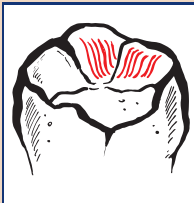


DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · German Edition 

No. 12/2016 · 13. Jahrgang · Leipzig, 5. Dezember 2016 · PVSt. 64494 · Einzelpreis: 3,00 €



Einschleifen und Ansetzen

Bei Okklusionsfehlern lassen sich Wurzelbehandlungen oder Extraktionen oftmals durch die Methode des Einschleifens und Ansetzens vermeiden. Von Dr. Walter Weilenmann. [▶ Seite 4f](#)



Die Glidewell-Story

Die Firma Glidewell hat sich seit 1970 zu einem der führenden Zahntechnikproduzenten entwickelt. Im Mittelpunkt stand von Anfang an die Kundenorientierung. [▶ Seite 8](#)



Prothetik Day

In Zürich beging CANDULOR Ende Oktober sein 80-jähriges Firmenjubiläum. Hierfür wurde die Prothetik Night zum Prothetik Day mit zahlreichen Höhepunkten erklärt. [▶ Seite 10](#)

ANZEIGE

Perfekt füllen
Nano-Hybrid-Zahnfüllungsmaterial

R-dental Dentalerzeugnisse GmbH
Infos, Katalog Tel. 0 40 - 30 70 70 73-0
Fax 0 800 - 733 68 25 gebührenfrei
E-mail: info@r-dental.com
www.r-dental.com

Elektronische Gesundheitskarte geht online

Der Testbetrieb der Telematikinfrastuktur für den eHealth-Ausbau startete Mitte November.

BERLIN – Die Einführung von Anwendungen auf Basis der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) machte Mitte November mit Beginn der Pilotphase für das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) einen entscheidenden Schritt nach vorne. Unter der Leitung von Strategy&, der Strategieberatung von PwC, nahm das Konsortium, bestehend aus den eHealth-Unternehmen Compu-Group Medical Deutschland AG und KoCo Connector AG, am 14. November 2016 die dafür nötige Telematikinfrastuktur offiziell in Betrieb, am 18. November 2016 folgte der erste Rollout: Zunächst werden 23 niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und ein Krankenhaus in Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein die neuen Anwendungen zur automatischen Online-Aktualisierung der Versichertenstammdaten auf ihre Praxistauglichkeit testen. Im ersten

Gesundheitskarte
G 1

gematik
Muster mit Testdaten

Sebastian Peters
gematik
123456789
Versicherung

A123456781-1
Versichertennummer

Schritt ermöglicht der Testbetrieb den automatischen Datenabgleich über die Gesundheitskarte. Leistungserbringer können damit beispielsweise online bei der Krankenkasse prüfen, ob die Gesundheitskarte des Patienten gültig ist, und Änderungen bei den Kontaktdaten

des Karteninhabers werden automatisch aktualisiert. Auf Basis dieser Infrastruktur sollen zukünftig auch Arztbriefe, Patientenakten und Informationen zur Arzneimittelsicherheit elektronisch übermittelt werden. Strategy& hat im Rahmen des Auftrags der Gesellschaft

für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) das Projekt-, Stakeholder- und Vertragsmanagement zur Vernetzung der Leistungserbringer übernommen.

Nach erfolgreichem Test sollen im nächsten Schritt rund 500 Praxen digital vernetzt werden, bevor dann der bundesweite Betrieb startet. Damit ist ein wichtiger Schritt für die Weiterentwicklung der eHealth-Strategie getan, deren Primärziel die Erhöhung der Versorgungsqualität durch den sinnvollen Einsatz von eHealth ist. Gleichzeitig besteht weiterer Handlungsbedarf, um die Potenziale der Digitalisierung in vollem Umfang für das Gesundheitswesen nutzen zu können. Die Studie „Weiterentwicklung der eHealth-Strategie“, ebenso erarbeitet durch Strategy& unter wissenschaftlicher Begleitung von

[Fortsetzung auf Seite 2 →](#)

Einigung erzielt

Preisverhandlungen für zahntechnische Leistungen.

BERLIN – Auf dem Verhandlungswege haben sich der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI) und der GKV-Spitzenverband auf eine Erhöhung der bundeseinheitlichen durchschnittlichen zahntechnischen Preise bei Zahnersatz und Zahnkronen im kommenden Jahr um 2,5 Prozent geeinigt.



ZTM Dominik Kruchen, Vizepräsident des VDZI.

Zur Einigung sagt ZTM Dominik Kruchen, Vizepräsident des VDZI: „Die Inhaber der zahntechnischen Meisterbetriebe begrüßen diese Lösung im Rahmen der Verhandlungen ausdrücklich, nachdem im letzten Jahr nach dem Scheitern das Bundesschiedsamt bemüht werden musste. Der gesetzlich vorgegebene maximale Verhandlungsrahmen wurde ausgeschöpft. Vor diesem Hintergrund ist das Ergebnis eine gute Grundlage und Orientierung für

[Fortsetzung auf Seite 3 →](#)

Weniger PAR-Erkrankungen, aber ...


Behandlungsbedarf bei Parodontitis wird deutlich ansteigen.

BONN/KREMS (jp) – Deutschland erreicht beim Rückgang von Karies, Parodontitis und völliger Zahnlosigkeit im internationalen Vergleich Spitzenpositionen. Schwere Parodontalerkrankungen haben sich bei jüngeren Erwachsenen und jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) halbiert. Besondere Risikofaktoren: Rauchen, mangelnde Zahnzwischenraumreinigung und ein lediglich beschwerdeorientiertes Inanspruchnahmeverhalten ohne präventive Ausrichtung.

Dennoch, so heißt es in der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) im Auftrag von BZÄK und KZBV, ist zu erwarten, dass der Behandlungsbedarf bei Parodontitis aber aufgrund der Demografie deutlich ansteigen wird. Positiv zu sehen ist, dass die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung davon überzeugt ist, sehr viel oder viel für die Gesunderhaltung der eigenen Zähne tun zu können.

Umso wichtiger ist, so Dr. Wolfgang Eßer, Vorstandsvorsitzender der KZBV auf der Vertreterversammlung zum Deutschen Zahnärztekongress in Berlin, dass eine Neu-

ausrichtung der Parodontitisbehandlung in der vertragszahnärztlichen Versorgung erfolgt. Der Leistungskatalog sei völlig veraltet und entspreche in vielen Bereichen nicht mehr den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Vor allen Dingen müssten endlich notwendige parodontitispräventive Maßnahmen im BEMA abgebildet werden. Die sprechende Zahnheilkunde und eine strukturierte Nachsorge fehlen heute vollständig. Dr. Eßer: „Daneben müssen wirksame Aufklärungs- und Anreizprogramme für die Bevölkerung aufgesetzt werden, wenn man die Prävalenz der Parodontitis nachhaltig reduzieren will. Nach wie vor wird die Erkrankung in der Bevölkerung bagatellisiert, und die Zusammenhänge mit schwerwiegenden Allgemeinerkrankungen wie Diabetes Typ II, koronare Herzerkrankungen oder Atemwegserkrankungen sind bei den Patienten und Versicherten noch fast völlig unbekannt.“

Dr. Eßer fordert im BEMA kooperative Versorgungsmodelle mit Ärzten und einen deutlichen Anstieg der GKV-Ausgaben für die Parodontologie. 

ANZEIGE

Wasserhygiene?



Wem vertrauen Sie bei Ihrer Wasserhygiene?

Ihrem Glück? Dem Trinkwasserversorger? Ihrer Dentaleinheit? Dem Depot? Ihrem Techniker? Den Lockangeboten? Ihrer Finanzplanung? Der Chemie? Ihrem Anwalt?

SAFEWATER von BLUE SAFETY schützt und wirkt.


BLUE SAFETY
Die Wasserexperten

Jetzt Ihre Praxis / Klinik absichern Fon 00800 88 55 22 88
Erfahrungsberichte auf www.bluesafety.com

Biozidprodukte vorsichtig verwenden. Vor Gebrauch stets Etikett und Produktinformationen lesen.



Unwort Kommerzialisierung

Jürgen Pischel spricht Klartext



Mit großer Häme führen in letzter Zeit immer mehr Wissenschaftler das Wort von der Kommerzialisierung der Zahnheilkunde als Vorwurf an die Zahnärzteschaft im Mund. Meist ausgestattet mit der sicheren Grundlage eines Professorengrades, lukrativ bedient durch Fortbildungsverpflichtungen für die Dentalindustrie als Promotor angeblich neuer Verfahren, die dem Zahnarzt helfen sollen, bessere Zahnmedizin erbringen zu können, wenn er nur kräftig in die Tasche greift und kauft, ergießen sie sich in Abzocker-Anklagen der praktizierenden Kollegenschaft.

Den medizinischen Fortschritt in die Praxis zu integrieren, werden gleichzeitig Tag für Tag die Zahnärzte beschworen, denn der Patient habe ein Recht auf das Beste.

Gänzlich übersehen wird, dass der Zahnarzt mit seiner Praxis freier selbstverantwortlicher Unternehmer ist, was er ausübt, muss er auch verdienen. Das kann er nur, dafür gibt es Tausende Beispiele und Argumente aus Industrie und Dentalhandel, wenn er sich angeblich wissenschaftlich fundierter und gesicherter Verfahren bedient und diese individuell einsetzt und patientenorientiert an den Mann bringt.

Was flattern einem nicht täglich an Dutzenden Heilsbringerbotschaften auf den Tisch, was nicht alles an Gutem gewonnen werden kann – für Patienten und den Praxiserfolg gleichermaßen – z. B. aus den „Vorteilen digitaler Systeme“

oder aus „Zusatzinfos, die man aus mikrobiologischen Tests“ für Behandlungserweiterungen erfährt, oder was mit neuen Werkstoffen nicht endlich täglich optimal versorgt werden kann.

Natürlich muss die Praxis „modernst“ ausgestattet sein, das Zauberwort ist die Wohlfühlpraxis, die den Patienten umhegt und spendabel stimmt, Kommunikation und Beratung werden immer wichtiger; je mehr Zeit und Aufwand man dafür einsetzt, umso mehr lohnt es sich. Das ließe sich seitenweise fortsetzen.

Sicher, der Zahnarzt ist nicht wie sein ärztlicher Kollege ein Medikamente verschreibender Handlanger der Pharmaindustrie – so die öffentlichen Vorhaltungen –, aber auch er wird zunehmend zum verlängerten Arm der Dentalindustrie zu degradieren gesucht. So muss er sich auch noch gefallen lassen, wenn er den Fortschritt und bessere Zahnmedizin anzubieten sucht, sich dem Vorwurf der Kommerzialisierung der Zahnmedizin aussetzen.

Aber Kritik beiseite.

Was Zahnärzte alles an Gutem bei ihren Patienten aus dem Zusammenwirken von Wissenschaft und Praxis leisten können, ist fantastisch! Die Erfolge der Zahnmedizin sind phänomenal, das muss auch seinen Preis haben. So ist es nun mal im Leben. Fortschritt kostet etwas,

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



Neuer Geschäftsführer bei Straumann

Holger Haderer übernimmt zum 1. Januar 2017 die Geschäfte in Deutschland.

FREIBURG IM BREISGAU – Im Zuge organisatorischer Veränderungen der Straumann Gruppe in Europa wird Holger Haderer neuer Geschäftsführer von Straumann Deutschland. Der 47-Jährige übernimmt damit die Nachfolge von René Garo.

Zusammen mit Michael Salge steuert er die größte Straumann-Tochtergesellschaft Europas. Im Rahmen seiner Geschäftsführertätigkeit wird Holger Haderer auch den Vertrieb verantworten.

René Garo bleibt der Gruppe treu und wird sich in der Konzernzentrale auf den Auf- und Ausbau der wichtigen Märkte in der Wachstumsregion EMEA konzentrieren.

Nach 14 Jahren in der Orthopädiebranche startete Holger Haderer bereits 2006 bei Straumann Deutschland als Leiter Marketing & Education und Mitglied der Geschäftsleitung. 2009 wechselte er ins Stammhaus nach Basel. Zunächst agierte Holger Haderer als Director Marketing in der Region Western Europe.



Holger Haderer übernimmt zum 1. Januar 2017 die Geschäftsführung von Straumann Deutschland.

2013 übernahm er als Senior Vice President zusätzlich die Verantwortung für den Bereich Sales. Im Oktober wurde Holger Haderer vom Unternehmen als Corporate Manager of the Year 2016 ausgezeichnet.

„Ich freue mich sehr auf die neue Aufgabe und die Zusammenarbeit mit meinem neuen Team in Deutsch-

land. Der Fokus wird ganz klar auf Kundenzufriedenheit liegen: wir werden weiterhin Mediziner und Zahntechniker für Straumann begeistern. Aus meiner Sicht bietet unser Produktportfolio dafür die besten Voraussetzungen: Von der Chirurgie über die Prothetik bis hin zu Biomaterialien bieten wir wissenschaftlich dokumentierte und innovative Lösungen aus einer Hand. Die Ein-

bettung unserer Produkte in effiziente digitale Arbeitsprozesse ist in den letzten Jahren exzellent gelungen. Ich kenne unsere Teams im Innen- und Außendienst bereits bestens und weiß, dass ich auf höchste Professionalität bauen darf.“

Quelle: Straumann

Asien verdrängt Europa im Gesundheitsmarkt

Technologische Innovation beschert der globalen Gesundheitsindustrie Wachstumschancen.

FRANKFURT AM MAIN – Im Verlauf der nächsten neun Jahre wird die globale Gesundheitsindustrie voraussichtlich bei einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von 5,6 Prozent liegen und bis 2025 einen Umsatz von 2,69 Billionen US-Dollar generieren. Die Regionen und Branchen, die diesen Umsatz erwirtschaften, werden sich jedoch grundlegend verändern.

Derzeit noch der zweitgrößte Gesundheitsmarkt der Welt, wird Europa bis 2025 von Asien verdrängt. Bis 2028 wird Nordamerika voraussichtlich der größte Gesundheitsmarkt bleiben, bevor dann auch diese Region von Asien abgelöst wird. Die Gesundheitsausgaben (in Prozent des BIP) in Asien werden höher als die in Nordamerika und Europa sein und damit das Wachstum dort fördern. Die wachsende alternde Bevölkerung auf der

ganzen Welt wird für die bestehenden Gesundheitssysteme eine finanzielle Herausforderung darstellen und ein verbessertes Outcome



in der Gesundheit erforderlich machen. Dadurch wird es eine Verlagerung hin zu einer wertorientierten Pflege geben und nationale Ge-

sundheitspolitik umfassend verändern. Das Aufkommen eines Konsumdenkens wird zu einem patientenzentrierten Gesundheitswesen führen. Technologische Fortschritte wie das Brain-Computer Interface, digitale Avatare, tragbare Geräte und Präzisionsmedizin werden zu den führenden Technologien zählen. Der am schnellsten wachsende Sektor in der Gesundheit ist der IT-Bereich mit einer rasanten Rate von 16,1 Prozent bis 2025.

Die aktuelle Studie „Vision 2025 – Future of Healthcare“ ist Teil des Frost & Sullivan Growth Partnership Services Programms Advanced Medical Technologies und hat ermittelt, wie sich das Gesundheitswesen voraussichtlich entwickeln wird.

Quelle: Frost & Sullivan

← Fortsetzung von Seite 1 „Elektronische Gesundheitskarte geht online“

Professor Dr. Wolfgang Greiner, Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, wurde erst vor Kurzem durch Bundesminister Hermann Gröhe der Öffentlichkeit vorgestellt und entwirft ein Maßnahmenprogramm, um auf die zunehmende Digitalisierung des Gesundheitswesens wirkungsvoll und zukunftssicher reagieren zu können.

„Der Aufbau der Telematikinfrastruktur für die elektronische Gesundheitskarte ist eines der größten Digitalisierungsprojekte in Europa, nicht zuletzt wegen der höchsten Sicherheitsstandards, die hier umgesetzt werden. Weltweit

existieren im Gesundheitswesen noch keine vergleichbaren Strukturen, um die Sicherheit der Patientendaten in diesem Maße zu gewährleisten“, so Dr. Rainer Bernnat, Managing Director und IT-Experte bei Strategy&.

„Es müssen auch die rechtlichen Bedingungen in Sachen Datenschutz, IT-Sicherheit, aber auch Haftungsfragen neu aufgerollt und die Endanwender in Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse eingebunden werden, wie wir kürzlich in der eHealth-Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit zu diesem Thema dargelegt haben. Nur wenn die technischen Voraussetzungen mit den rechtlichen, akteurspezifischen und regulatorischen Maßnahmen Hand in Hand gehen, können eHealth-

und Big Data-Anwendungen für alle Beteiligten gewinnbringend eingeführt werden“, so Dr. Bernnat weiter.

Dr. Nicolai Bieber, Director bei PwC und verantwortlicher Gesamtprojektleiter des Konsortiums, fügt hinzu: „Nachdem Bundesminister Hermann Gröhe das Thema zur Chefsache erklärte und persönlich die Moderation der Beteiligten übernommen hatte, nahm das Projekt spürbar an Fahrt auf. Am Ende hat sich das Team aus Strategieberatung, etabliertem Software-Haus und Start-up als wesentlicher Erfolgsfaktor für die Umsetzung des Projekts bewiesen.“

Quelle: PwC Strategy&

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
Stefan Thieme
s.thieme@oemus-media.de

Produktionsleitung
Gernot Meyer
meyer@oemus-media.de

Anzeigenposition
Lysann Reichardt
lreichardt@oemus-media.de

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

Lektorat
Hans Motschmann
Marion Herner

Mitglied der Informations-
gemeinschaft 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 Vervielfältigung, Übersetzung, Mikroverfilmung 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. Kennzeichnete 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.

S2k-Leitlinie zur Kariesprophylaxe vorgelegt

DGZ und DGZMK einigen sich auf sieben Kernempfehlungen.

FRANKFURT AM MAIN – Karies ist in Deutschland Volkskrankheit Nummer eins: Fast jeder Erwachsene und immer noch viele Jugendliche sind betroffen. Die Behandlung der Schäden und Folgeschäden verschlingt einen Großteil der insgesamt 11,5 Milliarden Euro, die gesetzliche Krankenkassen jährlich für zahnmedizinische Leistungen ausgeben. Dabei wäre Karies durch konsequente Prävention vermeidbar. Doch welche Maßnahmen halten das Gebiss dauerhaft gesund? Was ist wissenschaftlich wirklich abgesichert?

Umfassende Antworten auf diese Fragen gibt nun die erste deutsche Leitlinie (S2k) zur „Kariesprophylaxe bei bleibenden Zähnen“. Sie entstand unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK). Insgesamt waren

14 Fachgesellschaften beteiligt. Die Experten einigten sich nach sorgfältiger Sichtung und Auswertung der internationalen Forschungsergebnisse auf sieben Kernempfehlungen. Drei setzt der Patient selbst jeden Tag um, vier können in Abstimmung mit dem Zahnarzt erfolgen.

Erstens gehört zur Kariesprophylaxe zweimal tägliches Zähneputzen mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta. Die tägliche Anwendung einer Zahnpasta mit 1.000–1.500 ppm Fluorid gilt als effektivste Methode zur Vorbeugung von Karies. Daneben soll grundsätzlich fluoridhaltiges Speisesalz im Haushalt verwendet werden. Das zweimal tägliche Zähneputzen hat auch das Ziel, eine möglichst vollständige Entfernung des bakteriellen Biofilms zu erzielen. Je nach Vorliebe sind Hand- oder elektrische Zahnbürsten gleichermaßen geeignet. Mindestens zwei Minuten sollte die Regel sein. Lassen sich Biofilm und

Speisereste mit der Zahnbürste allein nicht ausreichend entfernen, sind Zahnseide oder Interdentalbürstchen zusätzlich gefragt. Allerdings gibt es keinen Beweis aus klinischen Studien, dass die alleinige regelmäßige Anwendung von Zahnseide Karies vorbeugt.

Zweitens gilt es, Menge und Häufigkeit zuckerhaltiger Mahlzeiten und Getränke möglichst gering zu halten. Drittens ist das Kauen von zuckerfreiem Kaugummi nach den Mahlzeiten empfehlenswert. Durch das Kauen wird der Speichelfluss angeregt und dadurch schädliche Säuren schneller neutralisiert. Regelmäßige Speichelstimulation nach dem Essen oder Trinken kann so das Kariesrisiko reduzieren.

In Abstimmung mit dem Zahnarzt

Insbesondere für Patienten mit erhöhtem Kariesrisiko ist die Teilnahme an strukturierten Pro-

phylaxeprogrammen wichtig. Durch Kombination verschiedener Maßnahmen, die meist ein Paket an Instruktionen, Informationen und zusätzlichen Fluoridierungsmöglichkeiten umfassen, kann der Kariesentstehung maßgeblich vorgebeugt werden. So profitieren vor allem Patienten mit aktiver Wurzelkaries von Zahnpasten mit erhöhter Fluoridkonzentration. Auch fluoridhaltige Lacke, Gele oder Spüllösungen können geeignet sein. Für den Extraschutz von durchbrechenden bleibenden Zähnen oder im Bereich freiliegender Wurzeloberflächen ist die professionelle Anwendung von Chlorhexidin-Lacken (mit mindestens 1%iger Konzentration) empfehlenswert. Zudem sollten Kinder und Jugendliche kariesgefährdete Fissuren und Grübchen von durchgebrochenen Molaren versiegeln lassen. Im Einzelfall kann dies auch bei Prämolaren oder

Frontzähnen von Erwachsenen sinnvoll sein.

„Jetzt liegt erstmals eine von allen zuständigen Fachgesellschaften getragene medizinische Leitlinie vor, an der Zahnärzte und Patienten zukünftig ihre kariesprophylaktischen Maßnahmen orientieren sollten. Auch Erzieher, Lehrer und Eltern sollten sie beherzigen und weitergeben“, betont Prof. Dr. Matthias Hannig, Präsident der federführenden Gesellschaft DGZ. Die Leitlinie ist in voller Länge auf dem Portal der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hinterlegt. Eine allgemeinverständliche Patienteninformation erscheint in Kürze.

Quelle: DGZMK



Bisphosphonate & Co.

Neue S3-Leitlinie zur antiresorptiven Therapie.

DÜSSELDORF – Die neue S3-Leitlinie: „Zahnimplantate bei medikamentöser Behandlung mit Knochenantiresorptiva“ liegt vor.

Erstmals ist nach den Regularien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) eine S3-Leitlinie zur kaufunktionellen Rehabilitation bei Zahnunterzahl bzw. Zahnverlust bei Patienten unter Antiresorptivtherapie (Bisphosphonate, Denosumab) entwickelt worden. Federführend durch die DGI und die DGZMK wurde in Zu-

sammenarbeit mit 14 weiteren beteiligten Fachgesellschaften und Institutionen eine breit konsentrierte, evidenzbasierte Entscheidungshilfe zur Indikation von Zahnimplantaten bei Patienten mit medikamentöser Behandlung durch Knochenantiresorptiva (inkl. Bisphosphonate) vorgelegt. Die Leitlinie, den Methodenreport und die zugehörige Anlage finden Sie auf der Website der DGZMK. [DT](#)

Quelle: DGZMK



← Fortsetzung von Seite 1 „Einigung erzielt“

die nun anstehenden Verhandlungen in den Ländern. Es ist zudem auch für die Sicherung der Leistungsfähigkeit des Zahntechniker-Handwerks notwendig und damit auch für Zahnärzte, die mit

ses personalintensiven Handwerks Rechnung zu tragen. So hat maßgeblich die Einführung des Mindestlohns im Jahr 2015 in den zahntechnischen Laboratorien in den neuen Bundesländern den durchschnittlichen Personalaufwand im Labor um mehr als sechs Prozent, in den alten Bundesländern um rund vier Prozent erhöht. Der Abstand der Zahntechnikerlöhne zum allgemeinen Handwerksdurchschnitt beträgt dennoch weiter rund 25 Prozent.

Angesichts des zunehmenden Wettbewerbs um qualifizierte Fachkräfte in der Gesamtwirtschaft bedarf es daher angemessener Preise für Zahntechnik, um konkurrenzfähige Löhne für qualifizierte Fachkräfte zahlen zu können.

Das Verhandlungsergebnis ist gleichzeitig eine wesentliche Berechnungsgrundlage für die Anpassung der Festzuschüsse der gesetzlichen Krankenkassen für Zahnersatz, die in den nächsten Wochen bis zum 1. Januar 2017 erfolgen wird. [DT](#)

Quelle: VDZI



qualitativ hochwertigem Zahnersatz aus dem zahntechnischen Meisterlabor eine besonders hoch qualifizierte Versorgung ihrer Patienten ermöglichen.“

Appell an GKVen

Der VDZI appelliert an die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen, in den anstehenden Länderverhandlungen den wirtschaftlichen Besonderheiten die-

ANZEIGE

**WIR FÜR DICH
NEXT TO YOU**

DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR ORALE IMPLANTOLOGIE

05.-09. April 2017

UPDATE IMPLANTOLOGIE

12. Internationales Wintersymposium

Robinson Club Alpenrose, Zürs am Arlberg

Der Berg ruft: Bereits zum 12. Mal laden wir zum traditionellen Wintersymposium nach Zürs am Arlberg ein. Praxisrelevante Themen und Workshops sowie das legendäre DGOI-Feeling runden Ihren Aufenthalt ab – seien Sie mit dabei!

MITTWOCH, 05. APRIL 2017
8:30 - 13:00 Uhr **Zusätzlicher Kurs:** Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz für Zahnärzte/innen in Zusammenarbeit mit der Haranni Academie
16:00 Uhr **Eröffnung DGOI Wintersymposium**
– Industrieworkshops –

DONNERSTAG, 06. APRIL 2017
Themenschwerpunkt: 3D-Kammaufbau / Navigierte Implantation

FREITAG, 07. APRIL 2017
Special Lecture Kommunikation im Team – Wie Chefin und Chef von den Mitarbeitern erfolgreich unterstützt werden, um das Praxiskonzept zu realisieren. [Referent Hans-Uwe L. Köhler]
– Industrieworkshops –
DGOI-Hüttenabend

SAMSTAG, 08. APRIL 2017
Themenschwerpunkt: Augmentation mit autologem Knochen / Kurze Implantate
Special Lecture Inspiration, Herausforderung und Gnade Berg – mein Weg zum Dach der Welt. [Referent: Dr. Dr. G. Hundeshagen]

Weitere Informationen und Anmeldeformulare finden Sie auf der DGOI-Homepage www.dgoi.info/veranstaltungskalender/

JETZT ANMELDEN!

Einschleifen und Ansetzen

Eine Methode zur Vermeidung von Wurzelbehandlungen und Extraktionen. Von Dr. Walter Weilenmann, Wetzikon, Schweiz.

In zahnärztlich gut versorgten Regionen führen Okklusionsfehler häufiger zu Zahnschmerzen als Karies. Schuld sind zu breite Kontaktflächen, fehlende Kontakte, Vorkontakte und interzeptive Nahkontakte. Die Hauptsymptome sind Kaltempfindlichkeit, Blitzschmerzen und dumpfe Schmerzen beim Essen, Frakturen und Food Impaction. Der Artikel zeigt, wie man einschleift, Höcker reduziert, Abflussrillen anbringt und Komposit ansetzt. Der Patient hat sofort nach der Korrektur ein besseres Kau-

doppelt so viele Notfälle wie Karies (Abb. 1), und 70 Prozent der Patienten haben mindestens einmal im Leben okklusionsbedingte Schmerzen (Abb. 2).

Okklusionsfehler sind Fehlbelastungen. Sie können jahrelang klein und schmerzfrei bleiben, jedoch durch die hohe Zahl der Kauzyklen Ermüdungsrisse verursachen. Sie können aber auch enorm groß werden und extrem schmerzen. Solche Zähne werden oft nicht eingeschliffen, sondern wurzelbehandelt (Abb. 3) oder extrahiert

nicht praktikierbar. Dagegen ist Einschleifen und Ansetzen sehr wirksam, zweckmäßig und wirtschaftlich.

Die einfachsten Okklusionsfehler findet man auf einen Blick und ohne Farbband. Dazu gehören der hohe Randwulst des hintersten Molaren (Abb. 4), die flache Okklusion abgenutzter Zähne (Abb. 5) und die langen, steilen Höcker respektive tiefe Zentrik bei abgenutzten Füllungen (Abb. 6).

Etwas anspruchsvoller (aber empfehlenswert) ist prophylakti-

sind die gute Befragung bei der Anamnese und die Untersuchung mit Farbband, da Röntgenbilder keinen Befund zeigen. Interzeptive Nahkontakte sind nicht anfärbbar, sondern an den Folgen erkennbar.

Material und Methode

Material

- COLTENE, Deutschland: Artikulationsband Ref. Nr. 480922, geschnitten, 100 Streifen.
- BUSCH GmbH, eiförmiger Diamantschleifer, 379 / FG / mittel / 023.

molar gegenüber einem Implantat).

Die drei Leitsymptome sind am besten mit geschlossenen Fragen zu ermitteln wie „Spüren Sie manchmal einen Blitzschmerz beim Kauen?“:

- Der Blitzschmerz entsteht, wenn das Parodont eines einzelnen Zahnes gequetscht wird. Er klingt nach einigen Minuten ab und kann durch Schonen vermieden werden.
- Der dumpfe Schmerz während oder nach dem Essen entsteht, wenn eine Zahngruppe überlastet

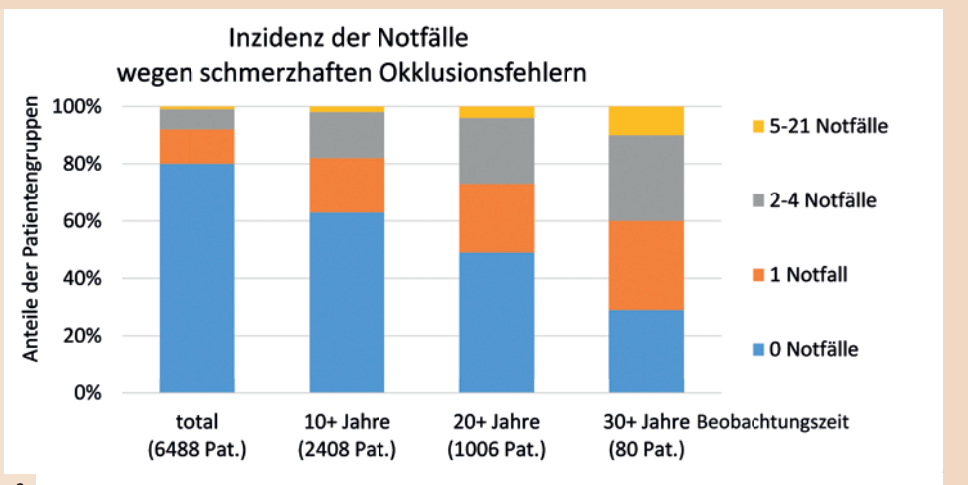
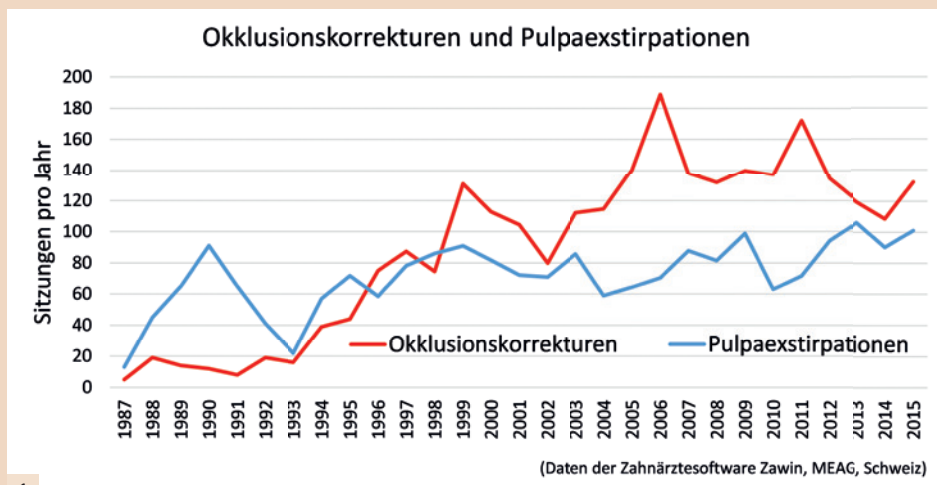


Abb. 1: Die Kurve der Okklusionskorrekturen bei Schmerzpatienten ist zugleich die Lernkurve des Autors. Anfangs diagnostizierte er nur selten einen Okklusionsfehler, heute fast täglich. – Abb. 2: Unter den 6.488 Patienten, die der Autor bis 2015 in seiner Praxis behandelte, beträgt die Inzidenz der Okklusionsstörungen 20 Prozent. Bei den Patienten, die schon 30 und mehr Jahre die Praxis besuchen, beträgt sie 70 Prozent. Davon haben 10 Prozent rezidivierende Kauschmerzen (Bruxer mit tiefem Deckbiss, Kopfbiss, Lückengebiss, Parodontitis und Zungenpressen usw.).

gefühl, zwei Wochen später nimmt die Kaltempfindlichkeit ab und etwa nach sechs Wochen ist sie verschwunden und offene Zahnzwischenräume sind wieder geschlossen.

Einleitung

Okklusionsfehler findet man gewöhnlich bei stark abgenutzten Zähnen und Füllungen, bei langen Höckern und lange getragenen Porzellankronen. Ihre Zahl nimmt mit dem Rückgang der Karies und mit den vermehrten behandlungsfreien Jahren zu. Sie verursachen in der Praxis des Autors seit zehn Jahren

(wenn gelockert oder frakturiert). Dies betrifft vor allem Zähne mit steilen, langen Höckern. Beträgt der Winkel zwischen ihnen (Höckerwinkel) weniger als 90 Grad, ist die Spaltkraft bei zähem Kaugut höher als die Beißkraft (Abb. 6).

Die Schmerzen haben nicht nur anatomische, sondern auch topologische und psychologische Ursachen. Das heißt, neben den Kontakten, Abflussrillen und Höckerwinkeln sind auch interzeptive Nahkontakte, die Kiefergelenke und Zeichen des Bruxismus zu beachten. Ein Registrat mit Analyse und Einschleifplan ist im Notfall aber

sches Einschleifen und Ansetzen bei neuen Füllungen. Dazu färbt man vorgängig die alte Füllung an. Bei einer tiefen Zentrik wird der antagonistische Höcker gekürzt und die neue Füllung entsprechend erhöht. Bei einem breitflächigen Kontakt sind zuerst Abflussrillen anzubringen (Abb. 7). Einen randständigen Kontakt kann man zur Zahnmittlinie verschieben, indem man den antagonistischen Höcker seitlich anschrägt und/oder einen zentralen Höcker modelliert (Abb. 8).

Am schwierigsten kann Einschleifen und Ansetzen bei akuten Kauschmerzen sein. Praxisrelevant

- Rettungsdecke (12µ-Folie, Autozubehör), zerschneiden in Streifen zu 0,5 x 4 cm.

Anamnese

Patienten mit Okklusionsfehlern erzählen häufig eine lange Leidensgeschichte. Die Schmerzen entstehen bei Kälte, während oder nach dem Essen, sind häufig nicht genau lokalisierbar, ausstrahlend, manchmal nur sporadisch, tagsüber, nachts oder morgens.

Im schlimmsten Fall schmerzt und pocht der Zahn, sobald ihn die Zunge berührt (etwa ein endständiger wurzelbehandelter Prä-

wird. Er entsteht nur bei zähem Kaugut und dauert etwa eine Stunde.

Der Kaltschmerz entsteht, weil der Apex beim Bruxen bewegt und die Pulpa dort gedehnt und gestaucht wird. Sie entzündet sich wegen der mechanischen Dauerstörung, ihr pH-Wert sinkt (sie wird rot) und die Nervenfasern feuern entsprechend früher. Die Pulpitis ist bakterienfrei und reversibel.

Folgende Zusatzinformationen sichern die Diagnose ab:

- Schmerzen bei nächtlichem Erwachen oder morgens beim Aufwachen deuten auf Bruxismus.
- Schmerzen von wenigen Minuten Dauer nach Süß oder Sauer deuten auf empfindliche Zahnhälse.
- Ein spontaner mehrstündiger Schmerz weist auf Karies.
- Ein zentraler Vorkontakt kann eine subgingivale Entzündung anzeigen.

Fortsetzung auf Seite 6 →

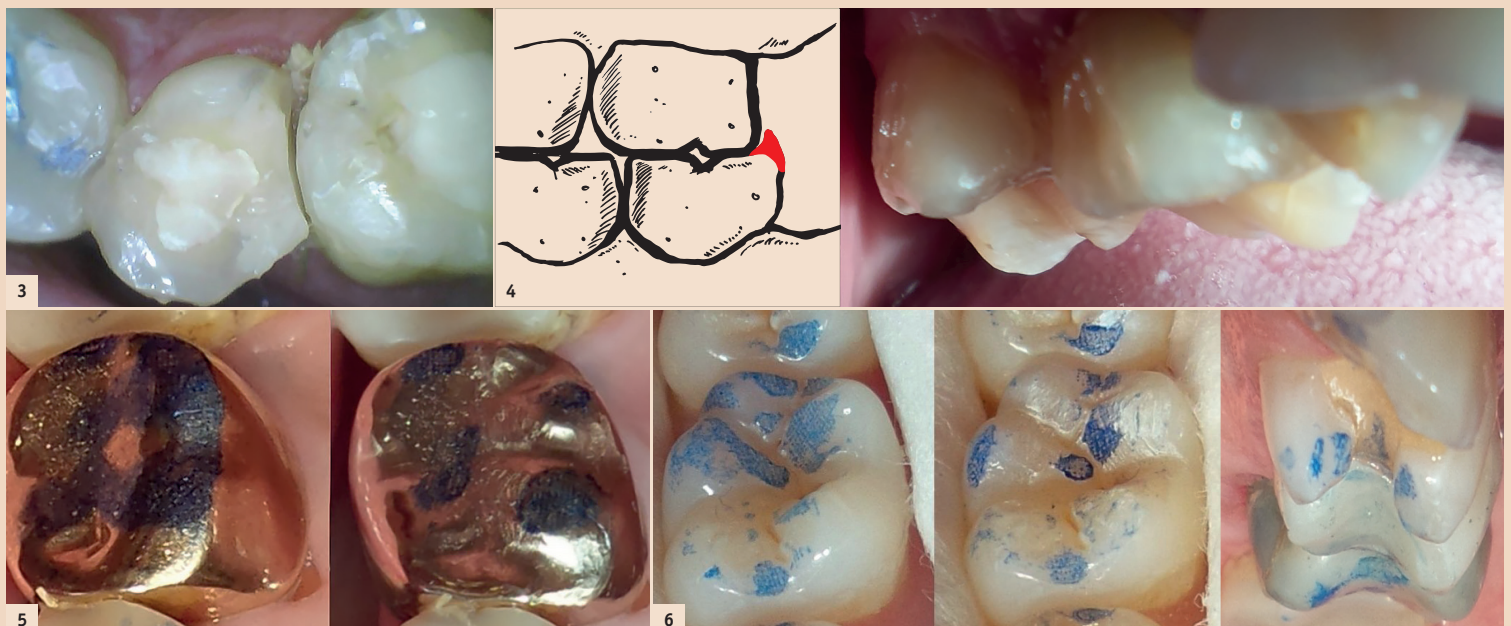


Abb. 3: Der anamnestisch kaltempfindliche 15 nach Wurzelbehandlung bei einem Endodontologen. Das Provisorium hat keinen Kontakt. Der interzeptive Nahkontakt beim 16 palatinal (minimal angefärbt) führte nach kurzer Zeit zu schmerzhafter Food Impaction. – Abb. 4: Hoher Randwulst. Links: natürliche Abrasion bei Klasse II (rot; Korrekturbereich). Rechts: 17 kaltempfindlich, da der distopalatinale Höcker bei Klasse I eine große Angriffsfläche hat. – Abb. 5: Flache Okklusion. Links: Kaltempfindlicher 36 mit Blitzschmerz bei harten Körnchen. Rechts: Kaufläche durch zwei Abflussrillen verkleinert. – Abb. 6: Kleiner Höckerwinkel und tiefe Zentrik. Links: 46 schwach angefärbt wegen Kauschmerz (Höckerwinkel 90 Grad). Mitte: kräftig angefärbt nach Einschleifen. Rechts: Dieser 24 könnte schon beim nächsten Pfefferkorn brechen (Höckerwinkel 0 Grad).

Information

Interzeptive Nahkontakte entstehen zwischen zwei nahegelegenen Höckern, die zähes Kaugut einklemmen können. Entsteht ein Druck in sagittaler Richtung, wird ein Diastema mit Food Impaction von okklusal hervorgerufen. Wirkt der Druck transversal gegen eine Höckerwand, entsteht ein dumpfer Schmerz während oder nach dem Essen. Wirkt er transversal zwischen einem herabhängenden Höcker und einem Zahnzwischenraum, so entsteht Food Impaction von lateral.



...ein Veneer-Zement, der so gut ist, dass wir noch nicht mal Bilder von hübschen lächelnden Menschen zeigen müssen.



Keine erkennbaren Farbabweichungen

Visuell behält die Restauration ihre Farbe wie an dem Tag, an dem Sie den Zement gehärtet haben.



Einfaches Versäubern

Einfach 1 bis 2 Sekunden lang unter Licht aushärten und überschüssigen Zement entfernen.



Eine Vielzahl von Farbtönen

Mit verschiedenen Farbtönen können Sie die Restauration problemlos aufhellen, oder einen wärmeren Ton erzielen - für ein natürliches Aussehen. Die Farbtöne können gemischt und individuell angepasst werden.



Klarer Farbton

Dieser sehr klare Zement verändert nicht den Farbton der Restauration oder der darunterliegenden Zahnstruktur. Über 80 % Transluzenz!



Einfache Aufbewahrung

Mojo Zement und Try-in-Gele müssen nicht gekühlt werden.



Vielseitig Verwendbar

Konzipiert für die Verwendung mit Porzellan, Keramik und Komposit-Veneer-Restaurationen.

Bestellen Sie jetzt bei Ihrem Dental-Depot*

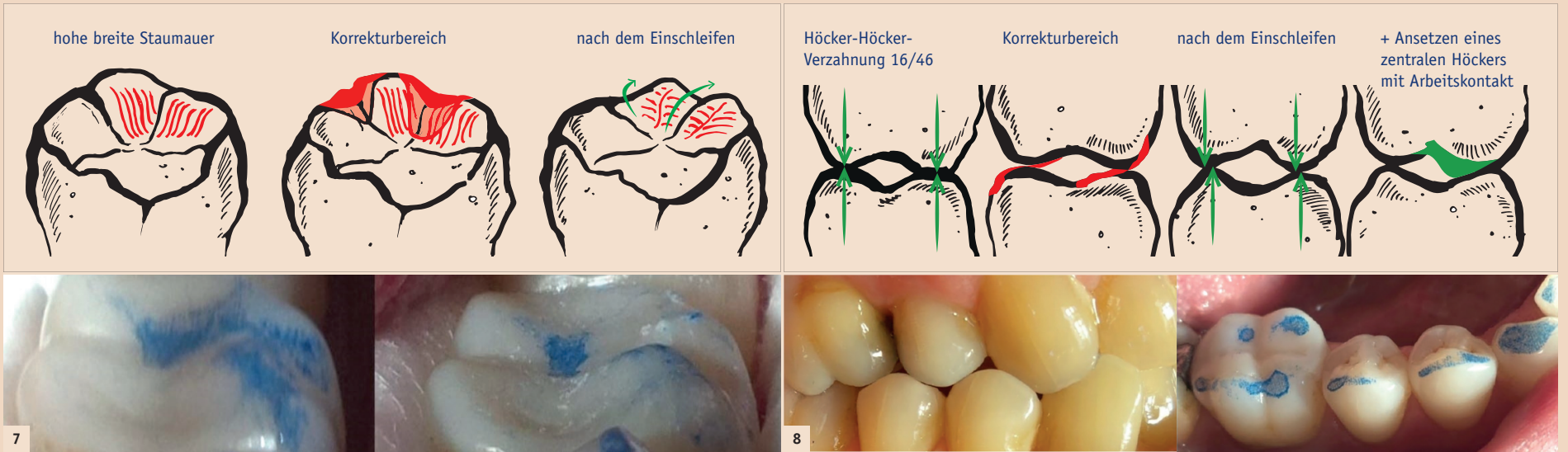


Abb. 7: Breitflächiger Kontakt. Oben: Die linguale Seite dieses 46 ist eine „Staumauer“ und wird mit zwei Abflussrillen geöffnet und bis auf zwei schneidende Kontakte reduziert. Unten: Der Balancekontakt dieses 36 erzeugt Blitzschmerzen beim Kauen. Er wird ganz entfernt. – **Abb. 8:** Randständiger Kontakt. Oben: Rot: die Kontaktflächen werden hälftig in Richtung Normalverzahnung beschliffen. Grün: angesetzter zentraler Höcker mit Arbeitskontakt. Unten: 46, 45, 44 kaltempfindlich wegen Höcker-Höcker- und Kreuzbiss-Verzahnung bei Kopfbiss.

← Fortsetzung von Seite 4

Im Zweifelsfall ist ein Zahnrontgen indiziert. Findet man darauf keinen Befund, kommen ein Dentinriss, beginnende Pulpitis und Sinusitis infrage.

Untersuchung

Die Inspektion lässt den hohen Randwulst, die flache Okklusion, die tiefe Zentrik und kleinen Höckerwinkel erkennen. Der Kältetest ist wenig bedeutsam und kann mechanisch und bakteriell verursachte Pulpitiden nicht unterscheiden. Je nach Zahnbeweglichkeit besteht eine Riss- oder Frakturgefahr (bei festen Zähnen) oder eine parodontale Gefahr (bei lockeren Zähnen). Letztere müssen eingeschleift und gekürzt werden, bis sie beim Zusammenbeißen ruhig stehen.

Das Anfärben wird längs (Überblick über die Zahngruppe), quer

(Details beim Einzelzahn) und quer doppelt (bei Nahkontakt) benutzt. Der Patient soll darauf kleine Kreisbewegungen machen, klappern (um das Schonen abzuschwächen) und in alle Richtungen reiben.

Manchmal muss er dazu aufsitzen, und Farbband und Zähne müssen trocken bleiben (evtl. Watterollen verwenden). Die Farbspuren ändern sich bei jedem Zubeißen und bedeuten Folgendes:

- Keine Farbpunkte entstehen bei fehlenden Kontakten und interzeptiven Nahkontakten, aber auch bei Vorkontakten, die das Farbband perforieren.
- Schwache Farbflächen bedeuten, dass ein Zahn nach apikal ausweicht oder dass er schmerzt und der Patient den Zahn schont.
- Starke Farbflächen signalisieren feste, unempfindliche Zähne und machen keinen Unterschied zwi-

schen störenden und notwendigen Kontakten.

- Umrandete Farbpunkte mit abgebildeten Textilfasern zeigen Vorkontakte an.

Das Anfärben muss mehrmals während des Einschleifens wiederholt werden. Der Patient soll auch nach einer Spülpause ohne Farbband im Sitzen die oben erwähnten Bewegungen ausführen und prüfen, ob sich die Zähne links, rechts und vorne beim Zubeißen unauffällig und synchron berühren.

Einschleifen und Ansetzen

Einschleifen

1. Alle horizontalen Farbflächen der Seitenzähne werden belassen (außer Vorkontakte).
2. Breite Farbflächen auf der Arbeitsseite werden zu schmalen Linien reduziert (durch Abflussrillen).

3. Alle Balancen und Hyperbalancen werden entfernt und auffällige Vorgeleitbahnen horizontal geschliffen.

4. Die Frontzähne sollen die 12µ-Folie im Schlussbiss nicht fassen können.

Ansetzen

Die Unterlage aufrauen, primern und mit schnitzbarem Komposit bedecken. Der Patient soll auf das weiche Komposit beißen, damit die prospektiven Kontakte sichtbar und vor dem Polymerisieren verbesserbar werden. Nach dem Einschleifen spürt der Patient sofort, dass die Zähne besser zusammenpassen, sich der Biss freier anfühlt und ein gewisser Druck verschwunden ist (außer bei Nahkontakten). Oft findet er noch eine andere auffällige Stelle oder minimale Unstimmigkeit. Sie sind zu beheben, bis der Patient zufrieden ist.

Verdankung

Ich danke meinem Kollegen, Herrn Dr. med. dent. Martin Rabus, Zürich, für die kritische Durchsicht und freundliche Unterstützung dieser Arbeit. [DT](#)

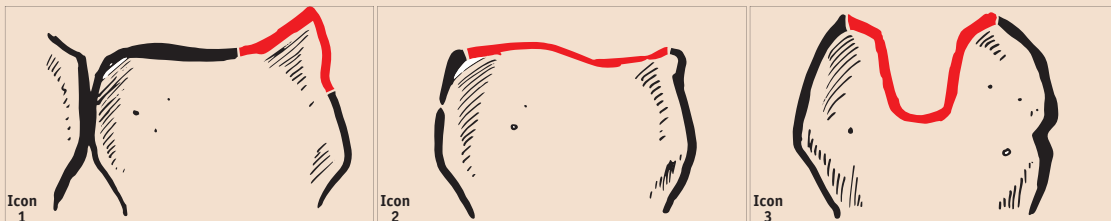


Dr. med. dent. Walter Weilenmann

Zentralstr. 4
8623 Wetzikon, Schweiz
Tel.: +41 44 9303303
w.weilenmann@hispeed.ch
www.zahnarztweilenmann.ch

Die häufigsten Fälle:

- vom Auge erkennbar



Icon 1: Hoher Randwulst (Abb. 4): Der Randwulst wird ganz abgetragen. – **Icon 2:** Flache Okklusion (Abb. 5): Die Kontaktfläche wird mit Abflussrillen in kleine Areale unterteilt und die Zentrik evtl. minimal eingedellt. Evtl. Höckerwand ansetzen. – **Icon 3:** Kleiner Höckerwinkel und tiefe Zentrik (Abb. 6): Die antagonistische Höckerspitze wird gekürzt und die Zentrik erhöht.

- nur durch Anfärben erkennbar



Icon 4: Breitflächiger Kontakt (Abb. 7): Die „Staumauern“ werden mit Abflussrillen geöffnet. – **Icon 5:** Randständiger Kontakt (Abb. 8): Kontakte bei beiden Zähnen hälftig in Richtung Normalverzahnung reduzieren. Evtl. einen Höcker in der Zahnmittte ansetzen. – **Icon 6:** Vorkontakt (Abb. 11): Vorkontakt eindellen (bei flacher Okklusion) oder Höcker kürzen (bei tiefer Zentrik).

- durch Anfärben nicht erkennbar



Icon 7a und 7b: Interzeptiver Nahkontakt (Abb. 10): Links sagittal, rechts transversal: Den/die beteiligten Höcker abflachen, verschmälern und/oder kürzen. – **Icon 8:** Fehlender Kontakt (Abb. 9): Die antagonistische Höckerspitze wird verlängert und/oder die infraokklusale Zentrik erhöht.

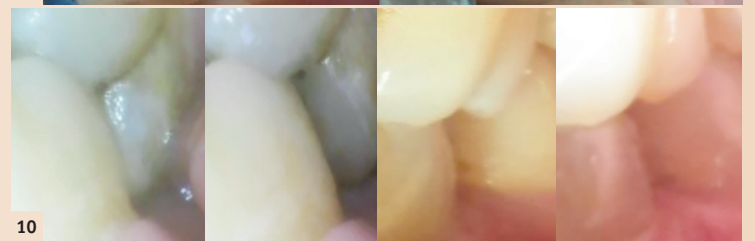


Abb. 9: Fehlender Kontakt. Links: 46, 47 mit Kau- und Kiefergelenkschmerzen, da fast nur schräge Kontaktflächen bestehen (schwach angefärbt). Rechts: horizontale Zentrik auf angesetztem Komposit (kräftig angefärbt), breite Kontaktfläche bukkal mit Abflussrillen reduziert. – **Abb. 10:** Interzeptiver Nahkontakt. Links: 28 mit Kauschmerz wegen Nähe zu 37. Rechts: 36/37 mit schmerzhafter food impaction wegen dem distobukkalen Höcker des 26. – **Abb. 11:** Vorkontakt. Links: 36 und 37 mit zentralen Vorkontakten, 35 mit schwachem Kontakt, Front ohne Kontakt. Rechts: Bissenkung nach Einschleifen.

GC International AG erweitert Führungsteam

Josef Richter wird zum Chief Operating Officer ernannt.



Josef Richter, Chief Operating Officer (COO) der GC Europe.

LUZERN – Die GC International AG (GCIAG) mit Sitz in Luzern/Schweiz hat Josef Richter zum Chief Operating Officer (COO) der GC Europe ernannt. Er wird künftig in der GCIAG Unternehmensgruppe das strategische und operative Geschäft von GC in Europa und anderen Märkten leiten. Seit Beginn seiner beruflichen Laufbahn 1983 bei der Degussa AG in Frankfurt am Main war Richter in zahlreichen Führungspositionen tätig und hatte seitdem leitende Funktionen in europäischen und nordamerikanischen

Märkten inne. Von 2004 an zeichnete er sich bis 2015 als Mitglied der Geschäftsleitung der Ivoclar Vivadent AG in Liechtenstein für den globalen Vertrieb verantwortlich.

Richter wird fortan das operative Geschäft in den Märkten Europa, Mittlerer Osten und Afrika leiten. Die traditionsreiche GC Corporation stärkt sein internationales Führungsteam damit in einem besonderen Jahr: Das Familienunternehmen feiert 2016 seinen 95. Geburtstag und steuert mit der Personalerweiterung nun die nächsten 100 Jahre an – mit

umfassenden Produkt- und Serviceleistungen für Praxis und Labor, die seit jeher erfolgreich eine nachhaltige Philosophie mit modernsten dentalen Ansprüchen verbinden. [DT](#)

Quelle: GC International AG



Gemeinsam am indischen Markt

W&H und Planmeca Oy zielen mit Kooperation auf Erweiterung des Vertriebsnetzwerkes.



Abb. 1: Jouko Nykänen, Vice President Sales bei Planmeca, sieht großes Potenzial in der Kooperation.

BANGALORE – Seit dem 1. September 2016 agieren die beiden Familienunternehmen W&H Dentalwerk Bürmoos GmbH aus Österreich und der finnische Dentalgerätehersteller Planmeca Oy zusammen auf dem Dentalmarkt in Indien. Mit einer gemeinsamen Bürozentrale und einem spezialisierten Kundendienstnetzwerk schaffen die beiden Unternehmen eine starke Grundlage für nachhaltiges Wachstum auf dem vielversprechenden indischen Markt. Durch die Nutzung von Synergien zwischen den beiden starken Marken und das innovative Produktsortiment von W&H und Planmeca profitieren die Kunden von einem einzigartigen Angebot, das auf die Bedürfnisse des indischen Marktes zugeschnitten ist.

Die neue Bürozentrale von W&H India und Planmeca India wurde im November 2016 in Bangalore, der

Hauptstadt des indischen Bundesstaates Karnataka, in Betrieb genommen. Ziel der gemeinsamen Zentrale ist es, den Kunden ein breites Produkt- und Dienstleistungssortiment anzubieten. Ausgestattet mit einem modernen Showroom und ausgezeichneten Einrichtungen für Kundensupport und einem Vor-Ort-Kundendienst stellt das neue Büro eine wichtige Anlaufstelle für indische Kunden dar. W&H India und Planmeca India werden vom Geschäftsführer Raghavan Radhakrishnan geleitet, der bereits über mehrere Jahre Erfahrung in der indischen Dentalbranche verfügt. Zusammen mit den jeweiligen Teams für W&H und Planmeca trägt er Verantwortung für die kontinuierliche Marktentwicklung und die Expansion des Vertriebs- und Servicenetzwerks.

„Durch die lokale Präsenz unseres Vertriebs- und Serviceteams können wir einen direkten Kundenkontakt herstellen. Das ist eine wichtige Grundlage, um eine gute Reputation aufzubauen und mit den Produkten von W&H und Planmeca das Vertrauen unserer indischen Anwender zu erlangen“, erklärt Raghavan Radhakrishnan.

Perfekte Portfolioerweiterung für den indischen Markt

Das Ziel der Zusammenarbeit der beiden europäischen Dentalhersteller W&H und Planmeca ist die Nutzung von Synergien durch das Angebot eines umfassenden und

einzigartigen Produktportfolios für Zahnmediziner. Wir betrachten Indien als Wachstumsmarkt, der nach neuen Technologien im Dentalbereich sucht. Wir bieten fortschrittliche Technologien beispielsweise Implantologie-Motoren mit speziellen Hand- und Winkelstücken für die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sowie Produkte für restaurative Behandlungen wie Dentalturbinen, Winkelstücke und Elektromotoren. Im Bereich Hygiene bieten wir Autoklaven und Pflegegeräte für Dentalinstrumente. Durch die Niederlassung in Indien ist es uns möglich, Erkenntnisse über die Bedürfnisse der indischen Dentalindustrie aus erster Hand zu gewinnen. Die gemeinsame Nutzung der Büroräume und der sonstigen Infrastruktur von Planmeca und W&H ermöglichen es uns, den Zahnkliniken in Indien perfekte Lösungen anzubieten. „Das ist unser Bestreben“, erklärt Peter Malata, Geschäftsführer von W&H. Beide Unternehmen, die bereits vorher in Indien aktiv waren, betrachten die aktuelle Kooperation auf dem indischen Markt als wichtige langfristige Investition. Neben dem institutionellen Bereich wird auch ein besonderer Fokus auf den Privatsektor gerichtet, da die Nachfrage nach innovativen Hightech-Lösungen für effiziente Patientenbehandlungen in Indien deutlich wächst. [DT](#)

Quelle: W&H



Abb. 2: Der Geschäftsführer der neuen Zentrale in Bangalore, Raghavan Radhakrishnan (links) und Peter Malata, Geschäftsführer W&H, sind überzeugt, dass die Zusammenarbeit mit Planmeca die Kundennähe auf dem Dentalmarkt in Indien stärken wird. – Abb. 3: Raghavan Radhakrishnan ist zusammen mit einem engagierten Team verantwortlich für die Erweiterung des Vertriebs- und Servicenetzwerks in Indien.

„Saving Kids Teeth“

Britisches Parlament debattierte am 3. November über Missstände in der Kinderzahnheilkunde.

LONDON – Am 3. November stand das britische Parlament ganz im Zeichen der Kinderzahnheilkunde. Im Konferenzraum des britischen Unterhauses, dem House of Commons in London, fand eine große Debatte zum Thema „Saving Kids Teeth: How can we make the most difference?“ statt.

Vorrangiges Ziel war es, auf Missstände aufmerksam zu machen, die es zu ändern gilt. Beispielsweise darauf, dass in Großbritannien jährlich 46.000 Kinder ins

neben der Vizepräsidentin der Britischen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde auch die Initiatorin der Veranstaltung Dr. Linda Greenwall.

Die renommierte Londoner Zahnärztin ist Gründerin des Dental Wellness Trust. Die Arbeit dieser Hilfsorganisation, die sich um die zahnärztliche Versorgung der Kinder in südafrikanischen Townships kümmert, wird von DMG bereits seit vielen Jahren unterstützt. Als ein Ergebnis der Zusammenarbeit stellte Dr. Greenwall ein spezielles Behand-



Krankenhaus eingewiesen werden, um unter Vollnarkose kranke Milchzähne gezogen zu bekommen – und welche Folgen das für das Gesundheitssystem hat.

Eingeladen waren 150 Zahnärzte und Zahnmedizinstudenten aus London und Umgebung. Zu den prominenten Sprechern gehörte

lungskonzept zur Fissurenversiegelung bei Kindern mit dem Flow-Composite Constic von DMG vor.

Für mehr Informationen über die gemeinnützige Arbeit des Dental Wellness Trust besuchen Sie www.dentalwellnesstrust.org. [DT](#)

Quelle: DMG

ANZEIGE

PRIVATPRAXIS

sucht unverbrauchten, talentierten und sehr motivierten Zahnarzt für die weitere Entwicklung des Ordinationsbetriebes. Betriebswirtschaftliche Kompetenz vorteilhaft.

Derzeit:

Anzahl Patienten: 20.000

Anzahl Mitarbeiter: 19

Öffnungszeiten: 7–22 Uhr

Standort: A-4400 Steyr/Oberösterreich

Wir erwarten:
Keine Dampfplauderer

Kontakt: kanduth@gmail.com

Die Glidewell-Story: „American Dream“ der Zahntechnik

Die Erfolgsgeschichte des Unternehmens ist auch die persönliche Erfolgsgeschichte des Gründers Jim Glidewell. Er baute mit viel Geschick, Leidenschaft und Geschäftssinn ein Dentallabor auf, das heute weltweit rund 100.000 Kunden hat.

Wenn man über die Historie des US-amerikanischen Unternehmens Glidewell spricht, redet man zwangsläufig auch von der persönlichen Erfolgsgeschichte des Gründers Jim Glidewell. Der Mann aus Nevada fand sein Glück in Kalifornien, wo er mit viel Geschick, Leidenschaft und Geschäftssinn ein Dentallabor aufbaute, das heute weltweit rund 100.000 Kunden hat. Jim Glidewell wird 1945 in Las Vegas, Nevada, geboren. Nach Abschluss der Highschool 1963 verpflichtet er sich in der US Navy und ist während der frühen Jahre des Vietnamkrieges in Südostasien stationiert. Nach seiner Militärzeit will er eine Karriere starten, die mehr als nur die Rechnungen bezahlt. So steigt er in seinen Volkswagen und fährt nach Kalifornien. Sein Weg führt ihn schließlich ans Orange Coast College in Costa Mesa, wo er den Grundstein für sein zahntechnisches Wissen legt. Gleichzeitig beginnt er als Techniker in einem Praxislabor zu arbeiten.

Die Anfänge in den 1970ern

Am 15. Januar 1970 eröffnet Jim Glidewell sein erstes eigenes Dentallabor, mit dem er fünf ortsansässige Zahnärzte in Tustin, Kalifornien, bedient. Er selbst ist nicht der beste Keramiker – durch die Anstellung talentierter und erfahrener Techniker ist Jim Glidewell jedoch in der Lage, sein Geschäft auszubauen. Er erkennt schnell, dass sein Unternehmen davon profitiert, wenn er seine Angestellten gut behandelt und



ihnen Karrieremöglichkeiten aufzeigt. Bereits nach einem Jahr muss das Labor in ein größeres Gebäude in Orange, Kalifornien, ziehen.

Mit dem Wachstum steigt auch die Reputation bei den lokalen Zahnärzten und Jim Glidewell nimmt die Profite seines Labors in Orange, um in ein zweites Labor zu investieren. In den 1970er-Jahren wächst das Unternehmen substanziell weiter. Jim Glidewell entscheidet sich, mit einer direkten Werbekampagne auch an nicht lokal ansässige Zahnärzte heranzutreten. Zu dieser Zeit war es extrem selten, dass Labore mit Kunden außerhalb ihrer Region arbeiten – aber Jim sieht darin seine große Chance. Ende der 1970er betreibt er bereits neun Labore an verschiedenen



Abb. 1: 1970 gründet Jim Glidewell sein erstes Dentallabor.

ästhetische temporäre Restaurationen. Mittlerweile beschäftigt Jim Glidewell 175 Angestellte, die mehr als 3.500 Zahnärzte bedienen.

Am 15. April 1993 erfolgt der nächste Umzug – diesmal in ein neues 7.500 Quadratmeter großes Gebäude in Newport Beach. Der zusätzliche Platz erlaubt es Glidewell Laboratories, die Forschung und Entwicklung auszubauen und

dienstleistungen implementiert, die zum weiteren Wachstum beitragen. Als fest etabliertes Unternehmen in der Dentalindustrie, beginnt das Labor sich von Technologien auch außerhalb der Branche inspirieren zu lassen. Das Resultat sind z.B. ein eigener Artikulator, Versandboxen und andere Glidewell Brand-Produkte. Im Jahr 2001 erreicht Glidewell Laboratories er-

Infolge des zunehmenden Einsatzes von CAD/CAM im Labor führt Glidewell 2009 das Material BruxZir® ein. Das zahnfarbene monolithische Zirkonoxid stellt eine Alternative zu keramisch verblendeten Metallkronen oder Guss-Gold-Restaurationen dar und wird bereits ein Jahr später millionenfach verwendet.

Durch den Erfolg von BruxZir® erfährt Glidewell über die nächsten

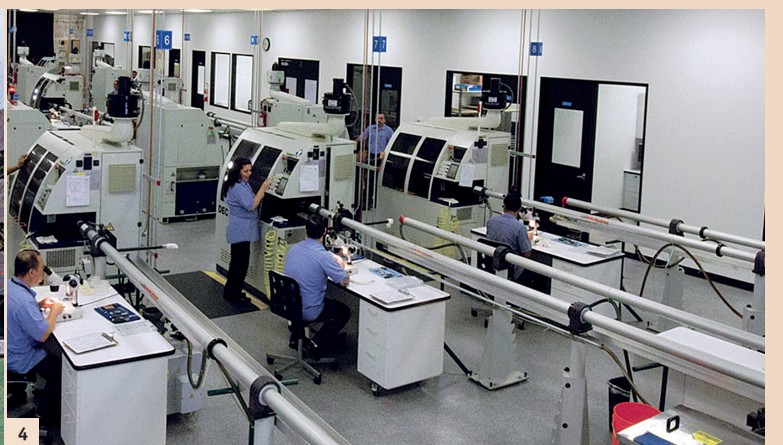
Jahre ein zweistelliges Wachstum. Nahezu alle Profite aus dem Labor werden in die Firma reinvestiert, um neue Materialien und Arbeitsabläufe zu entwickeln. Jim Glidewell macht enorme Fortschritte in anderen Segmenten der Industrie, wie der Implementierung von Intraoralscannern, der Entwicklung neuer Laborscanner und -software, dem zahnärztlichen Erstellen von



2



3



4

Abb. 2: In den 1970er- und 1980er-Jahren wächst das Labor auf eine stattliche Mitarbeiterzahl und einen bemerkenswerten Kundenstamm heran. – Abb. 3: Die Gewinne aus dem stetigen Unternehmenswachstum reinvestiert Jim Glidewell 1993 in ein 7.500 Quadratmeter großes Werksgebäude in Newport Beach. – Abb. 4: Heute hat sich Glidewell nicht nur mit Labordienstleistungen und Materialien, sondern auch mit der Implantatherstellung am Markt etabliert – Blick in die Fertigung.



5

Abb. 5: Die Entwicklung des zahnfarbenen Zirkonoxids BruxZir® für CAD/CAM 2009 läutete eine weitere Hochphase für das Unternehmen ein.

Standorten in Südkalifornien, die er 1984 zu einem großen Labor mit einer Produktionsfläche von mehr als 1.500 Quadratmetern zusammenfasst. Zu diesem Zeitpunkt erhält das Labor mittlerweile mehr als 50 Prozent seiner Arbeiten von auswärtigen Kunden via Postversand.

Aus Leidenschaft vom Labor zum Hersteller

Um seinen Kunden immer das beste Ergebnis liefern zu können, fasst Jim Glidewell eines Tages den Entschluss, ein eigenes Produkt zu entwickeln. 1988 wird BioTemps® Temporaries in den Markt eingeführt. Das Material auf Basis von Acryl eignet sich besonders für

alle wichtigen Komponenten für die Produktion des Unternehmens selbst herzustellen, um die Versorgungskette zu optimieren. Die Idee wird bis zum Ende des Jahrzehnts zum unternehmensweiten Grundkonzept: Von der Einrichtung einer eigenen Zahnarztpraxis, z.B. für klinische Erprobungen der Materialien, bis hin zur Entwicklung und Herstellung von Labormöbeln, die den speziellen Anforderungen der Techniker entsprechen.

Höhen und Tiefen im neuen Jahrtausend

Mit Beginn des neuen Jahrtausends hat Glidewell bereits Dutzende neuer Materialien und Labor-

neut das Limit der Gebäudekapazität. Um Platz zu schaffen, kauft Jim Glidewell einen weiteren Gebäudekomplex in der Nähe des Labors und begründet damit den Glidewell Campus.

Als im Jahr 2008 die Rezession diverse Labore in den Ruin treibt, ist Glidewell stark genug, die ökonomischen Probleme auszusitzen. In den vergangenen Jahren hatte man sehr stark in die CAD/CAM-Technologie investiert, was es erlaubt, mit gleichbleibender Mitarbeiterzahl exponentiell höhere Produktionszahlen zu erreichen. Erneut zahlen sich Jim Glidewells Vision und die Fürsorge für seine Mitarbeiter aus.

Restaurationen und der Implantatherstellung.

Heute werden die Entwicklungen von Glidewell Laboratories weltweit genutzt. Mehr als 4.200 Mitarbeiter haben sich dem Ziel des Unternehmens verschrieben, qualitativ hochwertigen, lokal gefertigten Zahnersatz zu erschwinglichen Preisen zu produzieren. Seit 2011 ist Glidewell durch die Glidewell Europe GmbH mit Sitz in Frankfurt am Main auch in Europa vertreten. Für den hiesigen Markt gelten dieselben Prinzipien zur Beratung und Versorgung von Praxen, Dentallaboren und Patienten. [DT](#)

Quelle: Glidewell Europe GmbH

„Zirkon – ein Werkstoff für alle Fälle?“

Die 9. Auflage „Digitale Dentale Technologien“ findet Mitte Februar in Hagen statt.



HAGEN – Am 17. und 18. Februar 2017 lädt das Dentale Fortbildungszentrum Hagen (DFH) in Kooperation mit der OEMUS MEDIA AG Leipzig, Zahnärzte und Zahntechniker zum neunten Mal zum Kongress „Digitale Dentale Technologien“ (DDT) ein. Das Leitthema 2017 ist „Zirkon – ein Werkstoff für alle Fälle?“. Mit der Entwicklung von CAD/CAM-Arbeitsprozessen für die Bearbeitung von Zirkoniumdioxid wurde vor 15 Jahren das digitale Zeitalter im Dentallabor eingeleitet. Die erste Generation von Zirkoniumdioxid war sehr hart und opak. Heutzutage wird „Zirkon“ in sehr unterschiedlichen

Qualitäten produziert und ist im Bereich festsitzender Ersatz nahezu universell einsetzbar.

Transluzentes Multilayer-Zirkon steht für überragende Ästhetik. Auch die sehr harten und opake Varianten haben ihre Berechtigung und werden z. B. für herausnehmbaren Zahnersatz genutzt. Die Indikationsstellung sowie die Vergleichbarkeit mit anderen Werkstoffen sind jedoch komplizierter geworden. Diese Veranstaltung hilft, die Zusammenhänge zu verstehen, und gibt Ratschläge für den täglichen Umgang mit Zirkoniumdioxid. Natürlich wird auch die

digitale Fertigungstechnik auf dem Kongress behandelt. Verbundwerkstoffe spielen in deutschen Dental-laboren bisher eine untergeordnete oder gar keine Rolle, in einem Vortrag wird ein fräsbare Kompositwerkstoff vorgestellt. Wie man prüfen kann, ob der angefertigte Zahnersatz Gleithindernisse hat, wird ein Thema sein. Eine kieferorthopädische Planungs- und Designanwendung, die sich in einen offenen Arbeitsprozess integrieren lässt, sowie ein Arbeitsprozess zur Implantatplanung und Prothetikfertigung werden vorgestellt. Die zahlreichen Workshops am Freitag und die Vorträge hochkarätiger Referenten am Samstag werden von einer umfangreichen Industrieausstellung begleitet. **DT**

Information: **OEMUS MEDIA AG** Holbeinstraße 29 04229 Leipzig Tel.: +49 341 48474-308 Fax: +49 341 48474-290 event@oemus-media.de www.oemus.com www.ddt-info.de

Information:

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: +49 341 48474-308
Fax: +49 341 48474-290
event@oemus-media.de
www.oemus.com
www.ddt-info.de



Anmeldung und Programm

Großer Zuspruch für das erste ITI Online-Symposium

Mehr als 200 registrierte Nutzer erlebten die Premiere Ende Oktober.



BASEL – Laut Veranstalter, des International Team for Implantology, fand die Premiere des ITI Online-Symposiums „ITI kontrovers“, das am Abend des 23. Oktober erstmals aus dem Kölner Studio des Dental Online Colleges auf Sendung ging, große Resonanz. Der Moderator Dr. Georg Bach entfachte mit der Einstiegsfrage „Hat der autologe Knochen als Goldstandard für Augmentationen ausgedient?“ eine angeregte und kurzweilige Diskussion. Zu Beginn der Debatte präsentierte

Prof. Dr. Dr. Johannes Kleinheinz, Vorsitzender der ITI Sektion Deutschland, umfangreiche Hintergrundinformationen über verschiedene Methoden, Materialien und Risiken einer Augmentation. In der sich anschließenden 60-minütigen Diskussion kam es zwischen den Befürwortern von Ersatzmaterialien, Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets und Prof. Dr. Dr. Daniel Rothamel, sowie den Verfechtern des autologen Materials, Prof. Dr.

Dr. Hendrik Terheyden und Prof. Dr. Dr. Andreas Schlegel, zu einem engagierten und abwechslungsreichen Diskurs. Angereichert wurde er mit drei Filmbeiträgen über die diesbezüglich gängigen Standards in den USA, die hierzulande zu beachtenden rechtlichen Aspekten bei der Patientenaufklärung in Form eines Kurzinterviews mit der Fachanwältin für Medizinrecht Beate Bahner plus einem Statement von Prof. Dr. Katja Nelson vom Universitätsklinikum Freiburg. Sie berichtete über die zukünftige Entwicklung von synthetischen Materialien, insbesondere der von gefrästen CAD/CAM-Blöcken. Nach der Veranstaltung gab es zahlreiche positive Rückmeldungen. Diejenigen, die das Online-Symposium verpasst haben, können die Videoaufzeichnung unter www.iti-kontrovers.de on demand und in voller Länge anschauen.

Weitere Informationen über www.iti.org/sites/germany. **DT**

Quelle: ITI Sektion Deutschland



Infos zur Fachgesellschaft

Implantologietage in Unna 2017

10./11. Februar: Im Fokus stehen Knochen- und Gewebeverhältnisse.

UNNA – „Optimale Knochen- und Gewebeverhältnisse als Grundlage für den Erfolg in der Implantologie“ – so lautet die Themenstellung, unter der die Zahnklinik Unna im Februar 2017 Kollegen aus der Region zum fachlichen Gedankenaustausch einlädt.

Die Unnaer Implantologietage sind seit vielen Jahren fest im Fortbildungskalender der Region verankert. Interessante Themenstellungen und Vorträge sowie ein vielschichtiges begleitendes Seminarprogramm zeichnen die Veranstaltung aus.

In diesem Jahr lautet das Thema: „Optimale Knochen- und Gewebeverhältnisse als Grundlage für den Erfolg in der Implantologie“ und ist somit erneut sowohl für Implantologen als auch Allgemein-zahnärzte spannend.

Gerade bei stark reduziertem Knochenangebot sind Implantate oft die einzig wirkliche Alternative, will man dem Patienten eine komfortable Lösung anbieten. Aber wie bekomme ich Knochen an die Stelle, wo künftig das Implantat inseriert werden soll? Was ist der Goldstandard beim Knochenaufbau oder sind kurze bzw. durchmesserreduzierte Implantate eine Alternative und welche Konzepte haben sich im implantologischen Alltag bewährt? Inhaltliche Schwerpunkte sind in diesem Zusammenhang vor allem Behandlungsalgorithmen sowie Techniken der Knochen- und Gewebeaugmentation. Neben den Fragen der Machbarkeit sollen die Behandlungskon-



zepte aber auch wieder im Hinblick auf den langfristigen Erfolg diskutiert werden.

Referenten von Universitäten und aus der Praxis werden in diesem Kontext über ihre Erfahrungen berichten und mit den Teilnehmern deren praktische Umsetzung erörtern. Die spannenden Vorträge und Diskussionen im Hauptpodium werden abgerundet durch ein interessantes Pre-Congress Programm

zu den Themen „Biologische Zahnheilkunde“, „Unterspritzungstechniken“ und „Praxismanagement“ sowie ein begleitendes Programm für die Zahnärztliche Assistenz mit den Themen „Hygiene“ sowie „Qualitätsmanagement“. Damit verspricht die Veranstaltung erneut hochkarätige Fachinformationen für das gesamte Praxisteam. Die Kongressleitung haben in bewährter Weise Dr. Klaus Schumacher, Dr. Christof Becker und ZA Sebastian Spellmeyer/Unna.

Die 16. Unnaer Implantologietage finden am 10./11. Februar 2017 wieder im Mercure Hotel Kamen Unna statt. **DT**

Information:

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: +49 341 48474-308
Fax: +49 341 48474-290
event@oemus-media.de
www.oemus.com
www.unnaer-implantologietage.de



Anmeldung und Programm

ANZEIGE

WERDEN SIE AUTOR

Dental Tribune German Edition



www.oemus.com



Wir sind interessiert an:

- Fachbeiträgen
- Anwenderberichten
- Veranstaltungsinformationen

Kontaktieren Sie **Majang Hartwig-Kramer**.
m.hartwig-kramer@oemus-media.de · Tel.: +49 341 48474-113

OEMUS MEDIA AG

Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig · Deutschland · Tel.: +49 341 48474-0 · info@oemus-media.de