Arbeitsplatz, zahntechnische Apparaturen, zahnärztlich-chirurgische Instrumente und vieles mehr runden das Gesamtbild ab.

Nicht nur die Besucherfrequenz ist erfreulich, auch die Reaktion des Publikums ist sehr positiv, wie zahlreiche Eintragungen im Besucherbuch beweisen.

Die Erhaltung des Museums wird ausschließlich mit Mitgliedsbeiträgen und Spenden finanziert. Wer also das Museum unterstützen will, kann dies mittels Mitgliedschaft tun; sie kostet 45,- Euro jährlich. Der

Mitgliedsbeitrag ist als Förderungsbeitrag ausgewiesen und daher steuerlich absetzbar. Natürlich sind sowohl Sach- als auch Geldspenden jederzeit herzlich willkommen.

Konto Nr. 00000272716 der HYPO Landesbank, BLZ 54000.

Auf Wiedersehen – im Museum.

sni

Öffnungszeiten

Mo-Fr 9.00-13.00
14.00-18.00 Uhr

Linzer Museum für
Geschichte der Zahnheilkunde
in OÖ

Altes Rathaus der Stadt Linz
Hauptplatz 1, 4010 Linz
Tel.: 0707070 1920

www.zahnmuseum-linz.at

2. ZMT-Golfturnier

19. Juni 2010

Golfclub Spillern

Wettpielart: Stableford

Achtung: Nennschluss: 16. Juni 2010, 12.00 Uhr

Anmeldung

Fax: 01/478 74 54 oder E-Mail: b.snizek@zmt.co.at

Ich melde folgende Personen zum Turnier an: _____
Kosten: 95,- Euro p.P.

Name Rechnungsadresse Telefon

Handicap Golfclub

Begleitpersonen inklusive Abendbuffet 25,- Euro, Anzahl:

Beginn: 12.00 Uhr
Stableford über
18 Löcher

Preise: 1 Brutto
Herren und Damen
3 Netto pro Gruppe
Longest drive und
Nearest to the pin
Auf der Runde:
Labestation