DPAG Entgelt bezahlt · Oemus Media AG · Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig

Dental Tribune

The World's Dental Newspaper · German Edition

No. 5/2016 · 13. Jahrgang · Leipzig, 4. Mai 2016 · PVSt. 64494 · Einzelpreis: 3,00 €

Anästhesie im Vergleich

Leitungs- und/oder Infiltrationsanästhesie vs. intraligamentäre Anästhesie (ILA). Eine Gegenüberstellung von Dr. Wolfgang Bender, Düsseldorf, und Lothar Taubenheim, Erkrath. › Seite 4f

Verlässlich & innovativ

Das Unternehmen Garrison Dental Solutions ist weltweit für sein marktführendes Teilmatrizensystem Composi-Tight® 3D XR™ bekannt. Mitbegründer Tom Garrison im Interview. › Seite 8

Prothetik Day 2016

Anlässlich des 80-jährigen Firmenjubiläums lädt der Schweizer Prothetik-Spezialist CANDULOR am 28. Oktober 2016 alle Interessenten zum Prothetik Day nach Zürich ein. › Seite 9

ANZEIGE

Nach Turbulenzen weiterer Diskussionsbedarf – Reform auf 2018 verschoben

Gebührenverordnungsnovelle scheitert im BÄK-Vorstand.

BONN/KREMS (jp) – „In dieser Legislaturperiode", so der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, „wird aus einer Novellierung der Gebührenverordnung für Ärzte (GOÄ) nichts mehr."

Allerdings solle in Verhandlungen mit den Ländern (Beihilfe) und den Privaten Krankenversicherungen (PKV) soweit alles vorbereitet werden, dass zu den Koalitionsverhandlungen nach der Bundeswahl Ende 2017 eine neue GOÄ als fertiges Paket vorliege. „Dann kommt die GOÄ eben nicht 2017, sondern erst 2018", erklärte Montgomery.

Vorangegangen war dem Montgomery-Statement, dass der BÄK-Vorstand Mitte März in einer Nachtsitzung den ausgehandelten Entwurf zur GOÄ-Novelle verworfen hatte.

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, BÄK-Präsident

Der Chefunterhändler zur GOÄ-Reform, Westfalens Ärztekammerpräsident Dr. Theodor Windhorst, war daraufhin von seinem Amt als Verhandlungsführer zurückgetreten.

Laut Auskunft der BÄK gab es „weiteren Diskussionsbedarf beim Leistungsverzeichnis mit seinen Leistungsbeschreibungen und auch zu den Bewertungen". Von den Ärzteverbänden der Praktiker wie dem NAV-Virchow-Bund, dem Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) und dem Spitzenverband der Fachärzte wurde der „Rückzug in letzter Minute" begrüßt. Es wurden auch Rücktrittsforderungen gegenüber BÄK-Präsident Montgomery laut, der die GOÄ zur Chefsache erklärt hatte. Bei der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) machte sich die Kritik vor allem an Regelungen zum „robusten Einfachsatz" eines beschränkten Multiplikator-Einsatzes, der Analogliste und das Errichten eines festen „Konsultationsausschusses" fest. Die BZÄK hatte die mangelnde Bereitschaft der Ärzte beklagt, die Interessen der Zahnärzte, die ebenfalls mit der GOÄ arbeiten müssten – immerhin zehn Prozent aller privaten Leistungen in der Zahnheilkunde werden über die GOÄ abgerechnet – überhaupt zu vertreten. Auch befürchtete man vonseiten der Zahnärzteschaft, dass mit einer solchen GOÄ-Novelle auch für die Gebührenordnung für Zahnärzte Verschlechterungen drohen.

Die größte Gefahr der Verschiebung in die nächste Legislaturperiode hat der SPD-Gesundheitspolitiker Prof. Dr. Karl Lauterbach aufgezeigt – eine gemeinsame Vergütungsordnung für PKV und gesetzliche Krankenversicherung an den Start zu bringen. DT

Starke Zähne im Schlaf

Neuer Wirkstoff verspricht Revolution.

LONDON – „Schön im Schlaf", damit wirbt die Kosmetikindustrie allerorts. Forscher der University of Queen Mary London wollen jetzt einen Wirkstoff gefunden haben, der Zähnen im Schlaf Mineralien zuführt, die den Zahnschmelz stärken.

BioMinF heißt das neue Wundermittel, das zukünftig in Zahnpasten enthalten sein soll. Mit einer Wirkzeit von acht bis zwölf Stunden bringt es verloren gegangene Mineralstoffe wie Fluorid, Kalzium und Phosphat in den Zahnschmelz zurück. So werden die Zähne über Nacht remineralisiert, gestärkt und geschützt.

Vor allem Menschen mit empfindlichen und zu Karies neigenden Zähnen wird diese Nachricht freuen. Denn bisher wirken remineralisierende Pasten lediglich bis zu zwei Stunden und gewähren so keinen zuverlässigen Schutz. BioMinF soll ab Ende des Jahres in Zahncremes enthalten sein. DT

Quelle: ZWP online

Was ist zukünftig erlaubt, was verboten?

BZÄK-Musterberufsordnung auf Antikorruptionsgesetz getrimmt.

BONN/KREMS (jp) – Das Mitte April im Bundestag beschlossene Gesetz zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen hat zu einer Überarbeitung der Musterberufsordnung der BZÄK für Zahnärzte geführt. Grundsätzlich kann künftig jede Kooperation und Leistungsbeziehung im Gesundheitswesen als möglicher „Korruptionstatbestand" erfasst werden, darauf hatte auch die BZÄK bereits im Vorfeld hingewiesen. Die Abgrenzung zukünftig verbotenen Tuns von erlaubten Kooperationsformen etc. wird, so die BZÄK, nicht mehr einfach zu beantworten sein. Unter diesem Blickwinkel wurde der Kommentar der Musterberufsordnung der BZÄK umfassend überarbeitet. Im Kern sind es zwei berufsrechtliche Normen, die Pate für die vom Gesetzgeber geplante Strafrechtsnorm standen: Das Verbot der Patientenzuweisung gegen Entgelt und das Verbot von Vergünstigungen für die Verordnung von z. B. in der Zahnheilkunde bestimmten Implantatsystem-Versorgungen.

Auch müssen „Sonderzuwendungen" durch Rabatte – zum Beispiel bei Bestellung von zehn Implantaten nur fünf bezahlen zu müssen – an den Patienten weitergegeben werden: Auch kostenlose Einladungen zu Kongressreisen durch Dentalfirmen können strafrechtlich relevant werden. DT

ANZEIGE

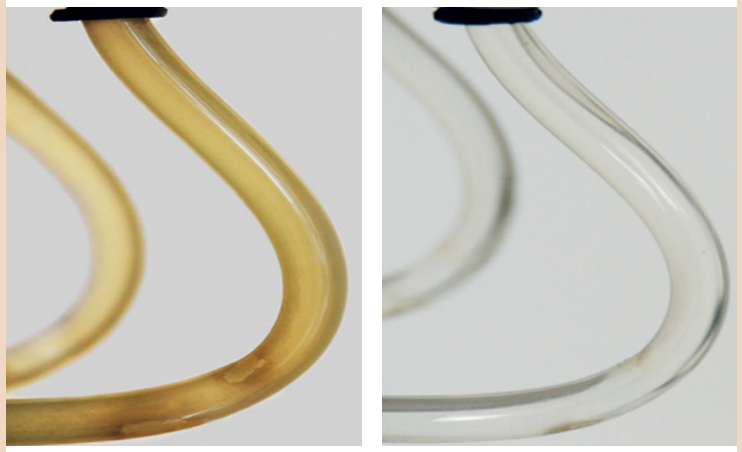
Sag mal BLUE SAFETY, kann ich mit Wasserhygiene auch Geld sparen?

BLUE SAFETY™ Die Wasserexperten

Ja. Eine Zahnarztpraxis mit fünf Behandlungseinheiten spart pro Jahr bis 6.000 €.

Wie? Durch Entfall von Entkeimungsmitteln und Intensiventkeimungen. Durch Übernahme akkreditierter Wasserproben gem. DIN EN ISO 19458 durch BLUE SAFETY. Durch Entfall von Reparaturkosten durch Verstopfungen mit Biofilm.

Klingt stichhaltig? Ist es auch. Und Sie können das auch.



Wegen H_2O_2: Biofilmbildung — Mit SAFEWATER-Hygiene-Konzept

Biozide vorsichtig verwenden. Stets Produktinformationen und Kennzeichnung lesen.

Informieren und absichern. Jetzt.
Kostenfreie Hygieneberatung unter 0800 25 83 72 33
Erfahrungsberichte auf www.safewater.video

Dental Tribune German Edition Nr. 5/2016 · 4. Mai 2016

GOÄ-Novelle – ein GOZ-Drama

Jürgen Pischel spricht Klartext

Infos zum Autor

Es geht nicht um die zehn Prozent Anteil der privaten Abrechnungen, die ein Zahnarzt über GOÄ-Positionen erwirtschaftet – chirurgisch ausgerichtete Praxen noch mehr –, sondern ums Prinzip. Das, was die GOÄ-Verantwortlichen in der Bundesärztekammer (BÄK) mit PKV und Beihilfe ausgehandelt haben, ist ein Schlag ins Gesicht einer freien Zahnheilkunde-Leistungserbringung.

Musste ja so kommen, wenn man sich die Statements von wichtigen Kammerfürsten – sogenannten Verhandlungsführern – zu Gemüte zieht, die sich rühmen, man habe der PKV die Vorhand gegeben, gemeinsam mit der Beihilfe einmal ein ärztliches Leistungsverzeichnis und zum anderen eine Gebührenordnung zu erstellen, um auf Basis des „Angebotes" dann, wie bei Tarifverhandlungen, „nachzubessern".

Das Interesse der PKVen kann es nur sein, für eine breit zu erbringende ärztliche Leistung so wenig wie möglich zu bezahlen und auch noch besondere Prüfkautelen aufzuerlegen.

Dass die Politik, auch eine schwarz bestimmte Regierung, da mitmacht, ergibt sich schon aus den Beihilfe-Leistungsverpflichtungen für die Beamten. So dominiert den vorgelegten GOÄ-Entwurf ein „robuster Einfachsatz" zur weitgehenden Leistungsabrechnung, also Einheitspreis statt Honorierung nach Zeitaufwand und Schwierigkeit.

Als Kontrollinstanz sollte eine „Gemeinsame Kommission" eingerichtet werden z. B. zur Überprüfung von Sinn und Notwendigkeit von Steigerungssatz-Begründungen.

Warum so wenig BÄK-Interessen zur Sicherung der Freiberuflichkeit mithilfe einer Gebührenordnung statt Öffnung hin zur Bürgerversicherung im Einheitstarif GKV/Privat? Weil die große Zahl der BÄK-Bundesvorstandsvertreter aus der angestellten Ärzteschaft kommen und nur Teilinteresse an der Sicherung der Rechte ihrer freiberuflichen Kollegenschaft haben. Montgomery, der BÄK-Präsident, kommt aus der „Angestellten-Ecke", und als bekennender Alt-Sozialdemokrat scheint er es mehr mit Einheitsversicherung, denn mit individuellem Behandlungsvertrag im Vertrauensverhältnis Arzt/Patient zu tun zu haben.

Noch rechtzeitig haben die Vertreter der „freien Berufe" unter den Ärzten die Reißleine gezogen, allerdings bei den zeitlichen Abläufen, die vorgesehen sind – Koalitionsverhandlungen zur nächsten Regierungsbildung – mit der Gefahr einer Neubelebung der Debatte um die Realisation der Bürgerversicherung verbunden.

Keine schönen Aussichten, bleibt als Damoklesschwert über den Zahnärzten schwebend die GOÄ-Novelle, aber was soll es, jeder freie Zahnarzt bleibt Herr seines Geschehens, so oder so,

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

© studioVin/Shutterstock.com

Dental Tribune

IMPRESSUM

Verlag
OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig

Tel.: 0341 48474-0
Fax: 0341 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

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

Anzeigenverkauf Verkaufsleitung
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller
hiller@oemus-media.de

Projektmanagement/Vertrieb
Nadine Naumann
n.naumann@oemus-media.de

Produktionsleitung
Gernot Meyer
meyer@oemus-media.de

Anzeigendisposition
Lysann Reichardt
l.reichardt@oemus-media.de

Layout/Satz
Dipl.-Des. (FH) Alexander Jahn

Lektorat
Hans Motschmann
Marion Herner

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

Erscheinungsweise
Dental Tribune German Edition erscheint 2016 mit 12 Ausgaben, es gilt die Preisliste Nr. 6 vom 1.1.2016. Es gelten die AGB.

Druckerei
Vogel Druck und Medienservice GmbH, Leibnizstraße 5, 97204 Höchberg

Verlags- und Urheberrecht
Dental Tribune German 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.

Neue Stiftung gegründet

EKLUND FOUNDATION für zahnmedizinische Forschung.

MALMÖ – Der schwedische Mundhygienespezialist TePe feierte 2015 nicht nur 50. Geburtstag, sondern auch 50 Jahre erfolgreiche Zusammenarbeit mit Universitätszahnkliniken. Um den dentalen Wissensfortschritt auch über die eigene Produktentwicklung hinaus voranzutreiben und für die Zukunft zu sichern, hat die Eigentümerfamilie von TePe die Eklund Foundation zur Förderung der zahnmedizinischen Forschung auf internationaler Ebene gegründet. Diese insgesamt mit 50 Millionen SEK dotierte Stiftung unterstützt innovative zahnmedizinische Forschungsprojekte internationaler Antragssteller.

Seit dem Website-Launch im März 2016 ist die Eklund-Stiftung unter *www.eklundfoundation.org* erreichbar. Interessierte aus allen Bereichen der Zahnmedizin sind vom 1. bis 31. Mai 2016 aufgerufen, ihre englischsprachigen Bewerbungen hier online einzureichen. Ganz besonderes Augenmerk wird auf Forschungsprojekte gerichtet, die in den Fachrichtungen Parodontologie, Implantologie sowie Kariologie angesiedelt sind und Post-Doc-Status besitzen. Die für 2016 zur Verfügung gestellten Mittel umfassen dabei 1,5 Millionen SEK, die für die Förderung eines großen Forschungsvorhabens und ausgewählter kleinerer Projekte vorgesehen sind. Im Herbst werden die erfolgreichen Kandidaten der diesjährigen Förderung bekannt gegeben. DT

Quelle: TePe

Förderungsschwerpunkte beschlossen

„Qualitätssicherung" im Fokus von Krankenkassen und Versorgungsvertretern.

BONN/KREMS (jp) – Der Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) von Krankenkassen und Versorgungsvertretern im Gesundheitswesen hat nun erstmals selbst Themen zur Forschung nach neuen Versorgungsformen und zur Versorgungsforschung beschlossen. Im Vordergrund der Förderschwerpunkte stehen die „Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und/oder Patientensicherheit". Weiterhin geht es um die „Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit in der GKV-Versorgung", wie die Erhebung von „Ursachen, Umfang und Auswirkungen administrativer und bürokratischer Anforderungen auf die Patientenversorgung sowie die Entwicklung geeigneter Lösungsansätze" und den „Einsatz und die Verknüpfung von Routinedaten".

Vertreterin der Zahnmedizin im Expertenrat ist Prof. Dr. Katrin Hertrampf.

Zudem wurden Förderschwerpunkte zu offenen Themen der GKV-Versorgung sowie zur Evaluation von Selektivverträgen veröffentlicht. Die Ergebnisse zur „Versorgungsforschung" des G-BA können dramatische Auswirkungen auf die Versorgungsrichtlinien und die Kassenverträge haben. Die erste Vergabe von G-BA-Förderprojekten soll im September 2016 stattfinden. Unterstützt wird der Innovationsausschuss dabei durch den vom Bundesgesundheitsministerium berufenen Expertenbeirat, der die Anträge prüft und bewertet. Dieser besteht aus zehn Mitgliedern unter Vorsitz von Prof. Dr. Holger Pfaff. Als Vertreterin der Zahnmedizin ist Prof. Dr. Katrin Hertrampf, MPH, eingesetzt. DT

Umsetzung der EU-Richtlinie GDP

Branchenempfehlung zum Vertrieb und Transport von Arzneimitteln.

KÖLN – Unter Federführung des BVD wurden wesentliche Eckpunkte zur Umsetzung der EU-Richtlinie GDP mit dem Titel „Leitlinie für die gute Vertriebspraxis von Humanarzneimitteln (2013/C68/01)" im Dentalhandel erarbeitet. Die „Branchenempfehlung zum Vertrieb und Transport von Arzneimitteln" ist nun auf der Internetseite *www.bvdental.de* für jeden zugänglich veröffentlicht.

Angehängt ist dort eine ausführliche Liste mit Details zu den Dental-Arzneimitteln. Gemeinsam hatten BVD-Mitglieder mit der Dental-Union und M+W diese Empfehlung erarbeitet. BVD-Vizepräsident Uwe Jerathe dankte allen Teilnehmern für ihre intensive Arbeit, insbesondere für die umfassende Recherche zu den einzelnen Arzneimitteln. Zum Hintergrund: Die EU-Richtlinie regelt die Anforderungen an Lagerung und Transport von Arzneimitteln. So muss unter anderem sichergestellt sein, dass die von den Herstellern vorgegebenen Temperaturen eingehalten werden. DT

Quelle: Bundesverband Dentalhandel e.V.

© Antonio.li/Shutterstock.com
und swierq/Shutterstock.com

Antidepressiva und Implantate

Negative Auswirkung von Medikamenten auf Implantateinheilung.

© Marian Weyo/Shutterstock.com

BUFFALO – Wissenschaftler der University of Buffalo bestätigen in ihrer aktuellen Pilotstudie, dass Antidepressiva den Knochenaufbau im Kiefer mindern können. Ausreichendes Knochenvolumen ist jedoch eine wichtige Voraussetzung für eine gelungene Implantatinsertion.

Die Autoren der Studie untersuchten die Daten von Patienten einer Unizahnklinik im Bundesstaat New York. Das Ergebnis: 33 Prozent derjenigen, deren Implantate nicht gut eingeheilt waren, nahmen Antidepressiva. Bei der Untersuchungsgruppe, die keine Schwierigkeiten bei der Implantateinheilung aufwies, waren es hingegen nur elf Prozent der Patienten, die regelmäßig Antidepressiva einnahmen.

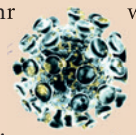
Antidepressiva stellen nicht allein aufgrund ihres negativen Einflusses auf die Knochenregeneration ein Risiko bei der Implantatinsertion dar. Bei einer längerfristigen Einnahme der Medikamente kann es zu Mundtrockenheit und Bruxismus kommen, die den Einheilungsprozess zusätzlich gefährden. DT

Quelle: ZWP online

Bakterienparadies dank Zigaretten

Studie: Nikotin verändert bakterielles Gleichgewicht im Mund.

NEW YORK – Manche Menschen schaffen es irgendwann, die Finger vom Glimmstängel zu lassen, andere scheitern immer wieder. Der Zigarettenkonsum ist nicht nur schlecht für Herz, Haut, Lunge & Co, die tägliche Nikotinzufuhr und die damit einhergehende Verunreinigung der Mundhöhle beeinträchtige auch in starkem Maße die Mundflora.



Wie Forscher unlängst im Journal der International Society for Microbial Ecology berichteten, fördert Rauchen das Gedeihen von mehr als 150 Bakterienarten im Mund. Weiterhin wurden bei den untersuchten Rauchern zehn Prozent mehr Streptokokken als bei den teilnehmenden Nichtrauchern nachgewiesen. Ein Großteil der Bakterien, die für den Abbau giftiger Stoffe verantwortlich zeichnet, würden zudem durch den Griff zur Zigarette in ihrer Arbeit stark gehemmt werden. Dies wiederum kann negative Auswirkungen auf den gesamten Organismus nach sich ziehen. Erkrankungen des Mund-Rachen-Raumes und des Magen-Darm-Bereiches würden somit begünstigt werden. DT

Quelle: ZWP online

© Elnur/Shutterstock.com - Bakterien: © Ralwel/Shutterstock.com

Revolutionärer Durchbruch in der Zahnmedizin?

Eine neue Lasertherapie könnte Zähne zukünftig vor dem Ausfallen schützen.

FLORENZ – Perioblast (Periodontal Biological Laser-Assisted Therapy) wurde von Dr. Francesco Martelli, einem Kieferchirurgen aus Florenz, entwickelt und bereits erfolgreich angewendet. Mithilfe des Lasers werden die Bakterien abgetötet, die für Zahnfleischblutungen verantwortlich sind.

Gleichzeitig werden Zellen angeregt, die Knochenbildung voranzutreiben, um den betroffenen Zahn wieder stabiler im Kiefer zu fixieren. Eine Studie mit 2.683 Patienten, die Anfang des Jahres im *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases* veröffentlicht wurde, konnte bereits erste vielversprechende Ergebnisse liefern. Demzufolge wurde schon nach drei Sitzungen eine Reduzierung der Bakterien festgestellt. Eine solche Therapie ist allerdings nicht ganz billig. Umgerechnet 6.000 bis knapp 9.000 Euro soll die Behandlung kosten.

© Zivkovec/Shutterstock.com

Und auch danach gibt es keine Garantie für eine langfristige Besserung. Zwar tötet der Laser die Bakterien erst einmal ab, aber ohne einer anschließenden gründlichen und vor allem dauerhaften Mundhygiene können diese schon innerhalb weniger Tage den Zahn wieder in Beschlag nehmen. Ob eine solche Lasertherapie also besser ist als eine regelmäßige professionelle Zahnreinigung, muss nach Angaben der Experten erst noch weiter getestet werden. DT

Quelle: ZWP online

ANZEIGE

Dental Tribune German Edition Nr. 5/2016 · 4. Mai 2016

Leitungs- und/oder Infiltrationsanästhesie vs. intraligamentäre Anästhesie (ILA)

Zahnmedizinische Behandlungsabläufe optimieren – gut für Behandler und Patient.

Von Dr. med. dent. Wolfgang Bender, Düsseldorf, und Lothar Taubenheim, Erkrath, Deutschland.

An allen Universitäten wird sie gelehrt und in Deutschland p. a. mehr als 16 Millionen Mal angewandt: die Leitungsanästhesie des N. alveolaris inferior. Jeder Zahnarzt appliziert sie durchschnittlich mehr als 260 Mal im Jahr (KZBV Jahrbuch 2015). Liebend gerne würden fast alle praktizierenden Zahnärzte auf die Leitungsanästhesie zur örtlichen Betäubung vor zahnmedizinischen Therapien verzichten. Nur eine Handvoll Zahnmediziner finden die intra- und die extraorale Leitungsanästhesie faszinierend.

Frage und Hand aufs Herz: Wer quält schon gerne seinen Patienten durch „die Spritze"? Nach der Befunderhebung werden mit dem Patienten die Diagnose und die Therapiemöglichkeiten besprochen. Dann muss er entscheiden, ob die Behandlung unter örtlicher Betäubung erfolgen soll. Und nun fängt das Problem an: Im Unterkiefer-Seitenzahnbereich ist die Schmerzausschaltung nur durch eine Leitungsanästhesie möglich, weil die Compacta eine Infiltration unmöglich macht.

Schwierigkeiten bei der Leitungsanästhesie

Die Schwierigkeit bei der Leitungsanästhesie des N. alveolaris inferior besteht insbesondere darin, dass das Foramen mandibulae – der Injektionspunkt – klinisch weder zu ertasten noch auf andere Weise exakt lokalisierbar ist. Die Führung der Kanüle muss sich daher an nicht sicht-, sondern nur an tastbaren anatomischen Strukturen orientieren, wobei die exakte Lage der Kanülenspitze und des Foramens nicht bestimmbar ist. Der Einstichpunkt liegt lateral der Plica pterygomandibularis etwa in der Mitte zwischen den Zahnreihen von Ober- und Unterkiefer. Die Insertion der Injektionsnadel erfolgt „blind": Wird die Kanüle eingeführt, trifft man i. d. R. nach Einführen der halben Kanülenlänge (ca. 2 cm) auf Knochen. Die Kanülenspitze befindet sich an der Innenseite des aufsteigenden Unterkieferastes oberhalb des Foramen mandibulae. Trifft man in geringerer Tiefe auf Knochen, so ist die Kanüle zu weit nach lateral eingestochen und/oder der Winkel zur Medianebene zu groß. Ist umgekehrt die Kanüle zu flach (Winkel zwischen Kanüle und Medianebene zu klein) eingeführt, kommt es erst in größerer Tiefe (bzw. überhaupt nicht) zum Knochenkontakt. In beiden Fällen muss die Kanüle zurückgezogen und nach entsprechender Korrektur erneut eingeführt werden. Ist die Kanüle exakt positioniert, wird sie nach Knochenkontakt etwas zurückgezogen und – nach Aspiration – die Injektion vorgenommen (Rahn 2003).

Komplikationen

Das beschriebene Vorgehen beinhaltet mindestens drei Komplikationen:

Beim Einführen der Kanüle verspürt der Patient immer einen – für ihn sehr unangenehmen – Einstichschmerz. Da die Einführung der Kanüle „blind" erfolgt, ist das Risiko, einen Nerv zu treffen, relativ hoch. Ein Nervkontakt, den der Patient als „Blitzeinschlag" empfindet, erfordert eine Umpositionierung der Kanülenspitze, um eine intraneurale Injektion des Lokalanästhetikums zu vermeiden.

Da in der unmittelbaren Umgebung größerer Nervenstämme Blutgefäße verlaufen, ist bei der Leitungsanästhesie auch das Risiko der Punktion eines solchen Gefäßes und damit trotz Aspiration einer versehentlichen intravasalen Injektion des Lokalanästhetikums gegeben[9], was gelegentlich zu Herz-Kreislauf-Komplikationen führt, auch sind ophthalmologischen Komplikationen möglich.[13]

Eine Aspiration verhindert zwar nicht einen Gefäßkontakt, macht ihn aber offenbar. Ein Gefäßkontakt und die dadurch ausgelöste Blutung können als unerwünschte Effekte auch eine Kieferklemme auslösen. Diese tritt meist nach einem Tag auf – infolge des Hämatoms, ggf. auch einer intramuskulären Entzündung mit konsekutiver Narbenbildung.[11] Bei 608 Leitungsanästhesien am Foramen mandibulae wurden 122 (20,1 Prozent) positive Aspirationen dokumentiert.[3] Nach Lipp (1989) finden sich auch bei negativer Aspiration noch ca. 20 Prozent unbemerkte intravasale Injektionen[6], z. B. durch Aspiration der Gefäßwand.

Da bei der Leitungsanästhesie angestrebt wird, das Lokalanästhetikum möglichst nahe am Nerven zu injizieren, andererseits der Nerv selbst bei der Injektion nicht exakt lokalisiert werden kann, ist eine Verletzung des Nerven mit der Kanülenspitze im Einzelfall nicht sicher vermeidbar. Das „Anstechen" des Nervs kann zu Sensibilitätsstörungen im Ausbreitungsgebiet führen (Parästhesie, Hypästhesie), die jedoch in aller Regel – aber nicht immer – reversibel sind.[5, 9]

Alle praktizierenden Zahnärzte kennen diese Komplikationen und die Grenzen v. a. der Leitungsanästhesie des N. alveolaris inferior und würden sie gerne vermeiden, da man sie dem betroffenen Patienten darlegen muss.

Zwischen Ende der Injektion und Anästhesieeintritt ist bei der Mandibularanästhesie immer eine Latenz zeitlich zu überbrücken. Dirnbacher[2] dokumentierte bei 202 Fällen eine durchschnittliche Latenzzeit von 3,8 min (41,1 Prozent >4 min) und eine unzureichende Desensibilisierung von 20,8 Prozent, d. h. eine Wartezeit des Behandlers signifikant über der durchschnittlichen Latenzzeit.[2] Latenzzeit und Anästhesieversagerrate sind Komplikationen, die den Behandler belasten. Auch auf die Latenzzeit und dem damit verbundenen „Room hopping" würde jeder Zahnmediziner gerne verzichten.

Anästhesiedauer

Die Dauer der Anästhesie ist eine Komplikation, die den Patienten belastet. In der Dirnbacher-Studie[2] betrug die Wirkung der Leitungsanästhesie nur bei 5 Prozent der dokumentierten Fälle weniger als drei Stunden; zwischen drei und vier Stunden dauerte die Anästhesie bei 68,8 Prozent der Fälle (139 von 202) und in 53 Fällen (26,2 Prozent) sogar mehr als vier Stunden. Andere Vergleichsstudien [8, 15] kommen zu ähnlichen Ergebnissen.

Die Einschränkung der Dispositionsfähigkeit des Patienten über Stunden nach Abschluss der Behandlung wird zu minimieren versucht durch adrenalinreduzierte Anästhetika. Auch die zusätzliche Injektion von Medikamenten „zur Aufhebung einer dentalen Lokalanästhesie" (OraVerse, Sanofi 2013) wird aktuell propagiert. Die Tatsache bleibt: Die Leitungsanästhesie des N. alveolaris inferior schränkt die Dispositionsfreiheit des Patienten noch Stunden nach Abschluss der Behandlung signifikant ein.

Patienten unter Antikoagulantien

Bei Patienten unter Antikoagulantien dürfen Leitungsanästhesien auf keinen Fall vorgenommen werden. Diese können infolge massiver Hämatombildung lebensbedrohliche Folgen haben. In erster Linie sind hier Leitungsanästhesien am Foramen mandibulae zu nennen.[10, 11] Was macht man bei diesen Patienten?

Erfolglose Leitungsanästhesie

Und noch eine weitere Frage: Was macht man, wenn die applizierte Leitungsanästhesie nicht den gewünschten Erfolg gebracht hat und eine Komplettierung erfolgen muss? Eine zweite Leitung setzen? Das kann teuer und zeitaufwendig werden, wenn der Patient – bei einer möglichen Nervläsion, ggf. durch eine intranervale Injektion – einen Rechtsanwalt findet, der die Gesetzeslage und die aktuelle Rechtsprechung kennt ...

Alternativen der Leitungsanästhesie

Die o. g. Risiken und Komplikationen sind mit dem Patienten zu besprechen. Meistens sagt er „Ja", weil er nicht gerne eine schmerzhafte zahnärztliche Behandlung ertragen möchte.

Gibt es aktuell eine evidenzbasierte Alternative für die Leitungs- und/oder die Infiltrationsanästhesie? Betrachtet man den medizintechnischen Fortschritt der Lokalanästhesie der letzten 30 Jahre und die klinisch-wissenschaftlichen Studienergebnisse, die zu dieser Thematik publiziert wurden, dann heißt die Antwort JA – die intraligamentäre Anästhesie (ILA). Und wie ist das mit den Komplikationen, sind die oben beschriebenen Risiken und Komplikationen der Leitungsanästhesie bei der intraligamentären Anästhesie nicht gegeben?

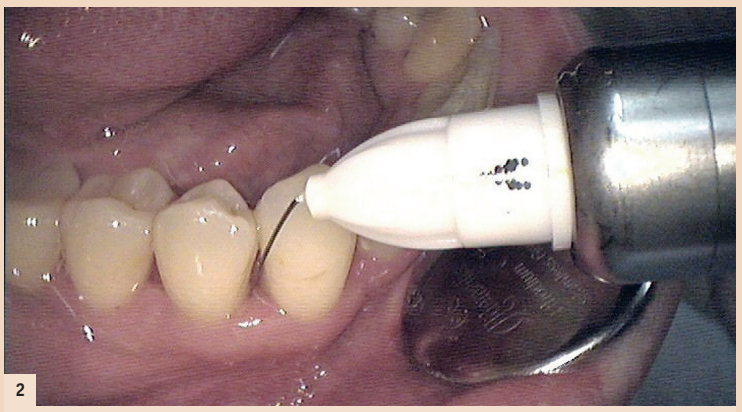
Die Ergebnisse der in den letzten drei Jahrzehnten durchgeführten klinischen Studien, die alle international publiziert wurden, zeigen, dass diese Möglichkeit der örtlichen Betäubung alle Anforderungen an eine primäre Lokalanästhesiemethode erfüllt und keine der Risiken und Komplikationen gegeben ist:

- keine Latenzzeit zwischen intraligamentaler Injektion und Anästhesieeintritt
- kaum Anästhesieversager
- kein Risiko von Gefäß- und Nervkontakten sowie -läsionen
- keine artikulatorischen und mastikatorischen Patientenbeeinträchtigungen nach Abschluss der Behandlung.

Schon 1994 konnten Heizmann und Gabka zeigen, dass die ILA bei Zahnextraktionen den – weltweit gelehrten – konventionellen Infiltrations- und Leitungsanästhesien signifikant überlegen ist, sowohl hinsichtlich Anästhesieerfolg als auch mit Blick auf die Beeinträchtigung des Patienten und die Latenzzeit zwi-

1

Abb. 1: *Bei der DIN-genormten Dosierradspritze wird die vom Behandler aufgebaute Kraft ohne integrierte mehrstufige Hebelsysteme übertragen.*



2

Abb. 2: *Die Insertion der Kanüle in den Desmodontalspalt erfolgt unter vollständiger visueller Kontrolle.*

CANDULOR.COM

80 JAHRE
LEIDENSCHAFT FÜR
DIE PROTHETIK.

SEI DABEI
UND MELDE DICH
JETZT AN UNTER

**CANDULOR.COM/
PROTHETIK-DAY**

»MOMENTAUFNAHME«

PROTHETIK DAY

28. OKTOBER 2016 – ZÜRICH

DR. FELIX BLANKENSTEIN, ZTM JÜRG STUCK, PROF. DR. MARTIN SCHIMMEL, PROF. INV. DR. JÜRGEN WAHLMANN, ZTM JAN LANGNER, ZTM DAMIANO FRIGERIO, MARTIN J. HAUCK, UNIV.-PROF. DR. FLORIAN BEUER MME, ROBERT BÖSCH

Die Veranstaltung findet auf Deutsch statt.

CANDULOR

schen Anästhetikuminjektion und Anästhesieeintritt.[5]

In den letzten 15 Jahren wurde in zahlreichen Vergleichsstudien[2,8,14] belegt, dass die ILA den konventionellen Lokalanästhesiemethoden deutlich überlegen ist – nur gelehrt wird sie noch nicht. Warum eigentlich nicht? An den Injektionssystemen kann es auch nicht liegen.

Seit Ende des letzten Jahrhunderts stehen sehr sensible Spritzen für intraligamentale Injektionen ohne kraftverstärkende Hebelsysteme zur Verfügung. Deren klinische Eignung wurde durch Studien uneingeschränkt bestätigt und sie sind mittlerweile sogar DIN-genormt (DIN 13989:2013): Dosierradspritzen, bei denen die vom Behandler aufgebaute Kraft über ein Dosierrad sanft auf die integrierte Zahnstange und die Anästhetikumkarpule übertragen und das Anästhetikum via Injektionsnadel mit präzise an die individuellen anatomischen Gegebenheiten des Patienten angepasstem Injektionsdruck in den Desmodontalspalt injiziert wird ***(Abb. 1)***.

Eine Umstellung von der Leitungs- und der Infiltrationsanästhesie auf die den Behandler und den Patienten schonende Einzelzahnanästhesie ist problemlos möglich – auch mit großem organisatorischen Nutzen für jede zahnärztliche Praxis: nicht unterbrochene Behandlungsabläufe, weniger Aufklärungsaufwand über Risiken und Alternativen, weniger Anästhesieversager, sehr zufriedene Patienten.

Um sich mit der Einzelzahnanästhesie „intraligamentäre Anästhesie" vertraut zu machen, stehen heute Fachbücher, Fortbildungs-DVDs und auch zahlreiche punktebewertete Fortbildungspublikationen zur Verfügung.[1,12] Auch einige Zahnärztekammern haben dieses Thema in ihr Fortbildungsprogramm aufgenommen.

Organisatorische Optimierungen

Nach einer zahnärztlichen Fortbildung und einer Substitution der Leitungsanästhesie durch die intraligamentäre Anästhesie können folgende Optimierungen der Praxisabläufe erreicht werden:

Optimierung der Behandlungsabläufe: Bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 30 Minuten unter Lokalanästhesie sind etwa acht bis zehn Minuten für die Injektion des Anästhetikums, die Latenzzeit und die Überprüfung des Wirkungseintritts – einschließlich des Raumwechsels – bis zum möglichen Beginn der therapeutischen Maßnahmen zu rechnen. Multipliziert man diese Zeit mit nur zehn Behandlungen unter Lokalanästhesie pro Tag, dann kommen pro Woche (fünf Anästhesieversager einschließlich) mehr als sieben volle Stunden zusammen, die fast vollständig eingespart werden können, wenn ...

Dass bei dieser, seit eh und je praktizierten Methode der Schmerzausschaltung, die die Voraussetzung für die Kooperationsbereitschaft des Patienten ist, auch das medizinische Assistenzpersonal zur Überwachung des Patienten bei z. B. einer Leitungsanästhesie im Unterkiefer zum Einsatz kommt, sei hier nur am Rande erwähnt. Nicht zu vergessen sind die Materialien, die zusätzlich benutzt werden müssen, wie Handschuhe und Desinfektionsmittel.

Wie hoch ist der organisatorische Aufwand für die Einführung der intraligamentären Anästhesie in die tägliche zahnärztliche Praxis – als primäre Methode der Schmerzausschaltung? Da die Injektion in den Desmodontalspalt – das Ligamentum circulare – vollständig unter visueller Kontrolle erfolgt, im Gegensatz zur Leitungsanästhesie des N. alveolaris inferior, ist es sogar möglich, sich empirisch an diese Lokalanästhesiemethode „heranzufühlen".

Das intraligamental injizierte Anästhetikum breitet sich intraossär und im Desmodontalspalt entlang der Zahnwurzel aus und hat in etwa einer halben Minute das F. apikale erreicht. Die intraligamentäre Anästhesie tritt unverzüglich ein ***(Abb. 2 und 3)***.

Handling

Pro Zahnwurzel sind etwa 0,2 ml Anästhetikum zu applizieren. Die Injektion bzw. der Injektionsdruck muss den anatomischen Gegebenheiten des Patienten gut angepasst werden und sehr langsam erfolgen. Für den Behandler ist dies durch eine Dosierradspritze leichter zu erreichen als mit Hebelspritzensystemen. Die Injektionszeit beträgt bei der ersten Wurzel etwa 20 Sekunden, bei der zweiten Wurzel 20 bis 25 und ggf. bei einer dritten desselben Zahns ≥25 Sekunden. Eine zu schnelle Injektion kann zu unerwünschten Effekten wie Elongationsgefühl oder Drucknekrosen führen, die nicht methodenimmanent, sondern iatrogen bedingt sind.

Bei stark entzündetem Gewebe muss gegebenenfalls mit einer kurzen Latenzzeit gerechnet werden, die auf ca. 60 bis 90 Sekunden steigen kann. Bei den üblicherweise praktizierten Methoden der Lokalanästhesie (Leitungs- und Infiltrationsanästhesie) erschwert in solchen Situationen der durch die Entzündung abgefallene pH-Wert des Gewebes ein Anfluten einer ausreichenden Menge Anästhetikum am indizierten Wirkungsort, weshalb die Anästhesie dann häufig inkomplett bleibt. Die intraligamentäre Anästhesie bietet in diesen Fällen einen Zugang, der oft von der Entzündung nicht unmittelbar betroffen ist und gegebenenfalls auch über Seitenkanäle oder Ramifikationen des Wurzelkanals einen direkten Weg zu den pulpalen Nervenfasern gestattet.

Die für eine ILA benötigte Anästhetikummenge, beispielsweise bei einer Kronenpräparation im Unterkiefer, ist zudem bedeutend geringer als die für eine entsprechende Leitungsanästhesie – weniger als 25 Prozent.

Die Risikoaufklärung des Patienten vor einer Leitungs-, aber auch vor einer Infiltrationsanästhesie kann stark minimiert werden: Da im Desmodontalspalt keine Nervenstränge und Blutgefäße sind, kann es bei der ILA auch nicht zu ungewollten Nerv- und Gefäßkontakten mit dem Risiko von Läsionen und Hämatomen kommen. Taubheit in den Wangen sowie im Zungen- und Lippenbereich sind bei der intraligamentären Anästhesie nicht nachweisbar.

Nutzen für Behandler und Patient

Neben diesem eminenten Nutzen für den Zahnarzt profitiert der Patient in gleichem Maße von dieser minimalinvasiven Lokalanästhesie: Durch die wesentlich geringere

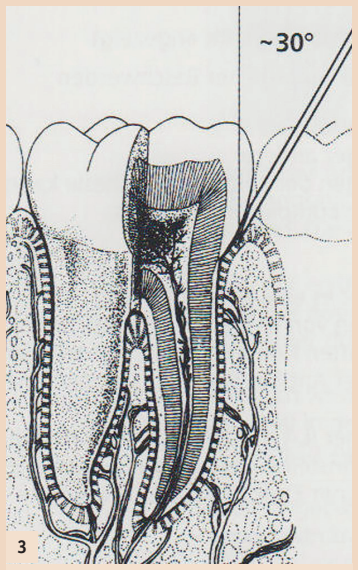
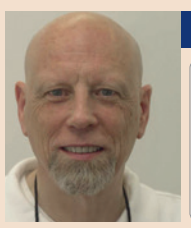


Abb. 3: Die Wirkung des intraligamental injizierten Anästhetikums tritt unverzüglich – ohne Latenz – ein.

applizierte Anästhetikummenge und die enge Begrenzung der Anästhesie ist dieselbe etwa zeitgleich mit dem Ende der Behandlung abgeklungen. Der Patient muss keine artikulatorischen und mastikatorischen Einschränkungen akzeptieren.

Voraussetzung einer erfolgreichen, minimalinvasiven Einzelzahnanästhesie ist die Verwendung moderner sensibler Instrumentarien, mit denen der Injektionsdruck gut den anatomischen Gegebenheiten des Patienten angepasst werden kann, die Applikation bewährter Anästhetika mit Adrenalin und die sichere Beherrschung der Methode der intraligamentären Anästhesie, die von jedem praktizierenden Zahnarzt mit nur geringem Aufwand leicht zu erlernen ist. Der Nutzen für den Behandler ist um ein Vielfaches größer als der Aufwand für die Umstellung auf die „primäre Methode der örtlichen Betäubung: ILA".

Hinzu kommt der Marketingeffekt: Begeisterte Patienten (Kunden) kommunizieren, dass „mein Zahnarzt Spritzen gibt, die man gar nicht merkt!" DT

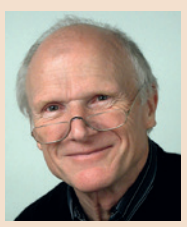


Kontakt

Infos zum Autor

Dr. med. dent. Wolfgang Bender

Flachskampstr. 65
40627 Düsseldorf
Deutschland
dr.w.bender@web.de



Infos zum Autor

Lothar Taubenheim

Am Thieleshof 24
40699 Erkrath
Deutschland
LT.Lothar.Taubenheim@t-online.de

ANZEIGE

Composi-Tight® 3D XR

3D-MSF-00

NEU

Composi-Tight 3D XR
- Kein Abspringen der Ringe, auch in schwierigen Fällen
- Eine optimale Separierung der Zähne für einen ausgezeichneten, festen Kontakt
- Passt sich optimal der Zahnanatomie an
- Einfaches Arbeiten ohne Überschüsse

Slick Bands XR
- Antihaft-Beschichtung verhindert Haftung an Komposit und Bonding Materialien
- Matte, dunkle Farbe zur verbesserten Sichtbarkeit, kein Reflektieren
- Matrizenbänder sind bleitot – perfekt formbar und bleiben in Position

Composi-Tight 3D Fusion
- Kein Herausrutschen dank Silikonlamellen
- Die weichen Zapfen klappen beim Einführen des Keils um und stellen sich nach der Behandlung wieder auf
- 3D Fusion Keile für ein einfaches Einsetzen ohne die Papilla zu verletzten

Testen ohne Risiko mit der 60-Tage-Geld-zurück Garantie!

Gratis Probepackung der VariStrip Frontzahnmatrizen bei Bestellung unter 02451 971409 und Angabe des Codes ADGM0516DT.

3D-MSF-00 Kompakt-Set für Ihren zweiten Behandlungsraum oder für Einsteiger

1 Soft Face™ 3DXR Ring für extrem festen Halt (blau),
1 Soft Face™ 3D Ring für maximale Adaption (orange),
40 Slick Bands Antihaft-Matrizenbänder sortiert, 5 Größen,
80 3D Fusion™ Wedge Interdentalkeile, NEU
1 Ringseparierzange

Rufen Sie jetzt an: 02451 - 971409

Preis: 295,00 €*

Garrison Dental Solutions

ADGM0516DT

*Gültig bis zum 30.06.2016 oder solange der Vorrat reicht. Irrtümer und Änderungen vorbehalten. Die Abbildungen können hinsichtlich der Farbigkeit etc. Abweichungen vom Originalprodukt aufweisen. Preise exkl. MwSt. Alle Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen. Es gelten unsere AGB.

Garrison Dental Solutions | Tel. +49 (0) 2451 971-409 | www.garrisondental.com | info@garrisondental.net

Ein Zukunftsobjekt live in Flonheim

Champions-Implants: Firmenjubiläum und Eröffnung des neuen Hauptsitzes.

FLONHEIM – 2016 ist für Champions-Implants ein besonderes Jahr: Das Unternehmen begeht neben dem zehnjährigen Firmenjubiläum auch die Eröffnung des neues Firmengebäudes in Flonheim. Das Champions® Future Center ist nicht nur Unternehmenssitz, sondern auch Fortbildungszentrum, beherbergt eine zahnärztliche Praxis und ein zahntechnisches Meisterlabor sowie eine Forschungsabteilung.

Zur Eröffnungsfeier am 8. April präsentierten Champions-Gründer und CEO Priv.-Doz. Dr. med. dent. Armin Nedjat und Vize-CEO ZTM Norbert Bomba voller Stolz die neuen Räumlichkeiten. Unter dem Motto „Welcome to the Future – die Zukunft beginnt in Flonheim" gaben sie einen informativen Ausblick in die Zukunft von MIMI®-Flapless und der zahnärztlichen Implantologie und erklärten das innovative Konzept der neuen Geschäftsräume. Anwender und Fortbildungsteilnehmer erwarten im Champions® Future Center die neuesten technischen Möglichkeiten, wie z.B. DVT, intraorales Scannen oder digitale Diagnostik. Mittels 3-D-Übertragungstechnik sind Live-OPs direkt aus dem Behandlungsbereich möglich.

Das neue Champions® Clinic & Education Center ist eine der modernsten Kliniken in Rheinland-Pfalz und ermöglicht Champions-Implants weitreichende Synergien in Fortbildung, Klinik, Labor und Forschung.

Zum Abschluss der Pressekonferenz gratulierte die Flonheimer Bürgermeisterin Ute Beiser-Hübner noch Dr. Nedjat zu diesem Projekt und überbrachte die frohe Botschaft, dass der Firmensitz ab sofort den Straßennamen Champions Platz 1 trägt. DT

Autorin:
Antje Isbaner,
Redaktionsleitung ZWP

Bildergalerie

Infos zum Unternehmen

1

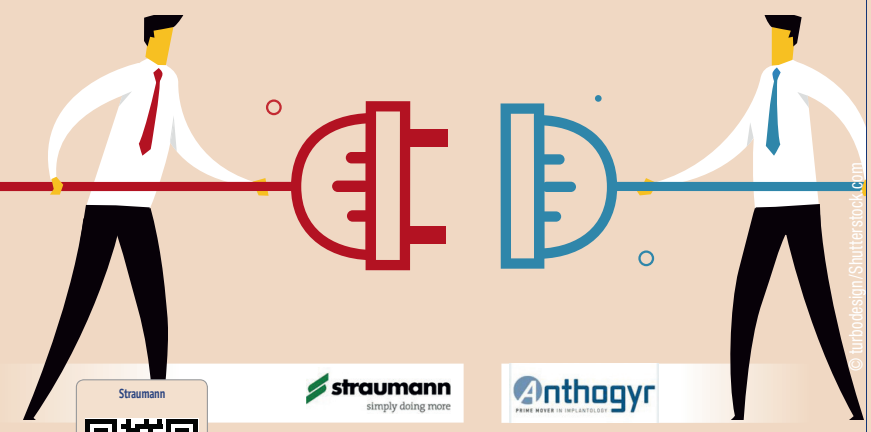
2

Abb. 1: *Das neue Firmengebäude von Champions-Implants in Flonheim.* – ***Abb. 2:*** *V.l. Henrik Schröder (OEMUS MEDIA AG) gratulierte CEO Priv.-Doz. Dr. med. dent. Armin Nedjat und Vize-CEO ZTM Norbert Bomba (Champions-Implants) zur Neueröffnung*

ANZEIGE

Zusammenarbeit geplant

Straumann und Anthogyr geben Partnerschaft bekannt.



Straumann

BASEL/SALLANCHES – Straumann, ein weltweit führender Anbieter von Zahnersatzlösungen, und der französische Dentalimplantathersteller Anthogyr geben eine Partnerschaftsvereinbarung bekannt, die es dem Schweizer Unternehmen ermöglicht, einen Anteil an Anthogyr zu erwerben und ein breiteres Segment des stark wachsenden Marktes für Zahnersatz in China zu bedienen.

Das Zahnimplantatsystem von Anthogyr ist in China bereits zugelassen und hat sich dort als qualitativ hochwertige und preislich attraktive Lösung etabliert. Die Vereinbarung sieht eine Übertragung von Anthogyrs chinesischem Implantologie-Geschäft gegen Jahresmitte an Straumann vor, wodurch das Unternehmen dort Zugang zum schnell wachsenden Value-Segment erhält. Von der Zusammenlegung ihrer Vertriebsaktivitäten erwarten sich beide Parteien die notwendige kritische Masse, um in diesem Segment konkurrenzfähig wachsen zu können. Straumann ist im Premium-Segment in China bereits führend und hat kürzlich eine neue lokale Organisation mit Vertriebspartnern aufgebaut, die alle Landesteile abdeckt.

Straumann wird einen Anteil von 30 Prozent an Anthogyr erwerben und bietet mit der Instradent-Plattform die Möglichkeit, die Marke auch in anderen Märkten zu positionieren. Der Aufbau dieser Plattform ist Teil einer Mehrmarken-Strategie für das globale Value-Segment. DT

Quelle: Straumann und Anthogyr

SOMMERAKADEMIE 2016
JAHRESTAGUNG DGKiZ 2016

30. Juni – 2. Juli 2016
Forum Ludwigsburg

Zuviel des Guten?
Kann Prophylaxe schädlich sein?

Jetzt anmelden auf zfz-stuttgart.de

DGKiZ

Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg Körperschaft des öffentlichen Rechts
Zahnmedizinisches FortbildungsZentrum Stuttgart

Dental Tribune German Edition Nr. 5/2016 · 4. Mai 2016

Ob Garage oder Keller: Erfolgreiche amerikanische Firmengründungen lieben ungewöhnliche Orte

Tom Garrison, einer der Gründungsmitglieder des Familienunternehmens Garrison Dental Solutions, im Gespräch mit der *Dental Tribune D-A-CH*.

Tom Garrison, Mitbegründer von Garrison Dental Solutions.

Wie so viele Unternehmen in Amerika begann auch Garrison Dental Solutions in einem Keller – dem Keller der zahnärztlichen Praxis von Dr. Edgar und Dr. John Garrison. Dort wurde 1996 das Original Composi-Tight-Teilmatrizensystem „geboren". Das in Spring Lake, Michigan, USA, ansässige Familienunternehmen wird bis heute von den Brüdern Tom und Dr. John Garrison zusammen mit dem guten Freund und Ingenieur Rob Anderson geführt. Der Vater von Tom und John, Dr. Edgar Garrison, der vierte Partner, starb im Jahr 2009.

Seit 2003 gibt es ein Marketing- und Vertriebsbüro in Deutschland, um europäische Kunden noch besser und schneller bedienen zu können.

© Andrii Vodolazhskyi/Shutterstock.com und gguy/Shutterstock.com

„Die meisten Weiterentwicklungen unserer Produkte entstehen, weil wir die Ideen unserer Kunden zur Verbesserung der Technik ernst nehmen."

***Dental Tribune:* Herr Garrison, vor 20 Jahren wurde Ihr Unternehmen gegründet. Wofür ist Garrison Dental Solutions bekannt?**

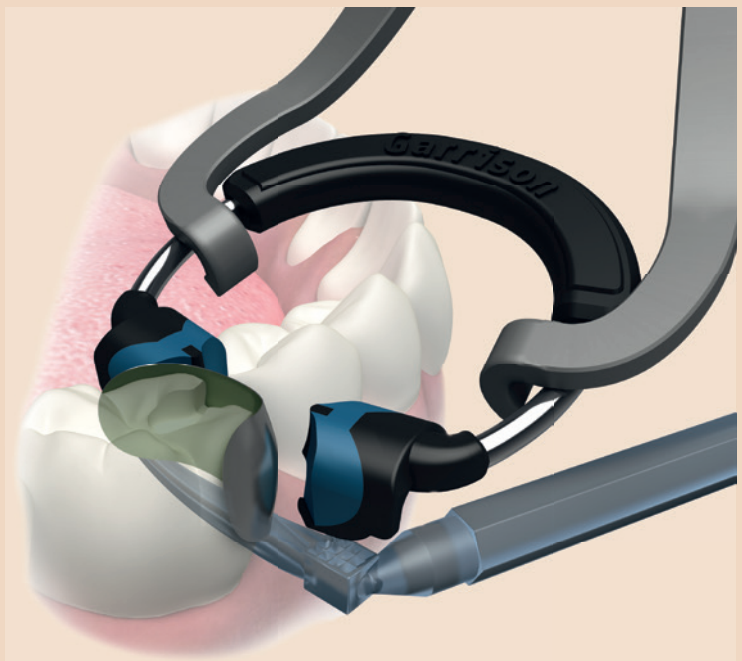
Tom Garrison: Das Unternehmen Garrison Dental Solutions ist weltweit für sein marktführendes Teilmatrizensystem Composi-Tight® 3D XR™ bekannt. Es erleichtert enge, anatomisch konturierte Kontakte für Kompositfüllungen der Klasse II, und unsere Kunden wissen, dass sie damit die natürliche Anatomie vorhersagbar rekonstruieren und viele häufige Probleme in der adhäsiven Zahnmedizin vermeiden können.

In den letzten Jahren ist Garrison zu einer verlässlichen Quelle für viele Zubehörartikel zur direkten Restauration geworden, etwa Frontzahnmatrizen, multifunktionale Instrumente zur Kompositmodellierung und interproximale Keile. Unsere neueste Innovation ist der 3D Fusion™ Wedge, der eine weiche, silikonähnliche Beschichtung mit einem festen Kunststoffkern kombiniert und so eine noch nie dagewesene Abdichtung und Adaptation an die Matrize ermöglicht, aber gleichzeitig die Zähne für gute interproximale Kontakte optimal trennt. Der 3D Fusion™ Wedge enthält Elemente unserer patentierten Soft-Face™ Technologie, die am stärksten in den blauen Spitzen des neuen 3D XR Matrizenrings zum Tragen kommt, und spiegelt so das Engagement von Garrison für die ständige Verbesserung in der Entwicklung von neuen Produkten wider.

Seit vielen Jahren steht Garrison an der Spitze des Matrizenmarkts. Wie haben Sie das geschafft?

Wir haben 1997 mit dem Verkauf in den USA begonnen, und in Europa sind wir 1998 mit der ersten Generation des Composi-Tight® Teilmatrizensystems in den Markt eingetreten. Heute bieten wir die fünfte Generation dieses Systems an und arbeiten weiterhin an Verbesserungen. Da wir uns fast ausschließlich auf Matrizensysteme und Keile konzentrieren, um so die Einfachheit und Qualität von Kompositrestaurationen der Klasse II zu verbessern, bleiben wir in engem Kontakt mit unseren Kunden. Die meisten Weiterentwicklungen unserer Produkte entstehen, weil wir die Ideen unserer Kunden zur Verbesserung der Technik ernst nehmen. Interessant ist, dass sich nicht nur unsere neueren Produkte heute gut verkaufen, sondern wir auch bei unseren früheren Generationen Wachstum verzeichnen können. Zahnärzte bleiben oft einem Produkt treu, wenn sie etwas gefunden haben, das gut für sie funktioniert.

Außerdem haben wir mehrere Branchenneuheiten entwickelt, etwa unsere Slick Bands™, die ersten antihaftbeschichteten Matrizenbänder, die ungewolltes Festkleben der Matrize an der Restauration verhindern. Wir bieten mit unseren WedgeWands™ den einzigen Keil an, der für einfache Insertion an einem Applikatorgriff befestigt ist. Und unsere VariStrips™ sind die erste und einzige konturierte Matrize, die zu einem Ende hin schmaler wird und so zu praktisch jeder Höhe eines Frontzahns passt.



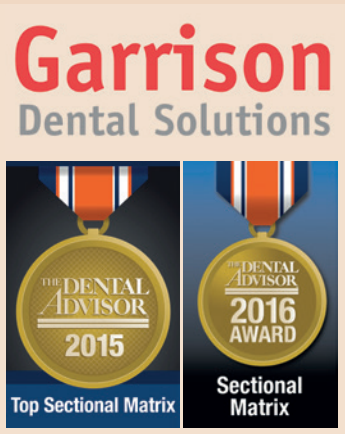
Das neueste Teilmatrizensystem Composi-Tight™ 3D XR™

Was genau ist das Besondere an Garrison?

Viele Dentalunternehmen beginnen mit der Idee eines Zahnarztes, der versuchte, ein Problem in seiner eigenen Praxis zu lösen. Garrison stellt dabei keine Ausnahme dar. Die Zahnärzte John und Edgar Garrison haben bereits früh Komposite eingesetzt, aber suchten noch nach einer Lösung für das Problem von schlechten interproximalen Kontakten. Das Besondere an Garrison ist, dass neben den beiden Zahnärzten zwei weitere Gründer fundiertes Fachwissen im Ingenieurwesen, der Produktentwicklung und dem Unternehmensmanagement einbrachten. Wichtig war und ist für uns: Wir haben stets ein offenes Ohr für die Anregungen unserer Kunden zur Produktverbesserung und können auf Hunderte Zahnärzte zurückgreifen, die viele unserer Ideen freiwillig testen. Auch wenn unser Produktsortiment nicht groß ist, können unsere Kunden sicher sein, dass jedes Produkt vor der Markteinführung von sehr vielen Zahnärzten bewertet wurde.

Die Konkurrenz auf dem Teilmatrizen-Markt wächst ständig. Wie gehen Sie damit um?

Garrison Dental hat die Teilmatrize und den Matrizenring nicht erfunden. Die Idee kam bereits in den 1950er-Jahren auf, aber konnte sich nicht durchsetzen, bis entdeckt wurde, dass der Ring im Seitenzahnbereich für Kompositrestaurationen verwendet werden kann. Garrison hat daraufhin ein System entwickelt, das für den Zahnarzt viel einfacher zu verwenden ist, da es mehr Größenoptionen bietet, eine einfachere Ringplatzierung ermöglicht und eine deutlich bessere Retention am Zahn aufweist, die Abspringen stark vermindert. Aber auch andere haben diese Gelegenheit auf dem Markt gesehen. Wir haben rasch festgestellt, dass wir bald von neueren Produkten überholt werden, wenn wir kein offenes Ohr für unsere Kunden haben und nicht ständig an der Verbesserung des Produkts arbeiten. Mit jeder weiteren Produktverbesserung ist unser Kundenstamm gewachsen und die Kundentreue gestiegen. Eines unserer besten Wachstumsjahre war 2009, als wir mitten in der globalen Finanzkrise Composi-Tight® 3D™ auf den Markt brachten. Tatsächlich hat uns die Konkurrenz geholfen, ein besseres Unternehmen zu werden, indem sie uns daran erinnerte, uns immer auf die Kundenbedürfnisse anstatt auf finanzielle Ziele zu konzentrieren.



Die Teilmatrizensysteme von Garrison wurden mehrfach von THE DENTAL ADVISOR ausgezeichnet.

Unsere Neutralität in der Branche sorgt dafür, dass Composi-Tight® auf der Empfehlungsliste für Kunden von Kompositherstellern bleibt. Als Experten einer so speziellen Produktkategorie können wir uns genau auf Matrizensysteme konzentrieren und uns ständig verbessern. Dies hat uns tolle Beziehungen mit Kompositherstellern wie Kerr, 3M, GC, Ivoclar Vivadent und Heraeus ermöglicht, die Hands-on-Kurse genutzt haben, um ihre restaurativen Produkte zu zeigen. Diese Synergien sind eine wahre Win-win-Situation.

Was bringt die Zukunft für Garrison?

Unser Unternehmen feiert in diesem Jahr seinen 20. Geburtstag, und bisher sieht es großartig für uns aus. Wir sind mit unserem Wachstum in Europa an unseren größten Konkurrenten vorbeigezogen und haben noch viele Ideen für neue Produkte in der Pipeline. Auch wenn wir hier nicht zu viel verraten wollen, können wir sagen, dass wir am Eintritt in andere Produktgruppen arbeiten und so gemäß unserem Leitprinzip seit der Unternehmensgründung weiterhin praktische, innovative Lösungen für häufige Probleme bei Restaurationen anbieten möchten.

Herr Garrison, vielen Dank für das Gespräch. DT

Tabuthema Mundgeruch – Fortbildung Halitosis

Kostenfreies Seminar zum Thema „Halitosis – wie sage ich es meinem Patienten?“ am 10. Juni 2016.

© Noppadolsign/Shutterstock.com

BAD HOMBURG – Obwohl jeder Vierte von Mundgeruch (Halitosis) betroffen ist und dauerhaft schlechter Atem zu großen sozialen Problemen führen kann, wird dieses Tabuthema in der täglichen Praxis oft „stiefmütterlich“ behandelt. Wie der Arbeitskreis Halitosis der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) betont, bedarf es in diesem Bereich dringend besserer Aufklärung und Schulung. Daher bietet MEDA Pharma die Fortbildung als exklusiven Service für Zahnmedizinische Prophylaxeassistentinnen und Dentalhygienikerinnen an. Das kostenfreie, eintägige Seminar „Halitosis – wie sage ich es meinem Patienten?“ ist am 10. Juni in Frankfurt am Main sowie im September im Raum Düsseldorf geplant.

Die Zahnmedizinischen Fachangestellten, denen bei der Halitosis-Ansprache eine zentrale Funktion zukommt, erfahren bei diesem Workshop, wie betroffene Patienten typgerecht, empathisch, sicher und diskret auf eine bestehende Halitosis angesprochen werden können. Vermittelt wird das neue Wissen von den drei Referenten Dr. med. dent. Sebastian Michaelis, Düsseldorf, Gründungsmitglied und im Vorstand des Arbeitskreises Halitosis, Susanne Lauterbach, Zahnmedizinische Fachassistentin und Spezialistin der Dentalhygiene, sowie Doris Stempfle, Expertin für Zahnarzt-Patiententypologien und individuelle Coachingmaßnahmen.

Mundgeruch ist zu circa 90 Prozent intraoralen Ursprungs: in Form von flüchtigen Schwefelverbindungen durch bakterielle Zersetzungsprozesse organischen Materials. Dabei rücken insbesondere Parodontalerkrankungen als Risikofaktor für die Entstehung von Mundgeruch in den Fokus.[1,2] Zur Behandlung von Mundgeruch ist u.a. die Reduktion des zersetzungsfähigen Substrats und der Bakterienzahl durch entsprechende Mundhygienemaßnahmen sowie die Überführung der flüchtigen in nichtflüchtige Verbindungen angezeigt.[3,4,5] Bei der Behandlung von intraoraler Halitosis haben sich Kombinationen aus Zinkacetat und Chlorhexidin als am effektivsten erwiesen. Dabei sollte die Chlorhexidin-Konzentration nicht zu hoch sein, um möglichen Nebenwirkungen wie z.B. Zahn- und Zungenverfärbungen vorzubeugen.[6,7] Die patentierte Mundspülung CB12 enthält Zinkacetat (0,3 %) und niedrig dosiertes Chlorhexidin (0,025 %) und verringert effektiv und lang anhaltend die Konzentration an VSCs (flüchtigen Schwefelverbindungen) im Mundraum, die häufigste Ursache intraoraler Halitosis. Dies bestätigen die aktuellen Daten einer doppelblinden, randomisierten, kontrollierten, 2-phasigen, 3-fach-replizierten Cross-over-Studie.[8] Die Mundspülung ist als apothekenexklusives Präparat erhältlich.

© Noppadolsign/Shutterstock.com

Literatur

An der Fortbildung interessierte ZMP/DH können sich per E-Mail unter *medaotc@medapharma.de*, Stichwort „ZMP/DH-Fortbildung“, anmelden. DT

Facebook-Gewinnspiel

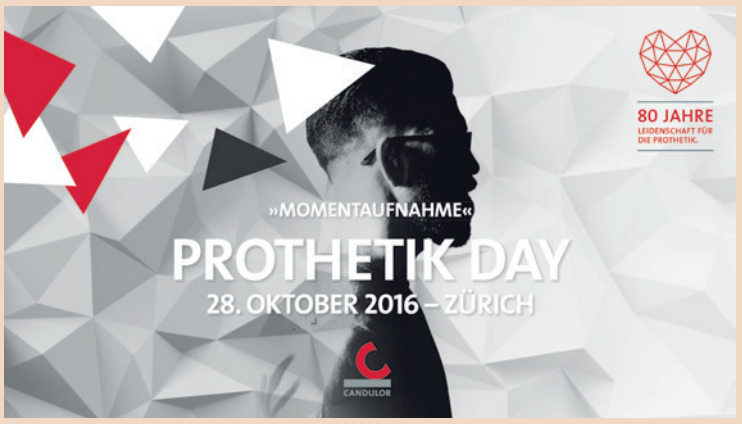
Unter der E-Mail-Adresse *medaotc@medapharma.de* können sich alle Zahnmedizinischen Fachangestellten auch für das Facebook-Gewinnspiel „Wie schmeckt der perfekte Kuss?“, das exklusiv für ZFA, ZMP und DH angeboten wird, vormerken lassen. Der Hauptpreis ist ein Wellnesswochenende für Zwei.

MEDA Pharma GmbH & Co. KG
Tel.: +49 6172 88801
www.medapharma.de

Prothetik Day 2016 in Zürich

Entdecken Sie persönliche Momentaufnahmen mit CANDULOR.

GLATTPARK – „Als Momentaufnahme bezeichnet man allgemein das Festhalten einer kurzen Zeitspanne, eines Augenblicks oder eines besonderen Moments.“ Entdecken Sie persönliche Momentaufnahmen mit CANDULOR. Aus der Vergangenheit, in der Gegenwart oder sogar für die Zukunft. Der Prothetik Day in Zürich am 28. Oktober öffnet dafür die Möglichkeit.



Erstklassige Referenten

Dabei sind renommierte Professoren und Fachleute, die zum Austausch bitten. Zu Beginn wird ZTM Jürg Stuck einige persönliche Erinnerungen mit uns teilen. Nachfolgend widmet sich Prof. Dr. Martin Schimmel, MAS Oral Biol, Universität Bern, dem Patienten der Zukunft. Prof. inv. Dr. Jürgen Wahlmann setzt sich mit der Thematik „Smile Design – Nur bei Veneers?“ auseinander. Er zeigt auf, dass es auch in der herausnehmbaren Prothetik fantastische ästhetische Möglichkeiten gibt. Danach beschreibt ZTM Jan Langner anhand einer Freiendsituation wie man Zähne, Kieferkamm und Implantate in der kombinierten Prothetik erhalten kann. ZTM Damiano Frigerio beschäftigt sich mit Implantatversorgungen. Kann der heutige Patientenkreis mit erschwinglichen und ästhetisch anspruchsvollen Implantatarbeiten versorgt werden? Über das Prinzip eines genialen und unverzichtbaren Lösungsansatzes der autonomen Kaustabilität spricht anschließend Martin J. Hauck.

Univ.-Prof. Dr. Beuer MME, Charité Berlin, gibt einen Überblick über verfügbare digitale Systeme, vergleicht diese mit konventionellen Workflows, arbeitet Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede heraus und hinterfragt diese kritisch.

Im Bonus-Vortrag geht es um Momentaufnahmen des Fotografen und Buchautors Robert Bösch zum Thema Extremfotografie.

Als Moderator führt Dr. Felix Blankenstein das Auditorium und die Referenten durch den Tagesverlauf. Tagsüber können wahre Schätze aus der Vergangenheit betrachtet werden: alte ledergebundene Zahnformkarten, Zahnlinien mit Charakter, Farbschlüssel und viele spannende Einzelheiten. Am Abend wird im AURA 80 Jahre Leidenschaft für die Prothetik gefeiert.

Seien Sie dabei und melden Sie sich online über unsere Webseite *candulor.com/prothetik-day* an! DT

Quelle: CANDULOR AG

Die nächste Stufe der industriellen Revolution hat begonnen …

Die „Additive Manufacturing Europe 2016“ findet vom 28. bis 30. Juni in Amsterdam statt.

Der Frühbucherrabatt gilt noch bis zum 10. Juni 2016

LONDON – Der 3-D-Druck bzw. die additive Fertigung bringen eine Reihe an Vorteilen mit sich, die traditionelle Herstellungsverfahren nicht aufbieten können. Basierend auf einem digitalen Modell entwirft die ausgefeilte Technologie einen hochkomplexen, dreidimensionalen Festkörper, der in keiner anderen Weise so konzipiert und hergestellt werden kann.

Die vom 28. bis 30. Juni in Amsterdam stattfindende „Additive Manufacturing Europe 2016“ ist eine paneuropäische Veranstaltung für additive Fertigungstechniken/3-D-Druck und stellt dabei die neuesten Technologien vor, von kompletten additiven/3-D-Fertigungs-und Drucksystemen und Softwareprogrammen über Scanner und bildgebende Geräte bis hin zu Finishing-Optionen und vielfältigen Materialneuheiten.

Entdecken Sie die neusten Technologien weltweit führender Anbieter und lassen sich von innovativen Design- und Prototypanfertigungen bis hin zur Herstellung (bezogen auf die Bereiche Gesundheitswesen, Luftfahrt und automobile Anwendungen) überraschen.

Zu den Ausstellern zählen u.a. BigRep, EnvisionTEC, Formlabs, Höganäs, SLM, Smit Röntgen (Philips), Ultimaker, Trumpf und UL.

Von 3-D-Druck zur Erstellung von Prototypen bis zur additiven Herstellung

Zudem begleitet die Ausstellung ein umfangreiches Konferenzprogramm, das die neuesten Trends und Technologien thematisiert und praktische Fallberichte zur Anwendung additiver Fertigungs- und Drucktechniken in den Sektoren Gesundheitswesen, Luftfahrt und Automobilindustrie darbietet. Während der dreitägigen Ausstellung wird darüber hinaus UL eintägige Workshops präsentieren. Zusätzlich dazu bietet ein Podium Herstellern die Möglichkeit, anhand von Fallstudien ihre Produkte und Technologien genauer vorzustellen und auf Fragen des Fachpublikums einzugehen.

Weitere Informationen und Preisangaben zu Teilnahmetickets an Ausstellung und Konferenz sowie zur Registrierung finden Sie unter *www.amshow-europe.com*. DT

Quelle: Tarsus Group Ltd.

ADDITIVE MANUFACTURING EUROPE 2016
28-30 JUNE • AMSTERDAM
WWW.AMSHOW-EUROPE.COM