Entgelt bezahlt · Pressebuch International 64494

Dental Tribune

The World's Dental Newspaper · Austrian Edition

No. 11/2014 · 11. Jahrgang · Wien, 5. November 2014 · Einzelpreis: 3,00 €

Revolution in der Zahnmedizin

Dank der adhäsiven Zahnmedizin ist heutzutage ein umfangreiches Behandlungsspektrum möglich. Viele neue Techniken haben die Zahnmedizin erobert. Von Dr. Brigitte Zimmerli. › Seite 4f

Fünf Jahre Lachgassedierung

IfzL bietet seit über fünf Jahren sehr erfolgreich Zertifizierungsfortbildungen zur zahnärztlichen Lachgassedierung in Deutschland an. Stefanie Lohmeier und ihre Kollegen im Interview. › Seite 9

Produkt des Monats

Der neue PERFECT Sattelstuhl mit innovativer Hybrid-Mechanik bietet dem Anwender eine ergonomische Sitzgelegenheit. Jetzt 14 Tage Probesitzen und selbst überzeugen! › Seite 15

ANZEIGE

Herbstangebote

Probieren leicht gemacht...

*alle Probierpackungen bis 15.11.2014 20% günstiger

HUMANCHEMIE
Kompetenz in Forschung und Praxis
Humanchemie GmbH
Hinter dem Kruge 5 • D-31061 Alfeld (Leine)
Telefon +49 (0) 51 81 - 2 46 33
Telefax +49 (0) 51 81 - 8 12 26
www.humanchemie.de
E-Mail info@humanchemie.de

Ausbreitung der Ebola-Epidemie verhindern

Henry Schein und seine Lieferpartner spenden Schutzausrüstung im Wert von über einer Million US-Dollar.

MELVILLE – Henry Schein, Inc. arbeitet eng mit der CDC Foundation und Partner-Hilfsorganisationen zusammen, darunter AmeriCares, Direct Relief, International Medical Corps und MedShare, um den Bedarf an medizinischen Hilfsgütern kontinuierlich zu überwachen und zu beurteilen und den Ausbruch von Ebola in Westafrika zu bekämpfen. Henry Schein spendet Gesichtsmasken, Schutzhandschuhe und Kittel sowie Handdesinfektionsmittel, Schutzanzüge und andere PSA im Wert von über einer Million US-Dollar. „Die von Ebola betroffenen Länder sehen sich vor eine eskalierende Gesundheitskrise gestellt, und Henry Schein ist fest entschlossen, die Hilfsbemühungen zur Eindämmung des Virus zu unterstützen", erklärt Stanley M. Bergman, Vorstandsvorsitzender und Chief Executive Officer von Henry Schein. „Es ist absolut notwendig, dass die medizinischen Einsatzkräfte die notwendige persönliche Schutzausrüstung erhalten, damit sie ihre heroische Arbeit sicher fortsetzen und Menschenleben retten können. Durch öffentlich-private Partnerschaften mit unserem Lieferantennetzwerk und Hilfsorganisationen stellen wir die für Bekämpfung dieser tödlichen Epidemie dringend benötigten Materialien bereit."

Die angesichts des Ausbruchs der Ebola-Epidemie eingeleitete Notfallhilfe spiegelt einen wesentlichen Aspekt von Henry Schein Cares wider. Um die Einsatzfähigkeit bei Notfällen in aller Welt zu beschleunigen, liefert Henry Schein Cares regelmäßig Produkte an internationale Hilfsorganisationen, damit deren Lager im Falle einer Katastrophe aufgestockt sind.

Zusätzlich zu den vom Unternehmen gespendeten medizinischen Produkten zur Bekämpfung des Ebola-Ausbruchs hat die Henry Schein Cares Foundation einen Ebola-Hilfsfonds eingerichtet. Diese Stiftung ist eine gemeinnützige Organisation nach 501(c)(3), die den weltweiten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung unterstützt und fördert. Das von der Stiftung gesammelte Geld wird an Nothilfe leistende Organisationen gespendet.

Team-Schein-Mitarbeiter und andere können durch Spenden an den Fonds zu diesen Hilfsbemühungen beitragen. Henry Schein wird Spenden, die Team-Schein-Mitarbeiter in diesen Fonds einzahlen, verdoppeln. Alle Gelder werden über die CDC Foundation und andere Hilfsorganisationen direkt und vollständig den Ebola-Hilfsmaßnahmen zugute kommen. Bis zur Schließung des Fonds können Einzelpersonen und Unternehmen Geld- und Produktspenden leisten. Spenden per Kreditkarte werden über die Henry Schein Cares Foundation Website *www.hscaresfoundation.org* angenommen. (Klicken Sie auf die Schaltfläche „Spenden"; Sie werden zu einer Abwicklungsseite für Kreditkarten geleitet und wählen dort den „Ebola Relief Fund" [Ebola-Hilfsfonds]). Spendenschecks werden ebenfalls angenommen und sollten auf die „Henry Schein Cares Foundation" ausgestellt werden. Tragen Sie als Verwendungszweck „Ebola Relief Fund" ein und senden Sie den Scheck an: Ashley Lenz bei Henry Schein, Inc., 135 Duryea Road, Melville, N.Y., 11747. DT

Ja, aber...

EU akzeptiert Amalgam.

KREMS (jp) – Der wissenschaftliche Beratungsausschuss der Europäischen Kommission SCENIHR (Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks) hat den Entwurf einer Stellungnahme „Sicherheit von Amalgam und anderen alternativen Zahnersatzmaterialien für Patienten und zahnärztliches Personal" veröffentlicht. SCENIHR kommt zur Schlussfolgerung, dass die derzeit vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse weder die Verwendung von Amalgam noch die Verwendung alternativer Zahnersatzmaterialien ausschließen. Aus Sicht der Wissenschafter gibt es trotz zahlreicher Studien keine eindeutigen Belege für die Schädlichkeit von Amalgam für die menschliche Gesundheit.

Gleichwohl empfehlen die Wissenschafter, die Auswahl eines Füllmaterials individuell vom Patienten abhängig zu machen, wobei etwa auf bestehende Allergien oder andere Umstände, wie die Schwangerschaft einer Patientin, Rücksicht genommen werden sollte. Schließlich sollten nach Ansicht der Wissenschafter neue Füllmaterialien entwickelt werden, die eine bessere biologische Verträglichkeit aufweisen als die auf dem Markt befindlichen Werkstoffe. DT

Zweierlei Maß bei ZE-Zuschüssen

BVA geht den richtigen Weg und fördert Versicherte.

KREMS (jp) – Seit Sommer 2014 hat die BVA (Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter) beschlossen, jedem Patienten für jede vom Zahnarzt gefertigte Krone 200 Euro zurückzuvergüten. Für gegossene Stiftbauten gibt es 100 Euro, und, man höre und staune, für ein gesetztes Implantat 350 Euro. Die BVA geht den richtigen Weg und fördert Versicherte, die sich um ihre Gesundheit sorgen.

Lässt sich ein Patient einer anderen Kasse mit derselben prothetischen Arbeit versorgen, ist er aber zum Beispiel bei der Gebietskrankenkasse versichert, bezahlt er diese Arbeit aus

Fortsetzung auf Seite 2 ➔

ANZEIGE

smi)estore.at
THE REVOLUTION OF SMILE

BLACKWOOD
SPLAT

KRÄFTIGE BLEICHWIRKUNG UND NORMALISIERUNG DER PH-BALANCE DER MUNDHÖHLE

Die hochaktive schwarze Zahnpasta BLACKWOOD wurde speziell für die Menschen entwickelt, die maximale Atemfrische, natürliches Zahnweiß und antibakterielle Wirkung möchten.

www.smile-store.at

DENTAL TRIBUNE Austrian Edition · Nr. 11/2014 · 5. November 2014

Kassen saniert – Auftakt zur Honorarreform

Infos zum Autor

Jürgen Pischel spricht Klartext

Die Krankenkassen haben ihre Sanierung erfolgreich abgeschlossen. Im Zuge des 2009 beschlossenen Sanierungskonzepts wurde den Kassen ein Kostendämpfungsvolumen von 1,725 Milliarden Euro für den Zeitraum von 2010 bis 2013 vorgegeben. Tatsächlich erreicht wurden drei Milliarden. Das geht aus dem Abschlussbericht hervor, den Gesundheitsministerin Sabine Oberhauser (SPÖ) kürzlich dem Ministerrat vorgelegt hat. Damit, so die neue Gesundheitsministerin, sei die Sanierung „höchst erfolgreich abgeschlossen" worden. Nun könne man, nachdem die Schulden der Kassen weitgehend abgebaut seien, an Strukturreformen im Leistungssystem der Krankenkassen herangehen, was ja auch eine Honorierungsreform einschließt. Für einzelne Leistungserweiterungen – so die viel diskutierte und als „Wahlkampfschlager" beanspruchte Gratiszahnspange – wurde der Strukturfonds geopfert, damit die Kassen Geld daraus lukrieren konnten.

Bei Strukturreformen in der Zahngesundheit geht es aber um deutlich mehr als nur um „Wahlkampfschlager", die dann noch in der Ausgestaltung im Verhandlungswege mit den zahnärztlichen Standesvertretern auf „Steinzeitniveau" – fachlich und vergütungsmäßig – eingedampft werden. Es wird auch schwierig werden, in Verhandlungen von Kassen und Zahnärzten State of the Art Versorgungsdefinitionen und deren leistungsgerechte Bewertung, ohne rasch an Kassenbudgetierungsdogmen – bessere Bewertung und mehr Ausgaben sind obsolet – zu scheitern. Ein Teufelskreis, in dem die eine Seite die völlige Unzulänglichkeit des Kassenversorgungskataloges beklagt und die andere Seite verkündet, den Zahnärzten ginge es doch gar nicht so schlecht. Das führte zu langjährigem Stillstand.

Und doch, es scheint Auswege zu geben, die sich auch in Österreich in Ansätzen zeigen. So gibt die BVA jedem Versicherten für jede vom Zahnarzt gefertigte Krone 200 Euro Zuschuss, für gegossene Stiftaufbauten gibt es 100 Euro dazu, für ein gesetztes Implantat 350 Euro. Ein erster Ansatz, über den Grundversorgungskatalog hinausgehend weitere Leistungen zu bezuschussen. So ließen sich Mehrkosten-Vereinbarungsmodelle, z. B. in der konservativ-restaurativen Zahnheilkunde, gestalten, in denen auf die bestehende Grundversorgung – z. B. plastisches Füllungsmaterial – aufbauend die gesamte Versorgung in Mehrkostenvereinbarungen grundsätzlich berechnet werden kann. Oder, eine Alternative wären Festzuschussmodelle für die Grundversorgung nach Indikation, wenn z.B. bei einer abnehmbaren Teilprothese ein fester Zuschuss von der Kasse gewährt wird, der auch für die implantatgestützte festsitzende Arbeit, die der Patient vom Zahnarzt erhält, ausbezahlt wird.

Ein erster wichtiger Schritt wäre es schon, wenn alle Kassenarten auf gesicherten Grundlagen gleiche Leistungsgrundsätze verfolgen und umsetzen würden. Ein Schritt in die Gerechtigkeit,

toi, toi, toi, Ihr J. Pischel

Editorische Notiz

Schreibweise männlich/weiblich

Wir bitten um Verständnis, dass – aus Gründen der Lesbarkeit – auf eine durchgängige Nennung der männlichen und weiblichen Bezeichnungen verzichtet wurde. Selbstverständlich beziehen sich alle Texte in gleicher Weise auf Männer und Frauen.

Die Redaktion

DENTAL TRIBUNE

IMPRESSUM

Verlag
OEMUS MEDIA AG, Holbeinstr. 29
04229 Leipzig, Deutschland
Tel.: +49 341 48474-0
Fax: +49 341 48474-290
kontakt@oemus-media.de
www.oemus.com

Verleger
Torsten R. Oemus

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

Chefredaktion
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner (ji)
V.i.S.d.P.
isbaner@oemus-media.de

Redaktionsleitung
Majang Hartwig-Kramer (mhk)
m.hartwig-kramer@oemus-media.de

Redaktion
Marina Schreiber (ms)
m.schreiber@oemus-media.de

Korrespondent Gesundheitspolitik
Jürgen Pischel (jp)
info@dp-uni.ac.at

Projektleitung/Verkauf
Nadine Naumann
n.naumann@oemus-media.de

Produktionsleitung
Gernot Meyer
meyer@oemus-media.de

Anzeigendisposition
Marius Mezger
m.mezger@oemus-media.de

Bob Schliebe
b.schliebe@oemus-media.de

Lysann Reichardt
l.reichardt@oemus-media.de

Layout/Satz
Matteo Arena, Franziska Dachsel

Lektorat
Hans Motschmann
h.motschmann@oemus-media.de

Erscheinungsweise
Dental Tribune Austrian Edition erscheint 2014 mit 12 Ausgaben (2 Doppelausgaben 1+2 und 7+8), es gilt die Preisliste Nr. 5 vom 1.1.2014. Es gelten die AGB.

Druckerei
Dierichs Druck+Media GmbH, Frankfurter Straße 168, 34121 Kassel, Deutschland

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

Dentalhygienikerinnen im EU-Fokus

Harmonisierte Ausbildung für umfassendere Betreuung der Patienten.

KREMS (jp) – Derzeit werden die Berufszugangs- und Berufsausübungsregeln aller reglementierten Berufe in Europa überprüft. Ziel dabei ist es, die Berufsaufnahme innerhalb der EU-Mitgliedstaaten zu erleichtern, um mehr Wirtschaftswachstum im gemeinsamen Binnenmarkt zu generieren. Vor allem geht es darum, für bestimmte Berufe, allen voran die Dentalhygienikerinnen, mit einer europäisch entsprechend harmonisierten Ausbildung, z. B. Bachelor Dentalhygiene mit sechssemestrigen FH-/Universitätsstudien eine umfassendere Betreuung der Patienten in der Prävention, auch in Eigenverantwortung, zu eröffnen. Dazu ist eine besondere gegenseitige Begutachtung aller nationalen Regulierungsvorgaben durch die Mitgliedstaaten vorgesehen. Für den Gesundheitsbereich wurden Physiotherapeuten, Psychologen und Dentalhygienikerinnen ausgewählt.

Ausbildung und Tätigkeitsprofil von Dentalhygienikerinnen sind auf nationaler Ebene sehr unterschiedlich geregelt. In Ländern wie Holland oder Dänemark hat dieser Beruf im Vergleich zu Deutschland ein breiteres Aufgabenfeld, das über die klassische Zahnreinigung hinausgeht.

Hinzu kommt, dass in einzelnen EU-Mitgliedstaaten, wie etwa Großbritannien, Holland, Dänemark, Bachelor-Studiengänge in Dentalhygiene angeboten werden, was auch bereits in Deutschland und Österreich mit begrenztem Einsatzbereich in Delegation und in Aufsicht des Zahnarztes der Fall ist.

Der gegenseitige Evaluationsprozess soll bis Ende 2015 abgeschlossen werden. DT

Recycelte Prothese & Körperverletzung

Zahnarzt wehrt sich vor Gericht. Fall noch nicht endgültig geklärt.

DÜSSELDORF – Im Februar verurteilte das Amtsgericht in Düsseldorf einen Zahnarzt zu einer Geldstrafe in Höhe von 1.000 Euro, weil er einer Patientin ihre alte Prothese als neu verkauft habe und dafür 4.000 Euro abrechnete. Der verurteilte Zahnarzt ging jetzt am Landgericht in Berufung und wehrt sich gegen die Vorwürfe des Betruges und der fahrlässigen Körperverletzung.

Als die Oberkieferprothese der betagten Patientin nach zwei Jahren zerbrach und sie sich beim Praxisnachfolger des Angeklagten in Behandlung begab, stellte dieser den angeblichen Betrug in „Aus-Alt-mach-Neu-Manier" fest. Der alte Praxisinhaber bestreitet jedoch vehement solch ein waghalsiges Vorgehen: „Sie war fast 20 Jahre Patientin bei mir – warum sollte ich so etwas machen?", äußerte er sich bereits im Februar vor dem Richter, wie RP ONLINE berichtete. Nur vorübergehend habe er ihr im Herbst 2010 das alte Gebiss eingesetzt, da drei Zähne extrahiert werden sollten, um die neue Prothese einzusetzen. Dazu fehlte aber die Bereitschaft der Patientin. So habe er die alte Prothese aufgearbeitet und erneut eingesetzt. Wie ein Rechnungsbetrag von 4.000 Euro zustande kam, erklärte der Angeklagte mit der Feststellung, dass bereits ein neuer Zahnersatz für ca. 3.200 Euro angefertigt worden sei, aber durch Praxisübergabe an den neuen Inhaber scheinbar nie eingesetzt wurde. Die Patientin müsse die neue Prothese nur aus der Praxis abholen.

Neben dem Betrug steht allerdings auch der Verdacht der fahrlässigen Körperverletzung im Raum: Laut Aussage der Patientin habe sie die zahnärztliche Empfehlung erhalten, die Oberkieferprothese nie herauszunehmen, was wiederum eine schwere Entzündung des Zahnfleisches nach sich zog. Auch gegen diese Aussage verwehrt sich der beschuldigte Zahnarzt. Wie sich dieser Fall vor Gericht entwickelt und wie die Richter schlussendlich entscheiden, lesen Sie demnächst auf ZWP online. DT

Quelle: ZWP online

←Fortsetzung von Seite 1

eigener Tasche, ohne dass er nur einen Cent an Zuschuss bekommt. Er hätte sich ja, wie es so schön heißt, „eine zweckmäßige, tragbare, abnehmbare Teilprothese machen lassen können, die die Gebietskrankenkasse, nach einigen Bedenken, ‚großzügigerweise' zu ca. 50 Prozent stützt".

Wenn das keine Ungleichbehandlung der Patienten ist! Es hat so den Anschein, als ob es neuerdings besonders in der Zahnmedizin zwei Klassen von ASVG-Versicherten gäbe. Schon zu oft haben uns Gesundheitspolitiker und Beamte versichert, dass es in Österreich keine Zweiklassenmedizin gibt.

Am 1. September 2014 hat die Kinderärztin Dr. med. univ. Sabine Oberhauser (SPÖ) das Bundesministerium für Gesundheit übernommen. Frau Dr. Oberhauser ist sowohl als Politikerin ein Vollprofi (langjährige Vizepräsidentin des ÖGB) als auch als Medizinerin.

In ihren erfahrenen Händen liegt nun das zukünftige Schicksal aller ASVG-Versicherten, die aus gesundheitlichen Gründen eine zahnärztliche Versorgung benötigen und gerne „gleich behandelt" werden möchten. DT

Pilz unterstützt Kariesbildung

Das Zusammenspiel verschiedener Pathogene entscheidet über deren Wirkung.

BRAUNSCHWEIG – *Streptococcus mutans* gilt als wichtigster Verursacher von Karies. Jedoch scheint das Bakterium keinesfalls alleine für die Entstehung von Löchern in den Zähnen verantwortlich zu sein. Wissenschafter des Helmholtz-Zentrums für Infektionsforschung (HZI) in Braunschweig konnten nun zeigen, dass ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Pathogene zur Entstehung von Karies führt. Ihre Ergebnisse veröffentlichten die Forscher im *ISME Journal*.

Viele Pathogene leben in der klebrigen Substanz, die *Streptococcus mutans* bildet, um auf den Zähnen Halt zu finden. Einer dieser Keime ist der Hefepilz *Candida albicans*.

„Wir haben uns das Zusammenspiel von *Streptococcus mutans* und *Candida albicans* genauer angeschaut und festgestellt, dass das Bakterium im Beisein des Pilzes seine Virulenz verändert", sagt Prof. Irene Wagner-Döbler, Leiterin der Arbeitsgruppe „Mikrobielle Kommunikation" am HZI. Das Bakterium wird also in Anwesenheit des Pilzes schädlicher.

Links: *Nahaufnahme eines Biofilms bestehend aus zwei humanen Krankheitserregern, dem Pilz* Candida albicans *und dem Karies fördernden Bakterium* Streptococcus mutans. *Die Produktion von extrazellulären polymeren Substanzen (EPS) des Bakteriums, die Karies auslösen können, wird durch den Pilz gestoppt. –* ***Rechts:*** S. mutans*-Zellen fluoreszieren grün. Sie tragen ein* Gen *für das grün fluoreszierende* Protein *und sind mit dem Promotor des Quorum-sensing gesteuerten alternativen sigma-factor SigX verbunden. Das Quorum-sensing-System wurde durch den Pilz induziert. © HZI/Rohde&Sztajer*

Die Pilze produzieren nach außen Signalmoleküle, die beim Überschreiten einer bestimmten Konzentration von Bakterien aufgenommen werden und verschiedene metabolische Reaktionen auslösen können. „Eine dieser Reaktionen ist die Aktivierung von Genen bei *Streptococcus mutans*, die zur Produktion zelleigener Antibiotika führen", sagt Dr. Helena Sztajer, Erstautorin der Studie. So kann *S. mutans* andere Bakterien erfolgreich bekämpfen und sich selbst einen Vorteil verschaffen.

Darüber hinaus ist das Bakterium in Anwesenheit des Pilzes eher in der Lage, fremdes Erbgut aufzunehmen. „So kann es sich neue Eigenschaften aneignen, wie beispielsweise Antibiotikaresistenzen", sagt Sztajer. Auch die Produktion klebriger Substanzen, eine wichtige Voraussetzung für die Haftung von *S. mutans* und der anderen Bakterien auf dem Zahn, wird durch den Pilz unterdrückt.

Die Erkenntnisse der Forscher sind nicht nur im Hinblick auf Karies wichtig, sie bestätigen eine neue Sichtweise für die Untersuchung von Krankheiten. Suchte man früher meist nach einem einzigen Erreger als Verursacher einer Erkrankung, unterstützen die Ergebnisse der HZI-Forscher die These, dass das Zusammenspiel vieler verschiedener Mikroorganismen dabei eine Rolle spielt. DT

Quelle: Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung

Informationsbrille für Zahnärzte

Dental Glass – die virtuelle Patientenakte.

SETTEQUERCE – Die italienische Firma Gerhò stellte kürzlich die erste dentale Informationsbrille für Zahnärzte vor. Dental Glass ist eine speziell zugeschnittene Version von Google Glass, die dem Behandler live Informationen zum Patienten bereitstellt. Die Brille ermöglicht so Einsicht in die komplette Patientenakte. Auch während der Behandlung werden neue Informationen direkt in die Kartei aufgenommen. Mit simplen Sprachbefehlen kann man sich ein Röntgenbild oder den Zahnstatus anzeigen lassen sowie während der Behandlung neue Fotos aufnehmen und der Akte hinzufügen. Der Hersteller Gerhò möchte die Brille vorerst auf dem italienischen Markt verbreiten und später in ganz Europa zur Verfügung stellen. Dazu laufen Verhandlungen mit Google, um eine grössere Menge an Brillen für den europäischen Markt zu ordern. DT

Quelle: ZWP online

H_2O_2-Konzentration im Fokus

Neue Studie zur Notwendigkeit medizinischer Bleachingpräparate.

FREIBURG IM BREISGAU – Vor Kurzem wurde an der Universität Freiburg eine wichtige Studie zur Zahnaufhellung erstellt: Erstmalig wurde der Einsatz von Produkten zur Zahnaufhellung mit höherer H_2O_2-Konzentration im Rahmen einer Literaturrecherche systematisch untersucht. Aktueller Hintergrund der Untersuchung ist die EU Kosmetik-Direktive mit ihrer Begrenzung von kosmetischen Zahnaufhellungsprodukten auf sechs Prozent H_2O_2. Die EU-Kommission und einige wenige EU-Länder sehen keine Notwendigkeit für höhere Konzentrationen – die große Mehrzahl der EU-Staaten (u. a. Österreich und Deutschland) vertreten ein Nebeneinander von Zahnaufhellungsprodukten für kosmetische Indikationen und Medizinprodukten mit höheren H_2O_2-Konzentrationen, vor allem für medizinisch indizierte Behandlungen. Die Zweckmäßigkeit und Effizienz des Bleachings von Zahnverfärbungen ist auch bei schweren Fällen nicht zu bezweifeln; vor allem ist sie konservativer und weniger invasiv als restaurative Maßnahmen. Obwohl auch niedrigere H_2O_2-Konzentrationen erfolgreich sein können, ermöglicht eine Behandlung mit hohen H_2O_2-Konzentrationen unter direkter Aufsicht des Zahnarztes Ergebnisse, die mit „Home-Bleaching" nicht oder nur in deutlich längeren Zeiten zu erzielen wären; besonders gilt dies bei schweren Verfärbungen infolge von Krankheiten oder Traumen. Zugleich erhöht sich die Sicherheit für den Patienten, da alle Behandlungsschritte in der zahnärztlichen Praxis ablaufen und keine Aufhellungsmaterialien aus der Hand gegeben werden. DT

Quelle: Ultradent Products

ANZEIGE

Jetzt auch mit externem Hex!

Wir präsentieren

3i T3 IMPLANT™

BIOMET **3i** ist der weltweit führende Anbieter von Hybrid-Implantat-Systemen.
1996 hat das Unternehmen mit dem OSSEOTITE® Implantat,
dem ersten Hybrid Design, die Implantologie revolutioniert.
Eine Weiterentwicklung dieser Technologie ist das moderne **3i** T3® Hybrid Implantat.
BIOMET **3i** Implantate gibt es jetzt mit einer Multilevel Topographie.

Preservation By Design®

- Modernes Hybrid Design mit Mulitlevel Topographie
- Verbessertes ästhetisches Ergebnis durch Reduktion des krestalen Knochenrückgangs auf weniger als 0,37 mm*1
- Die Certain® Innenverbindung reduziert die Undichtigkeit im Mikrobereich durch enge Toleranzen der Verbindungen und eine maximale Erhöhung der Haltekräfte.* 2,3

Für weitere Informationen kontaktieren Sie bitte unseren Customer Service unter +49 (0)800 101 64 20 oder besuchen Sie uns online auf www.biomet3i.com

BIOMET 3i™
PROVIDING SOLUTIONS – ONE PATIENT AT A TIME™

1. Östman PO†, Wennerberg A, Albrektsson T. Immediate Occlusal Loading Of NanoTite Prevail Implants: A Prospective 1-Year Clinical And Radiographic Study. Clin Implant Dent Relat Res. 2010 Mar;12(1):39-47.
2. Suttin†† et al. A novel method for assessing implant-abutment connection seal robustness. Poster Presentation: Academy of Osseointegration, 27th Annual Meeting; March 2012; Phoenix, AZ. http://biomet3i.com/Pdf/Posters/Poster_Seal%20Study_ZS_AO2012_no%20logo.pdf
3. Suttin Z††, Towse R††. Dynamic loading fluid leakage characterization of dental implant systems. ART1205EU BIOMET 3i White Paper. BIOMET **3i**, Palm Beach Gardens, Florida, USA. http://biomet3i.com/Pdf/EMEA/ART1205EU%20Dynamic%20Loading%20T3%20White%20Paper.pdf

†Dr. Östman steht in einem finanziellen Vertragsverhältnis zu BIOMET **3i** LLC aufgrund seiner Referenten- und Beratertätigkeit sowie weiterer Dienstleistungen.
††Herr Suttin und Herr Towse waren während ihrer Tätigkeit bei BIOMET **3i** an den oben genannten Untersuchungen beteiligt.

*Der Test auf Dichtigkeit der Verbindung wurde von BIOMET **3i** von Juli 2011 bis Juni 2012 durchgeführt. Für den Test der Implantatsysteme wurde eigens ein dynamischer Belastungstest entwickelt und durchgeführt. Die Testung erfolgte gemäß Testnorm ISO 14801 (Zahnheilkunde – Implantate – Dynamischer Belastungstest für enossale dentale Implantate). Es wurden fünf (5) BIOMET **3i** PREVAIL Implantatsysteme und fünf (5) von drei (3) Mitbewerber-Implantatsystemen getestet. Die Ergebnisse von Labortests sind nicht unbedingt aussagekräftig für die klinische Leistungsfähigkeit.

3i T3, Certain, OSSEOTITE and Preservation By Design are registered trademarks and **3i** T3 Implant design and Providing Solutions - One Patient At A Time are trademarks of BIOMET **3i** LLC. ©2013 BIOMET **3i** LLC. All trademarks herein are the property of BIOMET **3i** LLC unless otherwise indicated. This material is intended for clinicians only and is NOT intended for patient distribution. This material is not to be redistributed, duplicated, or disclosed without the express written consent of BIOMET **3i**. For additional product information, including indications, contraindications, warnings, precautions, and potential adverse effects, see the product package insert and the BIOMET **3i** Website.

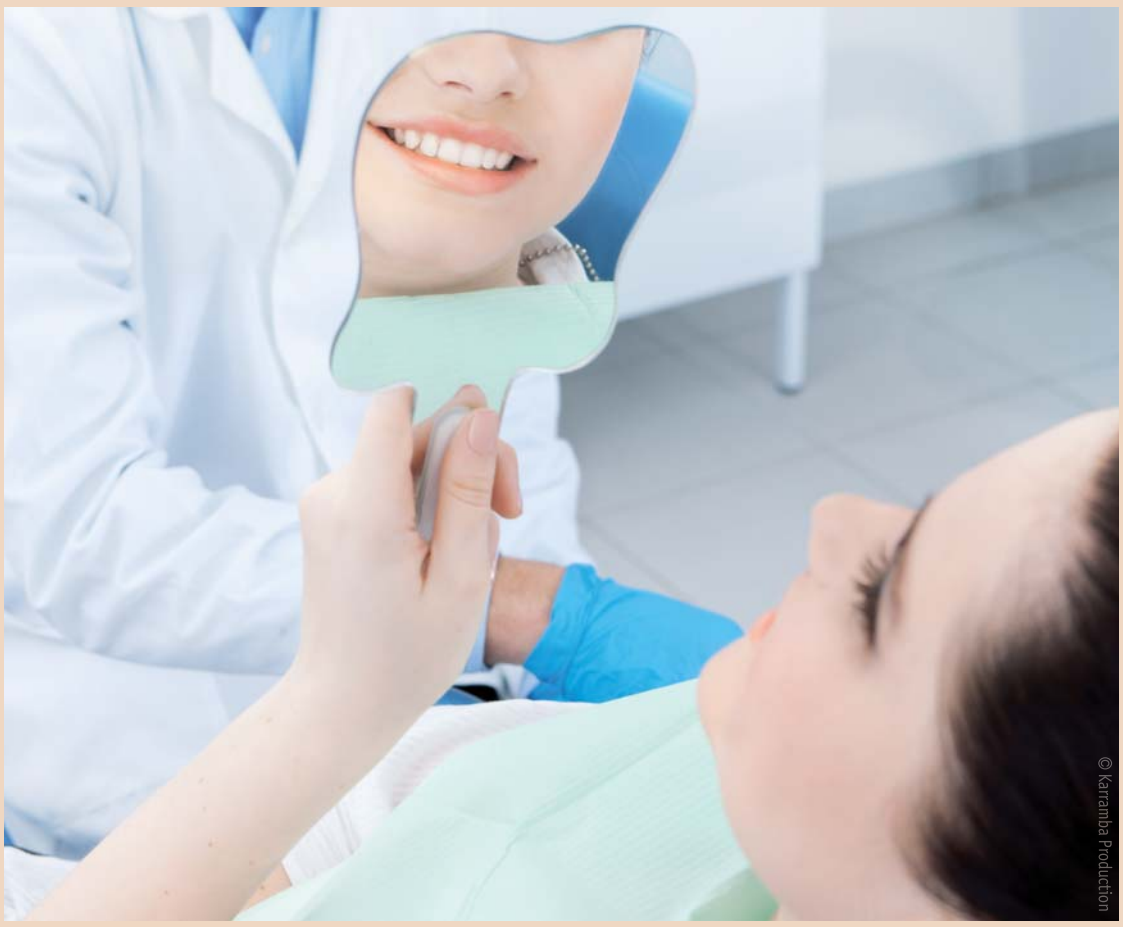
ADEMEA007G REV A 05/14

Dental Tribune Austrian Edition · Nr. 11/2014 · 5. November 2014

Adhäsive Techniken in der Zahnerhaltung

Patienten können heute wesentlich von neuen Techniken profitieren, die die Zahnhartsubstanz schonen. Von Dr. Brigitte Zimmerli, Burgdorf, Schweiz.

Mit der Entwicklung der adhäsiven Zahnmedizin wurde die Zahnmedizin revolutioniert. Die minimalinvasive Füllungstechnik wurde erst dank der adhäsiven Befestigung auf der Zahnoberfläche möglich. Die Patienten können heute stark von neuen Techniken profitieren, die die Zahnhartsubstanz schonen. Dabei ist nachvollziehbar, dass die Risiken für den Zahn umso kleiner sind, je schonender bei der Zahnversorgung vorgegangen wird. Der Erfolg der adhäsiven Restauration ist maßgeblich abhängig von der richtigen Anwendung der Haftvermittler. Es ist im Rahmen des vorliegenden Artikels nicht möglich, alle Indikationsbeispiele für adhäsive Techniken zu erläutern. Es soll aber an ausgewählten Fällen gezeigt werden, was heute im Rahmen der adhäsiven minimalinvasiven Zahnmedizin möglich ist.



Grundlagen

Damit die adhäsive Restauration funktioniert, ist die korrekte Anwendung des Haftvermittlers (Adhäsivs) entscheidend. Das scheint auf den ersten Blick trivial zu sein, ist es aber in der Praxis nicht. Denn die unterschiedlichen Produkte auf dem Markt müssen stets gemäß Packungsanweisung verwendet werden. Dabei sollte zwingend auf einige Details wie Einwirkzeit, Art des Verblasens etc. geachtet werden. Zusätzlich erschwerend kommt die Patientensituation dazu (Zugang, Trockenlegen etc.).

Man unterscheidet heute zwei Hauptgruppen von Adhäsivsystemen:

- Haftvermittler, bei welchen die Zahnoberfläche mit einer Säure geätzt und diese im Anschluss mit Wasserspray entfernt wird (Etch&Rinse-Systeme).
- Haftvermittler, bei welchen auf ein separates Ätzen mit Phosphorsäure verzichtet werden kann (selbstätzende Systeme oder Self-Etch-Systeme)

Ungeachtet dessen, was die Industrie verspricht, werden die besten Haftwerte auf Schmelz nach wie vor nach einer Ätzung mit Phosphorsäure erreicht. Deshalb gilt v.a. im ästhetischen Bereich: Schmelz immer ätzen, auch bei Haftvermittlern, bei welchen auf die Schmelzätzung verzichtet werden kann. Aber Achtung: Wenn zusätzlich Dentin exponiert ist, muss darauf geachtet werden, dass bei den selbstätzenden Systemen keine Phosphorsäure auf das Dentin gelangt, da sonst die Haftkraft deutlich abnimmt.

Bei der Haftung auf Dentin sind heute die Self-Etching-Systeme gut. Ihr Vorteil liegt v.a. darin, dass es zu weniger postoperativen Hypersensibilitäten kommt. Vorsicht ist einzig nach wie vor bei den Einflaschensystemen gegeben. Die Self-Etching-Systeme, die aus einer einzigen Adhäsivkomponente (Einflaschensystem) bestehen, stellen eine enorm heterogene Gruppe dar, was den langfristigen Haftverbund angeht. Deshalb können diese Produkte nicht vorbehaltlos empfohlen werden.

Die Haftvermittlerflasche sollte vor Gebrauch kurz geschüttelt und das Adhäsiv stets frisch aus dem Behälter entnommen werden. Es empfiehlt sich, davon abzusehen, das Adhäsiv über Minuten in einem lichtgeschützten Behälter (z.B. Viviapad) zu lagern, bevor es gebraucht wird (Gefahr der Evaporation von Lösungsmitteln und allfälliger Phasenseparation des Adhäsivs). Bei Adhäsivsystemen und Kompositzementen, welche im Kühlschrank gelagert werden, ist es von Vorteil, diese möglichst rasch ins Behandlungszimmer zu nehmen, da die Konversionsrate (Polymerisationsgrad) bei Raumtemperatur höher ist.

Eine suffiziente Polymerisation des Haftvermittlers, Komposits und Kompositzements ist wichtig, um eine hochwertige Restauration zu erhalten (bessere Haftkraft, weniger Verfärbung). Deshalb ist es empfohlen, den Lichtleiter kontinuierlich auf seine Sauberkeit und Unversehrtheit hin zu prüfen. Zusätzlich sollte die Lichtleistung der Polymerisationslampe regelmäßig geprüft werden, um einen allfälligen Verlust der Lichtintensität rechtzeitig zu erkennen. „Kratztests" oder ähnliche Methoden sind diesbezüglich nicht zuverlässig!

Ganz wichtig ist nach wie vor, dass das Arbeitsfeld gut isoliert ist, wobei der Kofferdam sicherlich die beste Lösung zur Trockenlegung ist. In gewissen Situationen leisten aber auch Wangenabhalter (z.B. Optragate) oder spezielle Wattepads (z.B. DryTips) gute Dienste.

Zahnverbreiterungen

Das beste Beispiel für minimalinvasive Zahnmedizin stellt sicherlich die rein additive Veränderung der Zahnform dar. Dabei wird die Zahnoberfläche nur gereinigt und das Adhäsiv ohne vorgängige Präparation des Zahnes aufgebracht. In jedem Fall muss in diesen Situationen der Zahnschmelz mit Phosphorsäure geätzt werden. Idealerweise wird ein Etch&Rinse-Adhäsiv verwendet. Bei der Applikation des Haftvermittlers ist entscheidend, dass das Adhäsiv in die Mikrostruktur des Zahnes penetrieren kann, bevor es ausgehärtet wird.

Je nach Situation kann das Kompositmaterial frei Hand geschichtet werden ***(Abb. 1a und b)***, oder man kann sich mithilfe eines Silikonschlüssels die Formgestaltung erleichtern. Die Vorteile der rein additiven Formveränderung liegen auf der Hand: Die Veränderung ist reversibel und kann bei Nichtgefallen jederzeit geändert werden. Kommt es zu einem allfälligen Misserfolg, kann die Restauration einfach repariert werden. Gerade bei umfassenden Formveränderungen von Zähnen (z.B. bei Nichtanlagen) kann es sinnvoll sein, zunächst die Zähne mit Komposit zu versorgen und die Situation einige Jahre zu belassen, bevor dann später mit Keramikschalen die Zähne „definitiv" versorgt werden ***(Abb. 2a und b)***. Mit diesem Vorgehen kann sich der Patient an das neue „Lächeln" gewöhnen, und die Kompositfüllungen dienen als Vorlage für die definitive Gestaltung der Keramikarbeiten.

Abb. 1a: *Die Patientin stört sich an der großen Lücke zwischen 43 und 42. Sie wünscht eine Lückenverkleinerung, hat aber nur eingeschränkte finanzielle Möglichkeiten.* – ***Abb. 1b:*** *Additive Zahnverbreiterung mit Komposit bei 43 mesial und 42 distal.* – ***Abb. 2a:*** *Junge Patientin (< 30 Jahre) mit Nichtanlagen von 12 und 22. Wünscht ästhetische Verbesserung in relativ kurzer Zeit, da Auslandsaufenthalt ansteht (keine Kieferorthopädie und Implantation möglich).* – ***Abb. 2b:*** *Additive Zahnverbreiterung mit Komposit und Umgestaltung der Eckzähne zu seitlichen Schneidezähnen sowie der ersten Prämolaren zu Eckzähnen.* – ***Abb. 3:*** *Positionierschlüssel aus Kunststoff für 41, welcher nach Extraktion mittels glasfaserverstärktem Komposit an den Nachbarzähnen befestigt werden soll. Genau gleich können auch Positionerschlüssel für Fragmente hergestellt werden.* – ***Abb. 4a:*** *Der Patient hat ein Frontzahntrauma (Kronenfraktur ohne Pulpabeteiligung) bei Zahn 11 erlitten.* – ***Abb. 4b:*** *Das Reattachment konnte dank des aufgefundenen Fragmentes sehr gut durchgeführt werden. Die „Restauration" ist nahezu unsichtbar.* – ***Abb. 5:*** *Zirkoninlaybrücke von alio loco. Der linguale Adhäsivflügel ist lose. Zudem ist die Gerüstgestaltung lingual bis weit zum Margo gingivae geführt, sodass es zu einer chronischen Entzündung der Gingiva kommt.*

Jeder hat **eine Lieblingsfarbe!**

VALO®

LED-Polymerisationsleuchte

Ausgezeichnete VALO Qualität – Jetzt auch in Farbe.

Beleben Sie Ihre Praxis mit den neuen VALO Cordless Farben bei gleichbleibend hoher Qualität und allen Vorteilen, die VALO zu bieten hat. Mit VALO treffen Sie immer die richtige Wahl!

Sichern Sie sich jetzt noch Ihr Rückkaufangebot bis 31.12.14!

Aktion gilt für alle VALOs, ob mit oder ohne Kabel.

Mehr Infos unter der Tel.-Nr. +49 (0) 2203-35 92 15
oder bei Ihrem persönlichen Fachberater.

ULTRADENT PRODUCTS · USA

Ultradent Products GmbH · Am Westhover Berg 30 · 51149 Köln
Tel 02203-359215 · Fax 02203-359222 · www.ultradent.com

Vertrieb durch den autorisierten und beratenden Dental-Fachhandel

Abb. 6a: *Marylandbrücke für 22 von alio loco. Der Zahnersatz wirkt zu kurz und es kommt immer wieder zu Dezementierungen der beiden Adhäsivflügel. –* ***Abb. 6b:*** *Die neue vollkeramische Klebebrücke ist nur noch einflüglig an 21 befestigt. Die Ästhetik ist auf Sprechdistanz sehr ansprechend. –* ***Abb. 7a:*** *Der Patient hat Nichtanlagen der seitlichen Schneidezähne. Dabei ist Milchzahn 52 in situ, während 62 nicht vorhanden ist. Der Patient ist in der Ausbildung und hat nur wenig finanzielle Mittel zur Verfügung. Eine kieferorthopädische Behandlung oder eine teure Sanierung kann sich der Patient nicht leisten. –* ***Abb. 7b:*** *Die asymmetrische Lückenverteilung und vor allem das enge Platzangebot bei der Lücke Regio 22 ist in der Palatinalansicht besonders deutlich. –* ***Abb. 7c:*** *Die Situation wurde so gelöst, dass 11 und 21 additiv nach distal und 13 nach mesial verbreitert wurden. Auch 52 wurde rein additiv verbreitert und verlängert. In Regio 22 wurde eine direkte faserverstärkte Kompositbrücke gemacht mit Attachment palatinal 21. Problematisch war das sehr enge Platzangebot, weshalb Zahn 22 nach distal außen rotiert modelliert werden musste. Sicherlich ist es ästhetisch nicht perfekt gelöst, aber die Situation ist für den Patienten zurzeit zufriedenstellend. Großer Vorteil der Behandlung ist, dass die ganze Versorgung rein additiv erfolgte und nichts präpariert wurde. Der Termin für die Dentalhygiene war noch ausstehend! –* ***Abb. 8*** *Röntgenbild einer CEREC-Endokrone bei 36 aus Keramik. Deutlich zeichnet sich die PBE distal ab. Die Situation ist seit 6 Jahren stabil. Erkennbar ist das Knochenremodelling: Das Knochenniveau von 36 ist distal niedriger als mesial. –* ***Abb. 9a:*** *Die CEREC-Krone 26 wurde alio loco vor ca. 8 Monaten inseriert. Der deutlich abstehende Kronenrand sowie die suboptimale Oberflächenstruktur der Restauration fallen auf. –* ***Abb. 9b:*** *Die Okklusalansicht bestätigt den Eindruck von vestibulär (Abb. 9a). Die CEREC-Krone weist nach mesial einen insuffizienten Kontaktpunkt auf. Zudem sind die Präparationsdefekte distal von 25 und mesial von 27 deutlich erkennbar. In diesem Fall musste die ganze Restauration entfernt und neu angefertigt werden. Zusätzlich mussten aufgrund der Präparationsdefekte Kompositfüllungen bei den Nachbarzähnen gelegt werden.*

Traumazähne: Reattachment

Es ist sinnvoll, den Patienten mittels Merkblättern oder mit entsprechenden Artikeln auf der Praxis-Homepage mitzuteilen, dass sie im Falle einer Zahnfraktur das abgebrochene Fragment feucht lagern und unbedingt alle abgebrochenen Zahnstücke in die Praxis mitbringen sollen. Die optisch schönste Zahnfüllung bei einem Trauma ist diejenige, die mit der eigenen Zahnhartsubstanz erfolgt.

Wenn man ein Zahnfragment erneut am Zahn befestigen will, kommen adhäsive Techniken zur Anwendung, wie sie beim Befestigen von Veneerschalen angewendet werden (in der Regel reichen rein lichthärtende Kompositmaterialien). Wichtig ist, dass das Fragment sicher reponierbar ist. Dazu muss das Teilstück einprobiert werden. Bei unklarer Positionierung kann es hilfreich sein, sich einen Positionierschlüssel über die Schneidekante mit einem Pattern Resin- oder Flowable-Material zu machen ***(Abb. 3)***. Das Fragment ist in der Regel einfacher zu positionieren, wenn die Kanten nicht präpariert oder abgerundet werden. Das Fragment muss für das Reattachement rehydriert sein. Die Literatur liefert leider keine präzise Zeitangabe, wie lange das Bruchstück nach trockener Lagerung rehydriert werden muss, damit der Haftverbund gut funktioniert. Für die Praxis gilt, dass das Fragment möglichst rasch feucht gelagert wird, während der Patient für die Behandlung vorbereitet wird.

Der Zahn, aber auch das Zahnfragment, wird entsprechend den Vorgaben des Adhäsivsystems behandelt. Bei einem Adhäsivsystem mit hohem Fülleranteil wird auf die Lichtpolymerisation vor der Befestigung des Fragmentes verzichtet und das Adhäsiv wird dann zusammen mit dem Zement oder Flowable (evtl. auch vorgewärmtes oder schallaktiviertes Komposit) zusammen ausgehärtet. Ist bei der Nachkontrolle die Klebefuge sichtbar, kann diese leicht anpräpariert und mit Kompositmaterial maskiert werden.

Die Wiederbefestigung von frakturierten Zahnfragmenten führt zu ästhetisch guten Ergebnissen und die Akzeptanz seitens des Patienten ist sehr hoch ***(Abb. 4a und b)***.

Klebebrücken

Marylandbrücken hatten lange Zeit einen schlechten Ruf. Oftmals kam es zur einseitigen Dezementierung und das Metallgerüst schimmerte gerne durch die Pfeilerzähne hindurch. Dank leistungsstarker Keramiken, aber auch durch die Weiterentwicklung von faserverstärkten Komposits, haben die Klebebrücken einen neuen Aufschwung erfahren. Die minimalinvasive Technik und die Erkenntnis, dass im Frontzahnbereich einflüglige Brücken eine sehr gute Prognose haben, machen die Anfertigung von Klebebrücken in der Praxis interessant.

Eine gute Adhäsion ist v.a. bei Zirkondioxidkeramik nicht einfach zu erzielen. Eine Vorbehandlung mit CoJet und nachfolgender Silanisierung scheint die zuverlässigsten Haftwerte zu erzielen. Wichtig ist auch hier, dass die Trockenlegung während der Befestigung gewährleistet ist. Gerade im Unterkiefer müssen linguale „Klebearme" als eher kritisch eingestuft werden, da die Einsicht für den Behandler meist eingeschränkt und die Trockenlegung erschwert ist ***(Abb. 5)***. Keramikklebebrücken im Frontzahnbereich können heute ästhetisch sehr gute Resultate erzielen ***(Abb. 6a und b)***.

Im Sinne von kostengünstigen Alternativen oder langzeitprovisorischen Lösungen können heute mittels direkter Kompositklebebrücken Patienten neue Behandlungsmethoden angeboten werden ***(Abb. 7a–c)***. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Verarbeitung der Fasermaterialien (z.B. Everstick oder Dentapreg) nicht ganz einfach ist und eine entsprechende Fertigkeit vom Zahnarzt verlangt. Es ist durchaus möglich, diese faserverstärkten Kompositbrücken vom Zahntechniker herstellen zu lassen. Nachteilig ist einzig, dass man bei der indirekten Methode die Einschubrichtung berücksichtigen und allenfalls Zahnhartsubstanz wegpräparieren muss. Die Materialauswahl sollte mit dem Zahntechniker besprochen werden. Es ist entscheidend, dass die Glasfasern industriell mit der Kompositmatrix benetzt werden, da ansonsten eine Abplatzung des Verblendkomposits riskiert wird.

Proximal Box Elevation (PBE)

Die Idee bei der sogenannten Proximal Box Elevation oder auch Marginal Elevation ist es, bei sehr ausgedehnten Defekten, den approximalen Kasten mit einem ersten Inkrement aus Komposit nach koronal zu verschieben, damit dann in einem zweiten Schritt die definitive Komposit- oder auch die Keramikrestauration ***(Abb. 8)*** unter optimalen Bedingungen gelegt werden kann. Im Falle der Kompositfüllung ist die Gestaltung des Kontaktpunktes vereinfacht, da der Keil dank PBE nicht die Matrize eindrückt. Bei der Keramikfüllung ist erstens die Darstellung des Präparationsrandes einfacher (z.B. bei CEREC-Restaurationen) und zweitens kann die Zementierung unter optimaler Trockenlegung erfolgen. Die Technik funktioniert in der Praxis durchaus – Grundvoraussetzung ist dabei, dass das erste Kompositinkrement unter suffizienter Trockenlegung erfolgt. Dies kann mit speziellen blutstillenden Pasten erfolgen oder auch unter Verwendung des Lasers. Zudem können relativ steife Matrizen gut in den Sulcus gelegt werden, um die PBE durchzuführen. Obschon die biologische Breite bei dieser Technik unterschritten werden kann, scheint es bei adäquatem Randschluss möglich zu sein, ein langfristig stabiles Resultat zu erzielen.

Zusammenfassung

Die adhäsive Zahnmedizin macht nach wie vor große Schritte bezüglich Erweiterung des Behandlungsspektrums. Ziel bei allen vorgestellten Techniken ist es, möglichst viel Zahnhartsubstanz zu erhalten, auf unnötige endodontische Behandlungen und Stiftinsertionen zu verzichten und somit eine möglichst lange Lebensdauer des Zahnes zu ermöglichen. Die vorgestellten Techniken decken längst nicht das ganze Spektrum ab, sollen aber moderne Ansätze in der Zahnerhaltung aufzeigen.

Wie bei allen anderen zahnmedizinischen Fachgebieten gilt aber auch hier: Es liegt in der Fertigkeit und Indikationsstellung des Zahnarztes, ob die adhäsive Restaurationstechnik funktioniert. Die modernsten Techniken weisen Misserfolge auf, wenn man sich zu wenig Zeit für eine adäquate Behandlung nimmt oder die Grundkonzepte bei der Behandlung missachtet ***(Abb.9a und b)***. DT

ANZEIGE

Kontakt

Infos zum Autor

Dr. Brigitte Zimmerli
Präsidentin Schweizerische Gesellschaft für Präventive, Restaurative und Ästhetische Zahnmedizin (SSPRE)

Zahnarztpraxis Braun & Zimmerli
Bahnhofstr. 18a
3400 Burgdorf
Schweiz
Tel.: +41 34 4230188
brigitte.zimmerli@bzdental.ch

International Center for Dental Education in Wien eröffnet

Ivoclar Vivadent empfing zahlreiche Gäste aus dem In- und Ausland zur feierlichen Eröffnung des ICDE.

1

2

3

4

5

6

Abb. 1: *Christoph und Christiane Zeller werden von Gernot Schuller begrüßt (v. li.). –* ***Abb. 2:*** *Josef Richter (li.), CSO von Ivoclar Vivadent, im Gespräch mit Dr. Gottfried Fuhrmann, ODV-Präsident. –* ***Abb. 3:*** *Wolfgang Schober von Ivoclar Vivadent (2.v.l.) zeigt Gästen das neue Fortbildungszentrum. –* ***Abb. 4:*** *Freunde und Geschäftspartner während der feierlichen Eröffnung. –* ***Abb. 5:*** *Gernot Schuller bedankte sich mit einem großen Blumenstrauß bei Christina Zeller. –* ***Abb. 6:*** *Das fünfgängige Menü ließ keine kulinarischen Wünsche offen.*

WIEN – Gernot Schuller, Geschäftsführer Ivoclar Vivadent GmbH, und Robert Wetel, Leiter des ICDE, luden am 24. September 2014 Freunde und Geschäftspartner nach Wien ein, um mit ihnen gemeinsam sowohl das firmeneigene Fortbildungszentrum ICDE als auch das neue Marketing- und Verkaufsbüro zu eröffnen. „Die Investition in Wissen bringt immer noch die besten Zinsen." Dieser Feststellung Benjamin Franklins ging Ivoclar Vivadent nach und schuf in der Donau-City-Straße 1 beeindruckende Räumlichkeiten zur dentalen Fortbildung.

Up to the sky

Zum zweiten Teil des Abends lud Ivoclar Vivadent in den 19. Stock des Tech Gate Vienna zum festlichen Galadiner.

Hoch über der Stadt erwartete die Gäste ein atemberaubender Blick auf Wien. Nach einer Ansprache von Christoph Zeller startete das viergängige Galadiner, das keine kulinarischen Wünsche offen ließ.

Auch für eine Überraschung mit einem besonderen Kick war gesorgt: Ein Magier verzauberte die Gäste und überraschte mit Ivoclar Vivadent-Produkten.

Weitere Informationen zu Ivoclar Vivadent: *www.ivoclarvivadent.at* DT

Abb. 7: *Im Tech Gate Vienna in Donaustadt befindet sich das neue Fortbildungszentrum ICDE.*

Get-together

„Eröffnung ICDE" [Bildergalerie]

Rund 100 Gäste trafen sich am frühen Abend zum Get-together im neuen Ivoclar Vivadent-Büro im Wissenschafts- und Technologiepark Tech Gate Vienna in Donaustadt. Nach dem Willkommensgruß durch Gernot Schuller und Robert Wetel kam es zu einem ersten Höhepunkt des Abends: Christoph Zeller, Verwaltungsratspräsident von Ivoclar Vivadent, und seine Frau Christina Zeller, sowie Robert Ganley, CEO Ivoclar Vivadent, durchschnitten ein rotes Band und übergaben den Schulungsbereich damit – unter Beifall aller Anwesenden – offiziell seiner Bestimmung.

ANZEIGE

Dental Tribune Austrian Edition · Nr. 11/2014 · 5. November 2014

Motivation durch Teamzertifizierung

Das depotunabhängige Institut für zahnärztliche Lachgassedierung ist zu 100 Prozent auf Lachgaszertifizierungen spezialisiert.

Das IfzL bildete mit seinem „5-Sterne-Goldstandard"-Zertifizierungen bereits über 1.000 Zahnärzte und Praxisteams erfolgreich aus.

Der Beginn

Am Anfang stand ein begeisterter Lachgasanwender, Zahnarzt aus Leidenschaft und enthusiastischer Trainer (Wolfgang Lüder), der mithilfe seiner Partnerin (Stefanie Lohmeier) der Lachgassedierung in der Zahnheilkunde zu der Bedeutung verhelfen wollte, die ihr gebührt.

Sehr bald stellte sich heraus, dass die Lachgasanwendung in der Kinderzahnheilkunde und das Notfalltraining eine wesentliche Bedeutung für viele Kollegen hat, sodass weitere Mitstreiter, Spezialisten auf diesen Gebieten, für unser Team gewonnen werden konnten.

Nun sind schon ein paar Jahre vergangen, das Institut für zahnärztliche Lachgassedierung Stefanie Lohmeier ist einer der führenden Anbieter in Deutschland, und wir können auf eine Vielzahl von erfolgreichen Veranstaltungen zurückblicken.

Heute verfügt das Institut über ein Netz von Partnern, Zahnärzten und Dentaldepots, die als Schulungszentren eine feste Größe für das IfzL darstellen.

Stillstand ist Rückschritt, Verbesserungen und Neuerungen bringen uns täglich voran – so das Motto des Unternehmens.

Zahnarzt und IfzL-Schulungsleiter Wolfgang Lüder: „Patienten psychologisch überzeugen!"

Das Team im Blick

Die besonders effiziente Alternative bei der Implementierung der modernen Lachgassedierung in die Zahnarztpraxis ist die IfzL-Teamzertifizierung. Weitere aufwendige Nach-Zertifizierungen erspart man sich damit.

Interessant ist dabei immer wieder der Hinweis von Teilnehmern, dass die Zertifizierungsschulung neben dem Effekt, die Lachgasmethode zu erlernen, zugleich auch einen enormen Motivationsschub für die Praxis bringe. Ein interessanter zusätzlicher Aspekt der IfzL-Ausbildung ist also die leistungssteigernde Motivation des gesamten Teams.

Teammotivation ist eine entscheidende Voraussetzung für die Zukunftsfähigkeit der Zahnarztpraxis. Nur wenn jeder seine Arbeit gerne tut, kommt es zu Spitzenleistungen, Mitarbeiterzufriedenheit und einer festen Bindung der Mitarbeiter an die Praxis.

Zahnarzt Wolfgang Lüder, IfzL-Schulungsleiter und selber Praxisinhaber, gibt in den Teamzertifizierungen deshalb immer auch praktische Tipps zu Themen wie:

- Der Zahnarzt muss Unternehmer und innovativer Praxismanager sein.
- Der Engpassfaktor Zeit in der Zahnarztpraxis erfordert ein klares Zeitmanagement.
- Motivation braucht auch Lob und Anerkennung und klare Delegation.
- Persönliche Leistungsmaximierung erfordert auch Stressbewältigung, die durch den Einsatz der Lachgassedierung erfolgen kann (Entschleunigung statt Burn-out!). DT

Informieren Sie sich über die motivationssteigernde „5-Sterne-Goldstandard"-Zertifizierung:
IfzL – Institut für zahnärztliche Lachgassedierung
Stefanie Lohmeier, Bad-Trißl-Straße 39
83080 Oberaudorf, Deutschland
Tel.: +49 8033 9799620
info@ifzl.de

Lachgas in der Oralchirurgie

Das IfzL gab seinen Fortbildungsteilnehmern die Möglichkeit, den Praxisteil im Rahmen einer Live-OP mit einem Patienten mitzuerleben.

Lachgaszertifizierungen der „besonderen Art" wurden im Juli in der oralchirurgischen Praxis von Priv.-Doz. Dr. Kai-Hendrik Bormann in Hamburg gezeigt. Besonders deutlich wurde dabei die angstlösende Wirkung der oralen Sedierung unter völlig realistischen Praxisbedingungen. Der Facharzt für Oralchirurgie Dr. Bormann im Gespräch über die Veranstaltung.

Priv.-Doz. Dr. Kai-Hendrik Bormann, Fachzahnarzt für Oralchirurgie mit Praxis in Hamburg und Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Medizinische Hochschule Hannover. Kontakt: www.bormann-praxis.de

Herr Dr. Bormann, wie lange arbeiten Sie in Ihrer Praxis schon mit Lachgas, und was sagen Ihre Patienten?

Priv.-Doz. Dr. Bormann: Wir haben schon vor 16 Monaten die Zertifizierung und die Geräteausstattung zusammen mit dem IfzL in unserer Praxis realisiert. Bisher gab es bei uns nur zufriedene Patienten, die hervorragend entspannt waren und sich jederzeit wieder unter Lachgassedierung behandeln lassen würden.

Sehen Sie als Oralchirurg und implantologisch tätiger Zahnarzt besondere Vorteile?

Ja, viele Patienten stehen den chirurgischen Eingriffen oft mit sehr gemischten Gefühlen gegenüber. Die Behandlung an sich verursacht dem Patienten psychischen Stress. Unter Sedierung verliert sich das völlig. Auch Patienten mit massivem Würgereflex sind nun ohne sonst erforderliche Vollnarkose behandelbar. Und vor allem: Die Patienten sind einfach in der Entspannung viel ruhiger und dabei aber zu jedem Zeitpunkt voll ansprechbar und somit in der Lage „mitzumachen". Das erleichtert unsere Arbeit sehr wesentlich.

Was hat Sie dazu bewogen, in Ihrer Praxis die Live-OP im Rahmen einer Zertifizierungsschulung des IfzL anzubieten?

Zunächst einmal das Team und die Kompetenz, die ich bei meiner eigenen Zertifizierung beim IfzL kennengelernt habe. Hinzu kommt, dass ich davon überzeugt bin, dass die Kollegen diese zukunftsweisende Lachgassedierung unter möglichst realistischen Bedingungen erlernen sollten. Erst wenn die angstlösende Wirkung beim Patienten und die dadurch bewirkte völlig entspannte Behandlung durch das Team live miterlebt werden, sind auch skeptische Kollegen von der Methode überzeugt. Zusammen mit dem Theorieteil während der Fortbildung gibt das den Kollegen die notwendige Sicherheit bei der Implementierung in ihrer eigenen Praxis.

Was wurde bei der Live-OP konkret behandelt? Wie hat in diesem Fall die inhalative Sedierung konkret geholfen? War es ein „Angstpatient"?

Bei meiner jungen Patientin wurde eine klassische Weisheitszahnosteotomie durchgeführt. Wie das sehr häufig passiert, wurden zuvor in ihrem Bekanntenkreis einige (oft übertriebene) Szenarien ausgemalt und sie hatte sehr große Angst, zumal sie mit ihrem kariesfreien Gebiss noch nie ernsthaft behandelt wurde. Die erste Seite hatten wir bereits unter Sedierung behandelt, nun wollte sie es bei der zweiten Seite unbedingt wieder.

Was sagen Ihre Patienten nach den Eingriffen unter Sedierung?

Bis auf eine Patientin, die die Wirkung als nicht so angenehm empfunden hat, sind alle sehr positiv überrascht. Nicht wenige sogar hoch begeistert und sehr dankbar, da sie so eine entspannte Behandlung lange Zeit vermisst haben. Vor allem die Tatsache, dass sie die Dauer des Eingriffs nicht beurteilen können, verwundert sehr viele Patienten.

Lachgasgerät (ohne Zubehör).

Gibt es Menschen, die das Lachgas nicht vertragen?

Bei uns gab es noch keinen Fall, wir haben bisher etwa 50 Patienten mit Lachgas erfolgreich sediert. Stickoxydul wird ja nicht metabolisiert, sondern nur pulmonal eliminiert.

Wann ist die Lachgassedierung kontraindiziert?

Prinzipiell können fast alle gesunden Patienten mit Lachgas sediert werden, Kontraindikationen sind unter anderem Alkoholabusus, Mittelohrentzündung sowie Drogenmissbrauch.

Vielen Dank für das informative Gespräch. DT

Lachgassedierung: Fünf Jahre – fünf Sterne

Stefanie Lohmeier und ihre Kollegen vom Institut für zahnärztliche Lachgassedierung (IfzL) stellten sich anlässlich des Jubiläums den Fragen der *Dental Tribune*.

OBERAUDORF – Seit über fünf Jahren bietet Stefanie Lohmeier vom IfzL nun schon sehr erfolgreich Zertifizierungsfortbildungen zur zahnärztlichen Lachgassedierung in Deutschland an. Grund genug, mit ihr (Institutsleitung IfzL), Wolfgang Lüder (Zahnarzt und Schulungsleiter) und weiteren Mitarbeitern des Instituts eine Zwischenbilanz zu ziehen.

***Dental Tribune:* Frau Lohmeier, aller Anfang ist schwer. Wie kam es vor fünf Jahren dazu, sich voll und ganz auf das hierzulande völlig neue Gebiet der Lachgassedierung zu konzentrieren?**

Stefanie Lohmeier: Die Analyse bei Patienten und Zahnärzten ergab, dass der Wunsch nach einer entspannten Behandlungsmöglichkeit auch in Deutschland riesengroß ist. Andere Länder, wie die USA, sind hier Vorbild gewesen. Ich bin davon überzeugt, dass die Methode jedem Zahnarzt eine ganz neue Dimension der Therapie ermöglicht.

Sie sprechen nicht nur vom Nutzen für die Patienten?

Lohmeier: Ja, denn es gibt in jeder Zahnarztpraxis den Wunsch, jeden Tag, bei jedem Patienten Bestleistungen zu erbringen. Dabei erleichtert die Option der Lachgassedierung die Arbeit für das Praxisteam enorm.

*Fünf Jahre IfzL – Stefanie Lohmeier (**Abb. 1**) mit ihrem erfolgreichen Team: Wolfgang Lüder in einer Behandlungssituation (**Abb. 2**), Dr. Christel Forster (**Abb. 3**), Dr. Isabell von Gymnich (**Abb. 4**), Jule Deinhardt (**Abb. 5**), Malte Voth (**Abb. 6**) und Thomas Held (**Abb. 7**).*

Was war für Sie die größte Herausforderung?

Lohmeier: Das Wort „Lachgas" war bei vielen Patienten und leider auch bei vielen Fachleuten negativ belegt. Man dachte immer nur an die längst überholte Lachgas-Analgesie, doch damit hat unsere neue Methode der zahnärztlichen Lachgassedierung nur noch die Substanz N_2O gemeinsam, weil die Zielsetzung und die Vorgehensweise bei der Titrierung eine ganz andere ist: Eine langsame schrittweise Steigerung der Lachgaskonzentration mit dem Ziel der Beruhigung des Patienten, nicht der Schmerzausschaltung, sodass der Patient IMMER ansprechbar bleibt.

Die Methode setzt sich nun schon seit Jahren auch in Deutschland immer mehr durch, Ihr Institut ist stark gewachsen, wie erklären Sie sich diesen Erfolg?

Wolfgang Lüder: Inzwischen gibt es schon Tausende erfolgreiche Ausbildungsabschlüsse in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Ich selbst habe in meiner Praxis schon mehr als 10.000 Lachgassedierungen durchgeführt. Und da liegt nach meiner Überzeugung der Grund für den Erfolg am IfzL: Wir zertifizieren nur mit erfahrenen Spezialisten und Praktikern, trainieren auf modernstem Gerät und bieten im praktischen Teil des Seminars viel Zeit, um sich im kleinen Teilnehmerkreis – immer in klinischer Umgebung auf dem Behandlungsstuhl – mit der für die meisten völlig neuen Materie vertraut zu machen. Es geht bei uns primär nicht darum, eine bestimmte Geräteausrüstung zu erwerben, sondern darum, möglichst viel Sicherheit und Vertrauen in die Methode zu erlangen. Erst dann erhält man bei uns die notwendige Zertifizierung.

„... die Option der Lachgassedierung erleichtert die Arbeit für das Praxisteam enorm."

Was bedeutet in diesem Zusammenhang der „5-Sterne-Goldstandard"?

Lüder: Das ist für mich eine Selbstverpflichtung zur Qualität: Die angebotenen Schulungen müssen immer den neuesten und höchstmöglichen Anforderungen standhalten, nur dann sind sie der Goldstandard auf ihrem Gebiet. Und die fünf Sterne verdeutlichen die Inhalte unseres Gesamtpakets. Erstens: ausführliche Kurse mit genügend Zeit für die Teilnehmer. Zweitens: durchgeführt von routinierten Spezialisten auf ihrem jeweiligen Gebiet. Drittens: die notwendige Theorie. Viertens: vor allem das intensive Hands-On-Training im Praxisteil. Und der fünfte Stern spiegelt unsere intensive und flexible Betreuung rund um die Ausbildung und auch nach dem Seminar wider.

„Inzwischen gibt es schon Tausende erfolgreiche Ausbildungsabschlüsse in Deutschland, Österreich und der Schweiz."

Eine Frage zu Ihrem Spezialistenteam: Warum legen Sie darauf Wert, dass in den Komplettschulungen immer auch ein Anästhesist, ein Notfalltrainer und eine Kinderzahnärztin dabei sind?

Dr. Christel Forster, Anästhesistin: Mir geht es darum, den Zertifizierungsteilnehmern die Sicherheit zu geben, dass sie alle Aspekte der Lachgassedierung aus anästhesiologischer Sicht kennen. In diesem Zusammenhang kläre ich auch über Kontraindikationen sowie die ASA Klassifizierung auf. Da alle IfzL-Fortbildungen selbstverständlich den aktuellen Empfehlungen der führenden Fachgesellschaften (DGAI, CED und ADA, sowie modifizierte Leitlinien der AAPD und EAP) entsprechen, ist mein Part ein „Must-have".

Malte Voth, Notfalltrainer: Ernste Notfälle in der Zahnarztpraxis sind selten. Dinge, mit denen wir selten zu tun haben, stellen uns vor Herausforderungen. Mein Notfalltraining ist an den tatsächlichen Bedarf einer Zahnarztpraxis ausgerichtet und berücksichtigt die individuellen Möglichkeiten jedes Teams in besonderer Weise. Ich mache ein Team sicher und fit für den Notfall. Jeder Teilnehmer erhält ein gesondertes Zertifikat, anerkannt mit vier Fortbildungspunkten.

Dr. Isabell von Gymnich, Kinderzahnärztin: Kinder reagieren auf die Behandlung unter Lachgas anders als Erwachsene, auch die psychologische Patientenführung steht hier im Vordergrund. Da ich seit 15 Jahren die Lachgassedierung in meiner Praxis einsetze, kann ich hier viele Tipps geben und Tricks verraten.

Warum gibt es neben den reinen Zertifizierungskursen, die deutschlandweit angeboten werden, bei Ihnen auch Team-Zertifizierungen, die in der jeweiligen Zahnarztpraxis stattfinden?

Lohmeier: Da es in der Praxis vor allem auf Teamarbeit ankommt, brachte uns das vor einiger Zeit auf die Idee, das jeweilige Praxisteam gleich vor Ort am Arbeitsplatz zu schulen. Dann geht alles von Anfang an Hand in Hand und ist dadurch sehr effizient. Nachschulungen sind nie notwendig und die Zertifizierung bringt immer auch einen enormen Motivationsschub für die Mitarbeiter.

Weshalb legen Sie Wert darauf, dass Ihr Institut „depotunabhängig" ist?

Lohmeier: Einfach gesagt: Wenn Sie den Führerschein machen wollen, dann gehen Sie auch nicht ins Autohaus, sondern zu einem Ausbildungsspezialisten, dem Fahrlehrer. Wir können so ganz unabhängig mit anerkannten Lachgasausbildern und auch mit zahnärztlichen Fachgesellschaften – z.B. mit implantologischen Verbänden – zusammenarbeiten, ohne Rücksicht auf sonstige Zwänge. Und die Zahnarztpraxis hat den Vorteil, sich nicht an ein gegebenenfalls neues Depot binden zu müssen, nur weil die Lachgas-Implementierung mit uns realisiert wird.

Wie bleiben Sie technologisch auf dem neuesten Stand?

Thomas Held, Lachgasgeräte TLS med-sedation GmbH: Wir liefern in Zusammenarbeit mit dem IfzL ein automatisches Sedierungsgerät ohne Stromanschluss im Direktvertrieb vom einzigen europäischen Hersteller von Sedierungsgeräten. Dadurch sind wir nah am Kunden und können auf deren Anforderungen schnell reagieren. Das einfach bedienbare und zuverlässige Masterflux Plus-Lachgassystem wird in Zukunft komplett latexfrei produziert. Speziell zur IDS 2015 werden wir wieder innovative Produkte präsentieren. Auch die Minimierung der Raumluftbelastung ist uns wichtig und das hochwertige Metallchassis kann auch in Sonderfarben bestellt werden. Alle IfzL-Schulungsteilnehmer können das Lachgasgerät zu Vorzugskonditionen beziehen.

Was sind Ihre Zukunftspläne?

Lohmeier: Zufriedene, motivierte Zahnarztpraxen gibt es nur mit den qualitativ besten Schulungen auf unserem Gebiet. Doch Stillstand würde Rückschritt bedeuten und das heißt, dass wir technologisch, aber auch vom Ausbildungsangebot, noch einiges in Petto haben.

Dann wünschen wir Ihnen weiterhin alles Gute dazu und bedanken uns für das sehr interessante Gespräch. DT

Anmeldung und Informationen:

IfzL – Institut für zahnärztliche Lachgassedierung
Stefanie Lohmeier
Bad-Trißl-Straße 39
83080 Oberaudorf
Deutschland
Tel.: +49 8033 9799620
www.ifzl.de