



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 Compositight® 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 12**

ANZEIGE

STARK IM POLIEREN!



KENDA
DENTAL POLISHERS



www.kenda-dental.com
Phone +423 388 23 11
KENDA AG
LI - 9490 VADUZ
PRINCIPALITY OF LIECHTENSTEIN

Starke Zähne im Schlaf

Neuer Wirkstoff verspricht Revolution.

LONDON – „Schön im Schlaf“, damit wirbt die Kosmetikindustrie allorts. 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

Aus der Schweiz für die Schweiz

Sonderfinanzierung zur Behebung des Ärztemangels vom Bundesrat beschlossen.

BERN – Der Bundesrat will die universitären Hochschulen bei der Erhöhung der Anzahl der Abschlüsse in Humanmedizin mit einem Zusatzkredit von 100 Millionen Franken unterstützen. In den Jahren 2017 bis 2020 soll damit ein gemeinsam mit der Schweizerischen Hochschulkonferenz ausgearbeitetes Sonderprogramm finanziert werden.

In den letzten Jahren wurden in der Schweiz – gemessen am Bedarf – zu wenige Ärzte ausgebildet. Diesem Defizit wurde durch eine vermehrte Rekrutierung ausländischer Ärzte begegnet. Entsprechend liegt der Anteil berufstätiger Mediziner mit ausländischem Diplom in der Schweiz mittlerweile bei über 30 Prozent. Darüber, dass die Schweiz künftig mehr Ärzte ausbilden soll, besteht ein breit abgestützter gesellschaftlicher und politischer Konsens; nicht zuletzt vor dem Hintergrund des möglicherweise erschwerten Zugangs zu ausländischen Fachkräften infolge der An-



nahme der Masseneinwanderungsinitiative (Artikel 121a BV).

Zwar haben die Universitäten ihre Humanmedizin-Ausbildungskapazitäten in den letzten Jahren bereits substanziell erhöht, jedoch sind weitere Anstrengungen nötig, um die vom Bundesrat empfohlenen 1'300 Abschlüsse pro Jahr zu erreichen. Der Bundesrat hat deshalb im

Kontext der Begleitmassnahmen zur Umsetzung von Artikel 121a BV und der Fachkräfteinitiative beschlossen, zusammen mit den Kantonen Massnahmen für eine nachhaltige Erhöhung der Anzahl Abschlüsse in der Humanmedizin zu ergreifen.

Mit diesen 100 Millionen Franken soll ein gemeinsam mit der **Fortsetzung auf Seite 2** →

Künstlicher Zahnschmelz

Belag, der auch Autofreaks glücklich macht.

ZÜRICH – Gut gepflegt halten Zähne ein Leben lang. Das schaffen sie durch den extrem belastbaren Zahnschmelz, dessen Härte mit keinem anderen Gewebe im Körper vergleichbar ist. Grund dafür ist dessen Zusammensetzung aus äusserst stabilen Kristallfasern, gepaart mit eiweisshaltigen weicheren Belägen. Diese Verbindung wollen sich Wissenschaftler der ETH Zürich nun zunutze machen und Ähnliches künstlich her-



stellen. Erstmals ist den Forschern jetzt eine kontrollierte Anordnung von weichem und hartem Material im Wechsel gelungen. Ein Belag aus einem derartigen Stoff könnte besonders bei Abnutzungsgegenständen, wie beispielsweise in der Autoindustrie, angewendet werden. Sollte dies gelingen, müssten sich Autofahrer bald über deutlich weniger Kratzer im Lack ärgern. **DT**
Quelle: ZWP online

Im Zähneputzen Weltmeister

WHO-Studie zeigt: Schweizer Jugendliche putzen besonders gründlich.



KOPENHAGEN – Zähneputzen gehört typischerweise nicht zu den Lieblingsbeschäftigungen von Jugendlichen. Dass das tägliche Ritual aber dennoch ernst genommen wird, zeigt eine aktuelle Studie der Weltgesundheitsorganisation WHO. Im europäischen Vergleich landeten dabei Schweizer Jugendliche auf dem ersten Platz, gefolgt von Schweden und Österreich.

Die Studie mit dem Titel „Ungleich aufgewachsen: geschlechtsbedingte und sozioökonomische Unterschiede in Bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden junger Menschen“ wird alle vier Jahre aktualisiert und untersucht unter anderem

das Thema Zähneputzen unter den Aspekten Alter, Geschlecht, Häufigkeit und familiärer Einfluss.

Die Ergebnisse zeigen, dass 89 Prozent der 11-jährigen Schweizer Mädchen mehr als einmal am Tag zur Zahnbürste greifen, bei den Jungs sind es 85 Prozent. Bei den 13-Jährigen steigt die Zahl bei den Mädchen auf 90 Prozent, bei den Jungs sinkt sie minimal auf 84 Prozent. In der Altersgruppe der 15-Jährigen putzen 91 Prozent der Mädchen mehr als einmal täglich ihre Zähne und bei den Jungs 79 Prozent. Damit führen die Schweizer Teenager alle drei Altersgruppen an. **DT**
Quelle: ZWP online

ANZEIGE

Streuli
pharma

auf den  gebracht

streuli-pharma.ch

Zusammenarbeit geplant

Straumann und Anthogyr geben Partnerschaft bekannt.

BASEL/SALLANCHES – Straumann, weltweit führender Anbieter von Zahnersatzlösungen, und der französische Dentalimplantathersteller Anthogyr geben eine Partnerschaftvereinbarung bekannt, die es dem Schweizer Unternehmen erlaubt, Anteile 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 zuge-

senden Value-Segment erhält. Von der Zusammenlegung ihrer Vertriebsaktivitäten erwarten sich beide 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.



lassen und hat sich dort als qualitativ hochwertige und preislich attraktive Lösung etabliert. Die Vereinbarung sieht eine Übertragung von Anthogyr's chinesischem Implantologie-Geschäft gegen Jahresmitte an Straumann vor, wodurch das Unternehmen dort Zugang zum schnell wach-

senden Value-Segment erhält. Von der Zusammenlegung ihrer Vertriebsaktivitäten erwarten sich beide 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.

Quelle: Straumann und Anthogyr

Neue Stiftung gegründet

EKLUND FOUNDATION für zahnmedizinische Forschung.

MALMÖ – Derschwedische 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 Antragsteller.

Seit dem Website-Launch im März 2016 ist die EKLUND-Stiftung unter www.eklundfoundation.org erreichbar. Interessierte aus allen Berei-

chen 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

Hohe Auszeichnung

Norton M. Ross Award für Prof. Lang.

BERN – Prof. Dr. Dr. h. c. Niklaus P. Lang, renommierter Zahnarzt und Wissenschaftler aus Bern, nahm den Norton M. Ross Award im März in Los Angeles entgegen. Er gilt als einer der Pioniere im Bereich der Implantat-Forschung. Ebenso hervorzuheben sind seine Forschungen zur Parodontitisdiagnostik sowie zur Wirksamkeit chirurgischer und nichtchirurgischer therapeutischer Massnahmen für die Behandlung parodontaler und periimplantärer Erkrankungen.

„Er ist eine lebende Legende“, so Joan Otomo-Corgel, Präsidentin der American Academy of Periodontology (AAP). „Wir verdanken unser Wissen zu Kriterien des Implantat-



Prof. Dr. Dr. h. c. Niklaus P. Lang, Preisträger des Norton M. Ross Awards.

überlebens- und -erfolgs grösstenteils seiner Arbeit.“

Prof. Lang hat mehr als 500 wissenschaftliche Artikel und zahlreiche

Lehrbücher herausgegeben und ist Chefredakteur von *Clinical Oral Implants Research*. Ebenso ist er Ehrenmitglied diverser Fachgesellschaften und war beziehungsweise ist bis heute Teil der Redaktionsleitungen vieler angesehenen Wissenschaftsjournale.

Der Norton M. Ross Award wird seit 1991 jährlich durch die American Dental Association (ADA) für herausragende Forschungsarbeiten in der klinischen Zahnmedizin vergeben und ist mit 5'000 US-Dollar dotiert. Prof. Lang ist in den letzten 25 Jahren erst der zweite Europäer, dem diese Ehre zuteilwurde. [DT](#)

ANZEIGE

dentalbern.ch



9.-11.6.2016

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.

SSRD Research Award 2016

Einsendeschluss 31. Juli für das Abstract vormerken!

BERN – Anlässlich der Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Rekonstruktive Zahnmedizin am Samstag, 29. Oktober 2016, in Bern wird Klinikern und Forschern die Möglichkeit für einen wissenschaftlichen Kurzvortrag über folgende Themen geboten: Festsitzende/abnehmbare Prothetik, Alters- und Behindertenzahnmedizin, Orofaziale Schmerzen.

Zugelassen sind Kollegen aus dem In- und Ausland unter 40 Jahren. Die Beiträge können aus der Praxis oder der Universität stam-

men. Die ausgewählten Vorträge sind auf zehn Minuten begrenzt, gefolgt von einer fünfminütigen Diskussion. Das Abstract muss in Englisch im IADR-Format mit max. 1'000 Worten (Aim[s], Material and Methods, Results, Conclusions) in digitaler Form via E-Mail bis zum 31. Juli 2016 an das SSRD Kongresssekretariat eingereicht werden.

Die beste Präsentation wird mit CHF 3'000 (2. Platz mit CHF 1'500, 3. Platz mit CHF 500) honoriert. Details entnehmen Sie bitte aus dem „Regulations for the SSRD



Research Award“ über die Website www.ssr.ch. [DT](#)

Quelle: SSRD

← Fortsetzung von Seite 1
„Aus der Schweiz ...“

Schweizerischen Hochschulkonferenz (SHK) ausgearbeitetes, anreizorientiertes Sonderprogramm finanziert werden. Die Rektorenkonferenz der schweizerischen Hochschulen wird zu diesem Zweck bis Ende 2016 zusammen mit den universitären Hochschulen ein entsprechendes Massnahmenpaket ausarbeiten.

Der Bundesrat hat zudem den gemeinsam verfassten Bericht des

WBFF/EDI „Gesamtsicht Aus- und Weiterbildung Medizin im System der Gesundheitsversorgung“ zur Kenntnis genommen, der einen Überblick über die weiteren bildungs- und gesundheitspolitisch relevanten Massnahmen zur Behebung des Mangels an inländischen Ärzten gibt.

Der Bericht zeigt auf, dass der Ausbau der Ausbildungskapazitäten keine isolierte Massnahme sein kann, um ein bedarfsgerechtes und ausreichendes Angebot an Gesund-

heitsleistungen zu gewährleisten. Die laufenden Massnahmen zielen darauf auf eine Stärkung der medizinischen Grundversorgung und eine Förderung der Interprofessionalität. Der kompetenzgerechte Einsatz aller Gesundheitsfachkräfte steigert die Attraktivität aller Gesundheitsberufe und trägt gleichzeitig zu einer effizienten Gesundheitsversorgung bei. [DT](#)

Quelle: Bundesrat, Schweizerische Eidgenossenschaft

DENTAL TRIBUNE

IMPRESSUM

Verlag
Oemus Media AG
Holbeinstrasse 29
04229 Leipzig
Tel.: +49 341 48474-0
Fax: +49 341 48474-290
kontakt@oemus-media.de
www.oemus.com

Verleger
Torsten R. Oemus

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

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

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

**Anzeigenverkauf
Verkaufsteilung**
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
Marius Mezger
m.mezger@oemus-media.de

Lysann Reichardt
lreichardt@oemus-media.de

Bob Schliebe
b.schliebe@oemus-media.de

Layout/Satz
Matthias Abicht
abicht@oemus-media.de

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

Marion Herner
m.herner@oemus-media.de

Erscheinungsweise

Dental Tribune Swiss Edition erscheint 2016 mit 12 Ausgaben, es gilt die Preisliste Nr. 7 vom 1.1.2016. Es gelten die AGB.

Druckerei

Dierichs Druck+Media GmbH, Frankfurter Str. 168, 34121 Kassel, Deutschland

Verlags- und Urheberrecht

Dental Tribune Swiss 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 Verfasseramen gekennzeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, welche der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Der Autor des Beitrages trägt die Verantwortung. Gekennzeichnete Sonderteile und Anzeigen befinden sich ausserhalb der Verantwortung der Redaktion. Für Verbands-, Unternehmens- und Marktinformationen kann keine Gewähr übernommen werden. Eine Haftung für Folgen aus unrichtigen oder fehlerhaften Darstellungen wird in jedem Falle ausgeschlossen. Gerichtsstand ist Leipzig, Deutschland.

Antidepressiva und Implantate

Negative Auswirkung von Medikamenten auf Implantateinheilung.



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 eingeeilt 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 beeinträchtigt 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



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.

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

CURAPROX

CURAPROX
BLACK IS WHITE
GO BLACK!

THE amazing NEXT STEP.
«Black Is White»
Hydrosonic System

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-Seitenzahnbe-

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.



intravasale Injektionen⁶, z. B. durch Aspiration der Gefässwand.

Da bei der Leitungsanästhesie angestrebt wird, das Lokalanästhetikum möglichst nahe am Nerv zu injizieren, andererseits der Nerv selbst bei der Injektion nicht exakt lokalisiert werden kann, ist eine Verletzung des Nervs mit der Kanülenspitze im Einzelfall nicht sicher vermeidbar. Das „Anstechen“ des Nervs

lastet. In der Dirnbacher-Studie² 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?

Erfolgreiche 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 schmerzhaft zahnärztliche Behandlung ertragen möchte.

Gibt es aktuell eine evidenzbasierte Alternative für die Leitungs- und/oder die Infiltrationsanästhesie? Betrachtet man den medizinischen 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 intraligamentärer 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 gelehrt – konventionellen Infiltrations- und Leitungsanästhesien signifikant überlegen ist, sowohl hinsichtlich Anästhesieerfolg als auch mit Blick auf die Beeinträchtigung des Patienten und die Latenzzeit zwi-



Abb. 1: Bei der DIN-genormten Dosieradspritze wird die vom Behandler aufgebaute Kraft ohne integrierte mehrstufige Hebel-systeme übertragen.

reich 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 Kanülenslänge (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

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 gegeben⁹, was gelegentlich zu Herz-Kreislauf-Komplikationen führt, auch sind ophthalmologische 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

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. Dirnbacher² 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 Anästhesieversager 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 be-



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

Das Lokalanästhetikum – Swiss made

- lokale Vasokonstriktion durch Adrenalin
- Latenzzeit 1 - 3 Minuten
- gutes Wirkungs- und Toxizitätsprofil¹



Wirkt punktuell – Rudocain® und Rudocain® forte

Die potenten Lokalanästhetika mit dem bewährten Wirkstoff Articain zu attraktiven Preisen. Hergestellt in der Schweiz.

Rudocain® / Rudocain® forte, Injektionslösung: **Z:** Articaini hydrochloridum (40 mg/ml), Adrenalinum (5 µg/ml bzw. 10 µg/ml) ut Adrenalini hydrochloridum. **I:** Infiltrations- und Leitungsanästhesie in der Zahnheilkunde. **D:** Zangenextraktion von Oberkieferzähnen: vestibuläres Depot von 1.7 ml pro Zahn, gegebenenfalls Nachinjektion von 1–1.7 ml. Schnitt oder Naht am Gaumen: palatinales Depot von ca. 0.1 ml pro Einstich. Zangenextraktionen von Unterkiefer-Prämolaren: Terminalanästhesie von 1.7 ml pro Zahn, gegebenenfalls vestibuläre Nachinjektion von 1–1.7 ml. Empfohlene Maximaldosis Erwachsene: 7 mg Articain pro kg KG im Verlauf einer Behandlung. Bei Kindern von 4–12 Jahren soll die Dosis 5 mg/kg KG nicht überschritten werden. **KI:** Überempfindlichkeit gegenüber Wirk- und Hilfsstoffen, Lokalanästhetika vom Typ Säureamid und sulfithaltige Präparate; intravenöse Anwendung; Kinder unter 4 Jahren; schwere Störungen des Reizungs- oder Reizleitungssystems am Herzen; schwere Hypo- oder Hypertonie; paroxysmale Tachykardie; hochfrequente absolute Arrhythmie; Kammerengwinkelglaukom; dekompensierte Herzinsuffizienz; Hyperthyreose; Phäochromozytom; dekompensierte diabetische Stoffwechsellaage; Anästhesien im Endstrombereich; Patienten mit Asthma. **VM:** Sulfid-Überempfindlichkeit; Asthmatiker; Gabe von hohen Dosen; Cholinesterasemangel; schwere Nieren- oder Leberfunktionsstörung; Angina pectoris; Arteriosklerose; erhebliche Störungen der Blutgerinnung. **IA:** Trizyclische Antidepressiva; MAO-Hemmer; nicht-kardioselektive-Blocker; orale Antidiabetika; Halothan; Hemmstoffe der Blutgerinnung. **UAW:** Dosisabhängige zentralnervöse und / oder kardiovaskuläre Erscheinungen, Unverträglichkeitsreaktionen. Swissmedic: B. Stand der Information April 2006. Vertrieb: Streuli Pharma AG, 8730 Uznach. Ausführliche Angaben entnehmen Sie bitte www.swissmedicinfo.ch.

¹ Hoffmann-Axthelm, W., Borchard, U., & Wörner, H. (1985). Aktuelle Aspekte der zahnärztlichen Lokalanästhesie.

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 Anästhetikumpulpe 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 „intragamentäre Anästhesie“ vertraut zu machen, stehen heute Fachbücher, FortbildungsdVDs und auch zahlreiche punktbewertete 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 Schmerz-

ausschaltung? 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 intraligamentär 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 Risikoauflklärung 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 gerin-

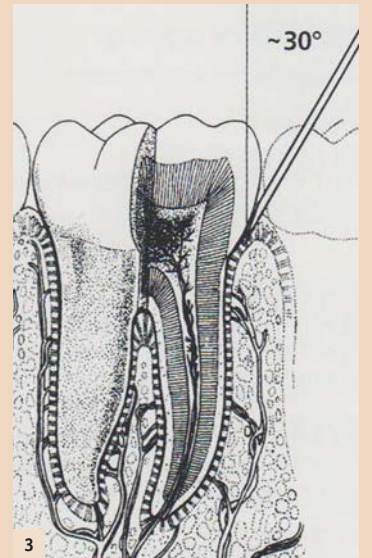


Abb. 3: Die Wirkung des intraligamentär injizierten Anästhetikums tritt unverzüglich – ohne Latenz – ein.

gere 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!“ ^{DI}



Dr. med. dent.
Wolfgang Bender

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



Lothar Taubenheim

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



Präventions-Training für Dentalprofis

iTOP – die individuell Trainierte Orale Prophylaxe ist Wissensvermittlung in höchster Qualität.

Die Luzerner Curaden AG lädt ein zur Paneldiskussion Donnerstagabend, 23. Juni 2016, 18:00 Uhr im Kongresszentrum Basel, Halle 4, Nummer 5, Stand Boston 1+2. Anschliessend Apéro.

CANDULOR.COM



80 JAHRE
LEIDENSCHAFT FÜR
DIE PROTHETIK.

SEI DABEI
UND MELDE DICH
JETZT AN UNTER
[CANDULOR.COM/
PROTHETIK-DAY](http://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.



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.

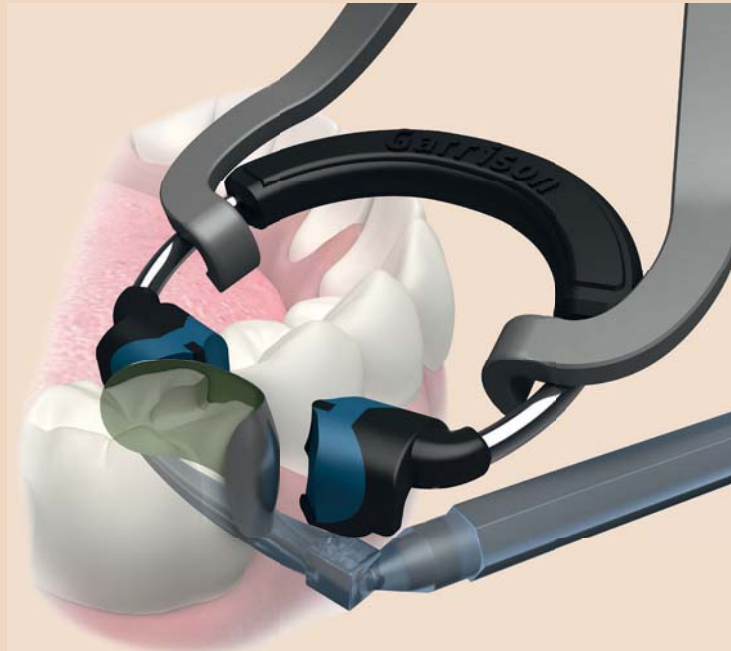
Wie so viele Unternehmen in Amerika begann auch Garrison Dental Solutions in einem Keller – dem Keller der zahnärztlichen Praxis von Dr. Edgar und Dr. John Garrison. Dort wurde 1996 das Original Composit-Tight-Teilmatrizensystem „geboren“. Das in Spring Lake, Michigan, USA, ansässige Familienunternehmen 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.

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 Composit-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 Matrizen-systeme und Keile konzentrieren,



Das neueste Teilmatrizensystem Composit-Tight® 3D XR.

ten antihafbeschichteten 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.

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

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 Composit-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.

Unsere Neutralität in der Branche sorgt dafür, dass Composit-Tight® auf der Empfehlungsliste für Kunden von Kompositherstellern bleibt. Als Experten einer so speziellen Produktkategorie können wir uns genau auf Matrizen-systeme konzentrieren und uns ständig verbessern. Dies hat uns tolle Beziehungen mit Kompositherstellern wie Kerr, 3M, GC, Ivoclar Vivadent und Heraeus ermöglicht, die Handson-Kurse genutzt haben, um ihre re-

„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 Composit-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 Zubehörtartikel zur

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 ers-

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 testeten. Auch

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

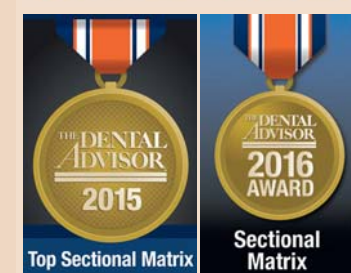
staurativen Produkte zu zeigen. Diese Synergien sind eine wahre Win-win-Situation.

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. ☐

Garrison
Dental Solutions



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

Binationale Gemeinschaftstagung zur Senioren- und Behindertenzahnmedizin

Die SGZBB veranstaltete zusammen mit der DGAZ und dem BDO ihren Jubiläumskongress in Zürich.

Ihre 25. Jahrestagung nutzte die Schweizerische Gesellschaft für die zahnmedizinische Betreuung Behinderter und Betagter (SGZBB) erstmals zu einer Gemeinschaftstagung mit dem Berufsverband Deutscher Oralchirurgen (BDO) und der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ). Knapp 170 Teilnehmende kamen Mitte März in Zürich zusammen und erlebten ein Programm, das viele Schnittstellen zwischen Behinderten- und Seniorenzahnmedizin aufzeigte. Prof. Dr. Ina Nitschke, MPH, Leiterin der Klinik für Alters- und Behindertenzahnmedizin der gastgebenden Universität Zürich, sowie Oberarzt Dr. Mohammad Houshmand, MSc, zeichneten für die wissenschaftliche Leitung verantwortlich.

Austausch unter Experten

Die Veranstaltung entwickelte sich zu einem fachlichen Austausch unter Experten. Eine der Botschaften der Tagung, die unter dem Thema „Fit – gebrechlich – pflegebedürftig: Bewertung der Risiken bei unseren Patienten“ stand, fasste Dr. Dirk Bleiel, Vorstandsmitglied der DGAZ zusammen: „Medizin hat sich erneut als zentrales Thema der Seniorenzahnärzte gezeigt. Der sinnvollen Verbindung beider Fachgebiete kommt immer grössere Bedeutung zu.“ Insgesamt

der Schulung der Pflegekräfte stand dabei im Mittelpunkt.

Die mobile Zahnklinik mobil-Dent™ ist im Kanton Zürich in Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen unterwegs. Dr. Angela Stillhart stellte dieses vom gemeinnützigen Verein altaDent™ unterstützte Projekt vor. Neben einer zahnärztlichen Untersuchung und Prophylaxemassnahmen sind hier auch Behandlungen, wie Prothesenreparaturen oder Füllungen, in der gewohnten Umgebung möglich.

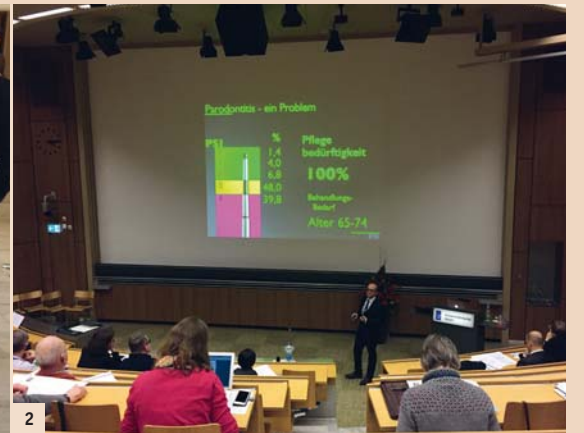
Themenvielfalt

Verschiedene Konzepte für die zahnärztliche Betreuung von Menschen mit Unterstützungsbedarf in der Praxis stellte Dr. Elmar Ludwig vor. Auch die weiteren Themen und Referenten trafen auf positive Resonanz. Der Vorsitzende der neu gegründeten Arbeitsgemeinschaft Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung oder speziellem medizinischen Behandlungsbedarf (AG ZMB), Prof. Dr. Andreas Schulte, Leiter des Lehrstuhls für Behindertenorientierte Zahnmedizin der Universität Witten/Herdecke, referierte zum Thema „Systematische zahnmedizinische Nachsorge nach Zahnbehandlung in Allgemeinanästhesie zur Re-



1

Abb. 1: Vorrichtung zum sicheren Kippen eines Rollstuhls (Firma Design Specific Ltd., England). – Abb. 2: Blick in den Tagungssaal. (Fotos: © Dr. Dirk Bleiel)



2

treut werden. Die Klinik führt den Parcours für die Studierenden und für Zahnärzte auch mit deren Teams durch. Termine gibt es auf Anfrage an isabelle.maurer@zzm.uzh.ch.

Den zweiten Posterpreis erhielt die Arbeit „Short dental implants retaining 2-implant mandibular IODs in very old, dependent patients: radiological and clinical observation up to

5 years“ von S. Maniewicz Wins, R. Buser, E. Duvernay, L. Vazquez, A. Loup, Th. Perneger, M. Schimmel, F. Müller, Genf. [DTI](#)

Quelle: SGZBB

ANZEIGE



Die Preisträger des Posterwettbewerbes.

habe die Tagung auch den Schlussschluss zwischen der schweizerischen und der deutschen Fachgesellschaft bestärkt. Die Vorstellung unterschiedlicher Konzepte, die Erfahrungsberichte und die Fallpräsentationen führten zu einem fundierten Austausch und wurden durch gelungene Hospitationen und Workshops am Rande der Tagung noch abgerundet.

Immobilien Patienten

Ein wichtiges Thema war die aufsuchende Betreuung von immobilen Patienten, etwa in Senioreneinrichtungen. Dr. Bleiel stellte dabei die richtige Organisation des „Hausbesuchs“ in den Mittelpunkt. Sie trage entscheidend zum Erfolg der Therapie sowie der Prophylaxe bei und sei auch die Basis für ein wirtschaftlich akzeptables Engagement. Dabei ging es auch um praktische Fragen wie das Packen des Behandlungskoffers oder welche Therapien mit welchem Instrumentarium realisierbar sind. Beleuchtet wurde der mobile Einsatz vom Erstkontakt am Telefon bis hin zum Recall. Die Organisation der Therapie, der Prophylaxe, aber auch

duktion des Kariesrisikos“. „Selbstbestimmung und Fürsorglichkeit – (zahn-)medizinische Versorgung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in einem konfliktreichen Feld“, lautete das Thema von Prof. Dr. sc. med. Michael Seidel, der die vielfältigen Spannungsfelder zwischen ethischen Grundprinzipien und rechtlichen Bestimmungen beleuchtete. Prof. Dr. med. J. Peter Martin widmete sich der „Schmerzdiagnostik – ein Risiko der Fehlinterpretation bei Menschen mit einer eingeschränkten Kommunikation“.

Posterpreise

Am Rande der Tagung wurden die mit 500 Schweizer Franken dotierten SGZBB-Posterpreise verliehen. Der erste Preis ging an das Poster: „Das Altern erleben – die Entwicklung eines Gero-Parcours“ von A. Stillhart, M. Bucher, L. Krueger-Janson, C. Denkler, M. Houshmand, I. Nitschke, Zürich. Dieser Gero-Parcours simuliert das Älterwerden und hat viele Stationen, die von den Assistenz Zahnärzten der Klinik für Alters- und Behindertenzahnmedizin be-

hypo-A
Premium Orthomolekularia

Optimieren Sie Ihre Parodontitis-Therapie!

55% Reduktion der Entzündungsaktivität in 4 Wochen!

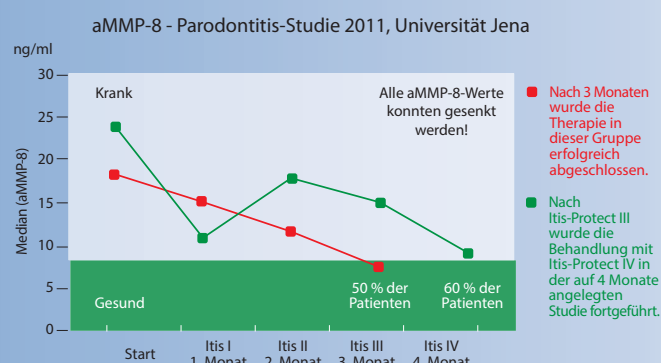
60% entzündungsfrei in 4 Monaten durch ergänzende bilanzierte Diät



Itis-Protect I-IV

Zur diätetischen Behandlung von Parodontitis

- Stabilisiert orale Schleimhäute!
- Beschleunigt die Wundheilung!
- Schützt vor Implantatverlust!



Info-Anforderung für Fachkreise

Fax: 0049 451 - 304 179 oder E-Mail: info@hypo-a.de

- Studienergebnisse und Therapieschema
- hypo-A Produktprogramm

Name / Vorname

Str. / Nr.

PLZ / Ort

Tel.

E-Mail

IT-DTS 5.2016

hypo-A GmbH, Kücknitzer Hauptstr. 53, 23569 Lübeck
Hypoallergene Nahrungsergänzung ohne Zusatzstoffe
www.hypo-a.de | info@hypo-a.de | Tel: 0049 451 / 307 21 21

shop.hypo-a.de