

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · German Edition 

No. 1+2/2016 · 13. Jahrgang · Leipzig, 3. Februar 2016 · PVSt. 64494 · Einzelpreis: 3,00 €



Effektiver Angstabbau

Angst beruht auf zwei Denksystemen, die man als Zahnarzt kennen muss. Dr. Walter Weilenmann, Wetzikon, stellt in seinem Fachbeitrag Methoden des Angstabbaus bei Patienten vor. ▶ [Seite 4f](#)



100 Prozent Swiss Made

Das Schweizer Unternehmen Bien-Air blickt auf eine über 50-jährige Erfahrung in der Dentalmedizin zurück und bietet umfassende Lösungen an. CEO Edgar Schönbächler im Gespräch. ▶ [Seite 8](#)



DGZI-Fortbildungshighlight 2016

Vom 30. September bis 1. Oktober findet der 46. Internationale Jahreskongress der DGZI in München statt. Das Motto lautet „Wie viel Ästhetik braucht die Implantologie?“ ▶ [Seite 10](#)

ANZEIGE

Perfekt registrieren.



2016 REALITY Four Star Award

METAL-BITE®

R-dental Dentalerzeugnisse GmbH
Katalog, Info unter Tel.: 040 - 22757617
Fax 0 800 - 733 68 25 gebührenfrei
E-mail: info@r-dental.com
www.r-dental.com

Riskant!

**Passivrauchen schadet
Kinderzähnen.**

KYOTO – Kinder, die in einem Raucherhaushalt leben, sind in doppeltem Maße gefährdet, an frühkindlicher Karies zu erkranken. Das berichten Forscher der Universität Kyoto, Japan, im renommierten Fachblatt *British Medical Journal*. Für eine retrospektive Kohortenstudie wurden die Daten von mehr als 75.000 Kindern für den Zeitraum 2004 bis 2010 ausgewertet. Neben den Ernährungsgewohnheiten und der Mundpflege wurde zudem der Raucherstatus der Mütter bzw. der Familienhaushalte dokumentiert. Gegenüber den Nichtraucherhaushalten wiesen die Kinder, die der ständigen Raucherluft ausgesetzt waren, schlechtere Zähne auf als die Nichtraucherkinder.

Laut des Berichtes hatte das mütterliche Rauchen während der Schwangerschaft keinerlei Einfluss auf den späteren Zahnstatus des Kindes. Die Autoren verweisen darauf, dass es sich hierbei um eine Beobachtungsstudie handle, die somit keine endgültigen Schlüsse zuließe. Es sei zudem noch ungewiss, ob eine Verringerung des Passivrauchens zur Kariesprävention beitrage. **DT**

Quelle: ZWP online



Mehr als GKV und PKV zahlt der Patient selbst

BZÄK erwartet durchschnittlichen Rechnungsbetrag von 330 Euro.

BONN/KREMS (jp) – Je GKV-Versicherten fließen im Jahr keine 200 Euro in die Zahnarztpraxis, insgesamt knapp 13 Milliarden Euro – ohne Zuzahlungen – von der PKV kommen etwas über vier Milliarden Euro und von den privaten Haushalten direkt fast sechs Milliarden.

Bedingt durch die hohe Dynamik bei Zahnersatzversicherungen haben sich die Leistungen der PKVen für Zahnarztpraxen in den letzten Jahren nahezu verdoppelt. Die anteiligen Ausgaben der PKV lagen für Zahnarztpraxen mit fast 15 Prozent von den Gesamtausgaben her beinahe doppelt so hoch (acht Prozent in der GKV). Bei der Zahnversorgung sind die privaten Haushalte heute nach der GKV der wichtigste „Kostenträger“. Knapp jeder vierte Euro (23,7 Prozent) ambulanter zahnärztlicher Honorare sowie zahntechnischer Leistungen wird dem Zahnarzt privat erstattet.



Zu den Ursachen für diese privaten Kostenanteile – Stichwort „Zweiter Gesundheitsmarkt“ – zählen die Festzuschussregelungen bei Zahnersatz wie die Mehrkostenvereinbarungen in der Füllungstherapie und KFO-Vorschriften.

Die deutsche Zahnärzteschaft erbringt geschätzte 350 Mio. Ein-

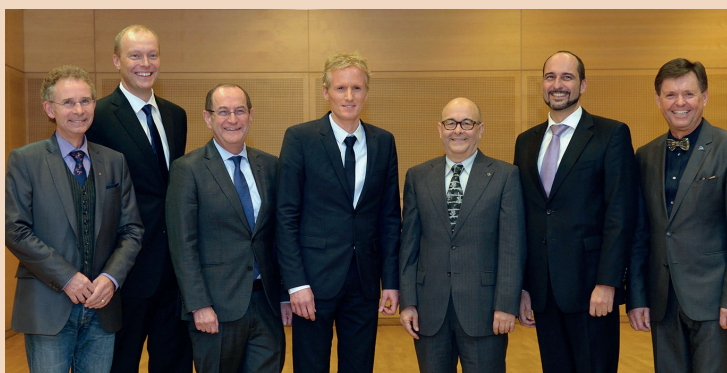
zelleistungen an PKV-Patienten, was einem Gesamthonorar von rund 3,5 Mrd. EUR entspricht. Der mit Abstand größte Anteil entfällt mit ca. 90 Prozent auf die Gebührenordnung für Zahnärzte, auf die GOÄ entfallen zehn Prozent. Innerhalb der GOZ stellen die konservierenden Leistungen mit geschätzten

1,3 Mrd. Euro (42 Prozent) den mit Abstand umsatzstärksten Bereich dar, gefolgt von prophylaktischen Leistungen (15 Prozent). Durch die Aufnahme der professionellen Zahnreinigung (PZR) entfallen allein auf diese Leistung geschätzt über 450 Mio. Euro Honorar.

Fortsetzung auf S. 2 links →

DGI mit neuem Vorstand

Prof. Dr. Frank Schwarz übernimmt das Amt des DGI-Präsidenten.



Der neue Vorstand der DGI v.l.n.r.: Vizepräsident Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz, Fortbildungsreferent Prof. Dr. Florian Beuer MME, Schatzmeister Dr. Karl-Ludwig Ackermann, Präsident Prof. Dr. Frank Schwarz, Pressereferent Prof. Dr. Germán Gómez-Román, Schriftführer Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas, Pastpräsident Dr. Gerhard Iglhaut. © David Knipping

WIEN – Seit dem 27. November 2015 hat die Deutsche Gesellschaft für Implantologie (DGI) einen neuen Vorstand. Geführt wird die mit mehr als 8.100 Mitgliedern größte europäische Gesellschaft auf ihrem Gebiet von Univ.-Prof. Dr. Frank Schwarz, Düsseldorf.

Zur Zukunftsarbeit der DGI gehören drei Schwerpunkte: An erster Stelle steht die Förderung des Nachwuchses an den Hochschulen, in den Praxen und nicht zuletzt auch in der DGI. Hinzu kommt die Intensivierung der fächerverbindenden

Zusammenarbeit mit den Nachbardisziplinen in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sowie mit anderen medizinischen Fächern. Die Schaffung starker Netzwerke innerhalb der Gesellschaft, national aber auch international, ist das dritte Ziel des neuen DGI-Präsidenten. „Wir haben lokale und regionale Strukturen, die unsere Gesellschaft vor Ort erlebbar machen“, umreißt Professor Schwarz seine Vorstellungen. **DT**

Quelle: DGI

ANZEIGE

Sag mal BLUE SAFETY,

kann ich mit **Wasserhygiene**
auch **Geld sparen?**

BLUE SAFETY

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

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

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



Wegen H₂O₂: Biofilmbildung



Mit SAFEWATER von BLUE SAFETY

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



Wenn die GOZ wie die GOÄ wird – schlimm

Jürgen Pischel spricht Klartext



Seit Jahrzehnten fordern die zahnärztlichen Verbände eine GOZ-Punktwertanpassung an die realen wirtschaftlichen Entwicklungen. Daraus wurde nichts und daraus wird nichts.

Das Unterlassen der Anpassung des Punktwertes führt zu einer fortschreitenden Entwertung der Vergütung für zahnärztliche Leistungen. Schlimm genug. Wenn aber nun die Regierung ihre GOÄ-Reformvorhaben wahr macht, dann wird es für die künftige Leistungserbringung privat auch von Zahnärzten dramatisch. Der GOÄ-Reform folgt automatisch eine GOZ-Anpassungsnovelle. Die private Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) wird in ein Quasi-GKV-System mit Festgebühren überführt. Hierdurch entsteht die Gefahr, dass das duale System der Krankenversicherung in Deutschland – hie privat, da gesetzlich – ad absurdum geführt wird.

Vielfältige Einschränkungen der Abrechnungsmöglichkeiten und feste Einfeldsätze bilden das Gerüst der politischen GOÄ-Novellierung.

Nur im absoluten Einzelfall gibt es die Steigerungsmöglichkeit vom Einfeldsatz auf den zweifachen Satz ohne Zwischenabstufungen. Die Abrechnungsfähigkeit vieler Leistungen wird

an eine Weiterbildung oder fachärztliche Qualifikation als Voraussetzung gebunden.

Massive Beschränkungen der Möglichkeit einer abweichenden Vereinbarung nach § 2, oder bei der Anwendung der Abrechnung von nicht im Gebührenverzeichnis aufgenommenen Leistungen (Analogberechnung), sind vorgesehen.

Den PKVen wird faktisch die Möglichkeit von Selektivverträgen unter Loslösung von der Gebührenordnung im Sinne einer Öffnungsklausel eröffnet werden. Geöffnet werden soll eine elektronische Abrechnung des Arztes direkt mit der Krankenversicherung mithilfe eines maschinenlesbaren Rechnungsformulars.

Übrigens alles Dinge, die bereits bei jeder bisherigen GOÄ/GOZ-Reform von den PKVen und aus der Politik auf den Tisch gekommen waren, aber bisher unter Hingabe vieler Kompromisse verhindert werden konnten. Diesmal scheint es ernst zu sein. So bleibt allein, sich mit dem Patienten direkt zu wappnen,

toi, toi, toi
Ihr J. Pischel

← Fortsetzung von S. 2 oben: „Mehr als GKV und PKV zahlt der Patient selbst“

Es folgen prothetische Leistungen (zehn Prozent), Parodontologie (zehn Prozent) und Kieferorthopädie (fünf Prozent).

Die SDA-Füllungsleistungen (ca. 12 Prozent) finden sich unter den zehn umsatzstärksten Leistungen. Insgesamt entfallen über 50 Prozent des Honorars auf 14 Gebührenpositionen. Das persönliche Honorar (GOZ und GOÄ)

wurde mit einem Multiplikator von 2,5 Prozent (ohne Zuschläge) und das medizinisch-technische Honorar mit einem Multiplikator von geschätzten 1,9 Prozent insgesamt gesteigert.

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) erwartet nun einen durchschnittlichen Rechnungsbetrag bei Privatpatienten von 330 Euro, wovon 75 Prozent auf zahnärztliche und 25 Prozent auf Laborleistungen entfallen. [DT](#)

Spezialisierung schon auf der Uni

Universität Greifswald: sechs Master-Absolventen in Kinderzahnheilkunde.

GREIFSWALD – Rund 25 Jahre nach dem Ende des Ausbildungsprogrammes zum Kinderzahnarzt verteidigten jetzt gleich sechs neue Kinderzahnärzte ihre Masterarbeit an der Universität Greifswald.

Kinderzahnheilkunde ist ein Querschnittsfach, das sowohl die präventiven als auch restaurativen und chirurgischen Aspekte der Zahnmedizin bei Kindern umfasst. Die Kandidaten konnten ihre Masterarbeiten daher aus einer großen Auswahl von Themen nach den eigenen Interessen entwickeln. In Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde konnten 25 nationale und internationale Referenten aus Praxis und Wissenschaft für die 18 Ausbildungsmodule gewonnen werden, die diese Themenbreite im Unterricht und der Betreuung der Masterarbeiten abbilden. „Es ehrt Greifswald, hier in Deutschland ganz vorne bei



der Spezialisierung in der Zahnmedizin zu liegen“, so der Greifswalder Zahnmediziner und Studiengangsleiter Prof. Christian Splieth. „Wir konnten mit der Unterstützung der Zahnklinik, der Universitätsmedizin und der Universität dieses internationale Netzwerk aufbauen und damit die Ausbildung zum Kinderzahnarzt in Deutschland weiterentwickeln.“

International erfolgt die Ausbildung, wie jetzt auch in Greifswald, an den Universitäten als Master of Science-Programm, das Praxis mit einer wissenschaftlichen Basis verknüpft. Greifswald hat hier besondere Erfahrung, denn insgesamt laufen schon fünf Masterprogramme, was einzigartig in Deutschland ist. So verwundert es nicht, dass schon im ersten Jahrgang die Hälfte der 14 Studierenden aus dem Ausland kommt. Aus dem ersten Jahrgang hat mit der großen Verteidigung von Masterarbeiten im Dezember 2015 bereits die Hälfte erfolgreich den Abschluss erreicht. „Am 25. Februar 2016 startet der 4. Jahrgang und auch für 2017 liegen bereits zahlreiche Anmeldungen vor, sodass Greifswald hier anscheinend den ‚Zahn‘ der Zeit getroffen hat“, so Splieth. [DT](#)

Quelle: Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Zahngesundheit wächst

KZBV: Daten zur zahnärztlichen Versorgung für 2015 vorgestellt.



drei Quartalen nach Einführung der Regelung eine sehr dynamische Entwicklung zu konstatieren, die sich auch in 2015 nach bereits jetzt vorliegenden Daten fortgesetzt hat.

Die Möglichkeit, Kooperationen mit Pflegeeinrichtungen zu schließen, wird damit von den Zahnärzten zum Wohl der Versicherten in verstärktem Maß genutzt. Auf Grundlage einer Rahmenvereinbarung zwischen KZBV und GKV-Spitzenverband können entsprechende Verträge seit 1. April 2014 geschlossen werden. „Die kontinuierlich steigende Zahl der Kooperationen ist ein großer Erfolg für die Zahnärzteschaft, da sie eine enorme Verbesserung für die zahnmedizinische Prävention und Therapie von Pflegebedürftigen und Menschen mit Handicap mit sich bringt. Die Lebensqualität der Betroffenen wird durch die Möglichkeit dieser zahnärztlichen Betreuung wesentlich ver-

bessert. Für uns ist es wichtig, aktiv an einer weiteren Verbreitung der Verträge zu arbeiten, mit dem Ziel, dass in naher Zukunft nach Möglichkeit jede stationäre Pflegeeinrichtung in Deutschland einen eigenen Kooperationszahnarzt hat“, sagte Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV.

Eine weitere wichtige Entwicklung hat sich auch 2014 fortgesetzt. So erhielten gesetzlich Krankenversicherte etwa 52,1 Millionen Zahnfüllungen. Dies entspricht einem Rückgang um 2,9 Prozent im Vergleich zu 2013. Der langfristig zu verzeichnende, rückläufige Trend bei Füllungen, der bereits seit einigen Jahren sowohl in West- als auch in Ostdeutschland festzustellen ist, hat sich somit auch im vergangenen Berichtsjahr gezeigt – ein Indiz für die weitere Verbesserung der Mundgesundheit der Bevölkerung. [DT](#)

Quelle: KZBV

KÖLN – Die Zahl der Kooperationsverträge zwischen Zahnärzten und stationären Pflegeeinrichtungen nimmt weiter zu. Zugleich hält der bevölkerungsweite Rückgang von Zahnfüllungen an. Das sind zwei zentrale Ergebnisse des aktuellen Jahrbuchs der KZBV, das kürzlich erschienen ist.

Demnach lag die Zahl der abgeschlossenen Kooperationsverträge zwischen Zahnärzten und Pflegeeinrichtungen am Jahresende 2014 bei 1.708. Damit ist bereits in den ersten

Führungswechsel zu Jahresbeginn

Nobel Biocare mit neuem Präsidenten.



Hans Geiselhöringer

KLOTEN - Hans Geiselhöringer hat zum 1. Januar 2016 das Amt des Präsidenten von Nobel Biocare übernommen. Seine Nominierung soll zur Stärkung der strategischen Ziele des Unternehmens beitragen. Geiselhöringer fungierte schon in den Jahren 2004 bis 2009 als internationaler Sprecher des Unternehmens und war bereits seit 2011 Vizepräsident des Bereichs Global Research, Products und Development.

Als gelernter Zahntechniker verfügt er über tiefgreifendes Wissen auf dem Gebiet der Implantologie sowie CAD/CAM. Zudem ist er Mitglied zahlreicher internationaler Fachgesellschaften und ist seit vielen Jahren als renommierter Sprecher auf dem internationalen Parkett zugegen. [DT](#)

Quelle: Nobel Biocare

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.

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 Döbbeke
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller

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

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

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

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

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

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

Produktionsleitung
Gernot Meyer
meyer@oemus-media.de

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

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

Lektorat
Hans Motschmann

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

Erscheinungsweise

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

Druckerei

Vogel Druck und Medienservice GmbH, Leibnizstraße 5, 97204 Höchberg

Verlags- und Urheberrecht

Dental Tribune German Edition ist ein eigenständiges redaktionelles Publikationsorgan der OEMUS MEDIA AG. Die Zeitschrift und die enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlages. Bei Einsendungen an die Redaktion wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Mit Einsendung des Manuskriptes geht das Recht zur Veröffentlichung als auch die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten in deutscher oder fremder Sprache, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken zur Herstellung von Sonderdrucken und Fotokopien an den Verlag über. Für unverlangt eingesandte Bücher und Manuskripte kann keine Gewähr übernommen werden. Mit anderen als den redaktionseigenen Signa oder mit 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.

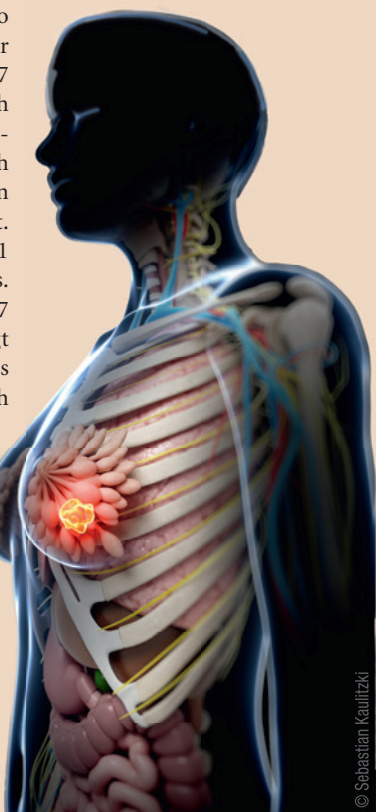
Erhöhtes Brustkrebsrisiko bei Parodontitispatienten

Amerikanisches Forschungsteam untersuchte über 73.000 Frauen.

BUFFALO – Ein kürzlich im *Journal Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* veröffentlichter Artikel weist nun einen Zusammenhang zwischen Parodontitis und dem Risiko für eine Brustkrebserkrankung nach. Dieses Forschungsergebnis lieferten Wissenschaftler der amerikanischen Universität von Buffalo um Jo L. Freudenheim, PhD. Für ihre Studie beobachteten sie 73.737 Frauen, die an der Women's Health Initiative Observational Study teilnahmen. Alle Frauen befanden sich in der Postmenopause und waren noch nicht an Brustkrebs erkrankt. Mehr als ein Viertel von ihnen (26,1 Prozent) litt aber an Parodontitis. Innerhalb eines Zeitraumes von 6,7 Jahren hatte sich die Lage wie folgt verändert: 2.124 der an Parodontitis erkrankten Frauen waren zusätzlich an Brustkrebs erkrankt. Das Gesamtrisiko für eine Erkrankung lag zu diesem Zeitpunkt bei 14 Prozent. Betrachtet man verschiedene Risikofaktoren, so bedeutete eine Parodontitis-erkrankung und gleichzeitiges Rauchen ein 36-prozentiges erhöhtes Brustkrebsrisiko. Selbst die Frauen, die nicht rauchen, haben ein sechszehntiges Erkrankungsrisiko. Die exakten Gründe für den Zusammenhang von Parodontitis und dem Auf-

treten von Brustkrebs sollen in weiterführenden Studien untersucht werden. Eine mögliche Ursache ist, dass durch die orale Entzündung Bakterien leichter in den Kreislauf gelangen und so das Brustgewebe befallen können. **DT**

Quelle: ZWP online



Faser mit Potenzial: Aktive Speicheldrüsen dank Seide

Wissenschaftler erforschen neue Therapiemöglichkeit.

SAN ANTONIO – Nach Chemotherapie oder im hohen Alter kann es bei manchen Menschen zu verringerter Speichelbildung kommen. Auch bei Personen mit dem Sjögren-Syndrom funktionieren die Speicheldrüsen nicht mehr richtig. Eine gezielte Therapie, um diese Drüsen zu reaktivie-

ren, gibt es bisher nicht. Forscher der Universität von Texas in San Antonio haben Seide genutzt, um eine Therapiemöglichkeit zu erforschen.¹

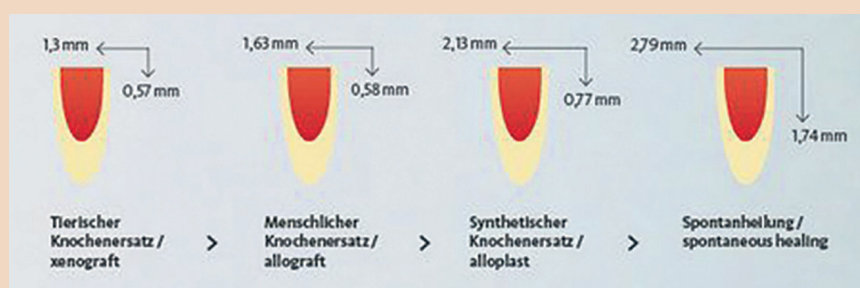
Die Seidenfasern reinigten sie von allen möglichen Verunreinigungen und nutzten sie gemeinsam mit einem Nährboden als Rahmen für Stammzellen aus den Speicheldrüsen von Ratten. Nach mehreren Wochen produzierten die Zellen eine dreidimensionale Matrix, die das Seidengerüst umgab. Die Zellen hatten einige der Eigenschaften, die auch auf natürlichem Wege gewachsene Speicheldrüsenzellen im Mund haben. Die Seide bietet eine optimale Grundlage für das Gerüst, da sie ein natürlicher und abbaubarer Rohstoff ist und durch ihre Flexibilität und Durchlässigkeit genug Sauerstoff und Nährstoffe an die Stammzellen lässt. **DT**

¹ Silk Fibroin Scaffolds Promote Formation of the Ex Vivo Niche for Salivary Gland Epithelial Cell Growth, Matrix Formation, and Retention of Differentiated Function, Zhang Bin-Xian, Zhang Zhi-Liang, Lin Alan L., Wang Hanzhou, Pilia Marcello, Ong Joo L., Dean David D., Chen Xiao-Dong, and Yeh Chih-Ko. Tissue Engineering Part A. May 2015, 21(9–10): 1611–1620. doi:10.1089/ten.tea.2014.0411.

Quelle: ZWP online

Ridge Preservation: Verschiedene Materialien im Vergleich

Große Metaanalyse: Welches erhält das Kammvolumen am besten?



WOLHUSEN – Verschiedene Materialien werden für eine Ridge Preservation verwendet, vor allem Knochenersatz tierischen, menschlichen oder synthetischen Ursprungs. Welches erhält das Kammvolumen am besten? Eine große Metaanalyse zieht den Vergleich.

32 randomisierte, kontrollierte, klinische Studien wurden in die Metaanalyse eingeschlossen, mit insgesamt 1.354 Alveolen.¹ Der Volumenverlust sowohl in der Breite als auch

in der Höhe ist der Analyse nach am geringsten, wenn xenogenes Knochenersatzmaterial verwendet wird. Dann gehen horizontal nur 1,3 mm und vertikal 0,57 mm verloren – statt wie bei Spontanheilung 2,79 mm resp. 1,74 mm. Im Vergleich: Beim Allograft, dem menschlichen Knochenersatzmaterial aus Gewebanken, gehen durchschnittlich 1,63 mm in der Breite und 0,58 mm in der Höhe verloren, beim synthetischen Knochenersatz sogar 2,13 mm

in der Breite und 0,77 mm in der Höhe. Nur Studien mit lappenfreier Extraktion eingeschlossen.

In die Metaanalyse von Jambhekar et al. wurden nur solche Studien eingeschlossen, in der Zähne ohne Aufklappung extrahiert

wurden. Da dieses das schonendste Verfahren ist, ist die hier für Spontanheilung gemessene Volumenreduktion geringer als in vergleichbaren Metaanalysen. Die Effekte, die die Ridge Preservation erzielt, sind also zusätzliche Effekte unter ansonsten „idealen Bedingungen“. **DT**

¹ Jambhekar S, et al.: J Prosthet Dent. 2015; 113(5): 371–82.

Quelle: Geistlich Pharma AG

ANZEIGE

Early Registration until 29 February 2016:
<http://isdh2016.dentalhygienists.ch>



International
Symposium
on Dental Hygiene
2016

New Challenges

20th International Symposium on Dental Hygiene
23rd to 25th June 2016 + Basel + Switzerland



INTERNATIONAL FEDERATION
OF DENTAL HYGIENISTS

Swiss Dental Hygienists

Angstabbau, schnell und langsam

Angst beruht auf zwei Denksystemen, die man als Zahnarzt kennen muss. Von Dr. med. dent. Walter Weilenmann, Familienzahnarzt, Wetzikon, Schweiz.



Die hier vorgestellte Methode des Angstabbaus wendet zu Beginn der Sitzung physiologische und kommunikative Techniken an, um die Grundangst des Patienten abzubauen. Dann folgen abwechslungsreiche reizarme Manipulationen, die die Angstreflexe verhüten, und kurze Pausen, die die Selbstkontrolle des Patienten bestärken. Die Sitzung endet mit schmerzfreien Arbeitsschritten, damit sie in guter Erinnerung bleibt.

Langfristig bewirkt die Methode eine Abnahme der Zahl der verlangten Anästhesien und eine Zunahme der Anmeldungen von neuen Angstpatienten.

Einleitung

Seit über 50 Jahren wird die hohe Zahl der Angstpatienten beklagt. **Abbildung 1** zeigt ein Beispiel. Signalisiert das Kind Kooperation oder Angst? Muss man nun mit ihm spielen und allen Instrumenten neue Namen geben? Und

les Denken, langsames Denken“ (Nobelpreisträger Daniel Kahneman, 2012) und „Der Marshmallow-Test“ (Walter Mischel, 2015).

Angst, Selbstkontrolle und Erinnerung sind die Leistungen zweier Denksysteme. System I ist unbewusst, autonom, heiß und impulsiv, stereotyp, emotional, dauernd aktiv und sehr schnell (reagiert innert Millisekunden). Es bewertet schon beim Säugling jeden Sinnesreiz als angenehm oder unangenehm und reagiert mit motorischen und hormonellen Reflexen. So werden Reize wie Streicheln, unbequemes Liegen, Kälte, Hitze, ein erfreutes oder erschrecktes Gesicht, Schmerz, Lärm, Schläge am Zahn reflexartig beantwortet mit Entspannung, Verkrampfung, stockender Atmung oder Abwehr, Wohlfühl- oder Stresshormonen, Freude oder Angst. System II ist das bewusste Selbst. Es benutzt die Sprache, ist kalt und abwägend, flexibel, intelli-

eine starke Selbstkontrolle gegenüber unangenehmen Gefühlen entwickeln.

System I dominiert meistens. Es blockiert zum Beispiel automatisch das System II in überwältigenden Momenten (**Abb. 1**) oder aktiviert es bei Überraschungen (wenn eine Behandlung viel besser war als erwartet). Diese Dominanz ist nur mit starker Selbstkontrolle zu überwinden (wie bei Hypnose oder konzentrierter geistiger Arbeit). Laufend finden schnelle und langsame Lernprozesse statt. Zum Beispiel überträgt sich die Angst einer Mutter vor Schlangen, Insekten, Spritzen oder Zahnärzten rasch und autonom auf das Kind, während man das System II nur langsam und mit Willensanstrengung durch Studieren, Üben, Beobachten und Erfahren lernen kann. Eine gute Erinnerung entsteht bei den meisten Menschen, wenn das Erlebnis schmerzlos endet, auch wenn es länger dauert und insgesamt mehr Schmerzen bereitet als ein kurzes Erlebnis mit schmerzhaftem Ende. Der mit dem Angstabbau beschäftigte Behandler muss beachten, ob der Patient eher ein „Kontrollleur“ oder „Ausblender“ ist. Der erste wünscht Informationen wie ein Tell-Show-Do, der zweite Ablenkungen wie TV und Hypnose.

Methode

Das Ziel der Methode ist, System I ruhig zu halten und System II zu aktivieren. **Abbildung 2** zeigt die einzelnen Techniken. Sie werden rechtzeitig beim Erscheinen eines Angstsignals angewendet, und zwar bei jeder Sitzung in variabler Zahl und Reihenfolge. Der zusätzliche Zeitaufwand beträgt etwa zehn bis 15 Minuten in einer konservierenden Sitzung.

Zuerst wird die Grundangst des Patienten abgebaut (heiße Stirn, kalte Hände, stockende Atmung, hochgezogene Schultern, Logorrhö usw.). Dann kommt eine Vorbereitung für System I mit kleinen Reizen im Mund durch Annäherung einer kleinen Absaugkanüle, dann

Berühren des Zahnes mit stehendem Bohrer usw., wie kurze Tell-Show-Do-Einheiten mit anschließender Frage, ob es gut sei. Danach beginnt der Wechsel von reizarmen Arbeitsschritten und Pausen. Taktgeber sind die äußeren Angstsignale des Patienten (unruhige Zunge, verkrampfte Hände, Stöh-

Handwärmer

Halten Sie eine Hand in ein Waschbecken und lassen Sie kaltes Wasser einlaufen. Überlegen Sie nach 30 Sekunden, ob Sie mit der kalten Hand eine Zahnbehandlung möchten. Manche Angstpatienten haben eiskalte Hände. Nach kurzem Augenkontakt und einer Frage

Schnell wirksam in System I	Langsam wirksam in System II
1. Rückzug und Ersatz	1. Entwarnung
2. Kaltes Stirntuch	2. Atmung, Tonus, Logorrhö
3. Handwärmer	3. Bild und Modell
4. Süßgetränk	4. Handzeichen
5. Patientenlagerung	5. Pause und Frage
6. Reizarm behandeln	6. Sozialer Angstabbau
7. Gute Erinnerung	

2

Abb. 2: Die Techniken der Methode.

nen usw.) und die inneren des Zahnarztes und der Dentalassistentin (unsichere Einschätzung des Patienten, aufkommende Ungeduld usw.). Das Behandlungsende wird durch feine, schmerzfreie Arbeitsschritte gebildet.

Schnelle Techniken

Rückzug und Ersatz

Weinende, verzweifelte Kinder im Wartezimmer bekommen noch mehr Angst, wenn sie den Zahnarzt sehen. Er zieht sich am besten zurück. Als Ersatz kann die DA mit der Mutter Hygienemöglichkeiten besprechen und den Mund des Kindes inspizieren.

Kaltes Stirntuch

Halten Sie sich selber ein nasskaltes Tuch (**Abb. 3**) an ihre Stirn. Sie spüren sofort ein Wohlgefühl und eine Erfrischung. Das Stirntuch wird zu Beginn der Sitzung, insbesondere vor jeder Anästhesie, mit einer Frage aufgelegt wie „Die meisten mögen das. Ist das gut?“. Nur selten wird es abgelehnt, und oft ist es nach kurzer Zeit warm und muss neu gekühlt werden.

wie „Darf ich kurz?“ können Sie die Hand des Patienten berühren. Der Handwärmer (**Abb. 3**) ist eine mit warmem Wasser gefüllte PET-Flasche.

Süßgetränk

Kinder und junge Erwachsene lieben Zucker. Er macht sie mutiger. Süßes Getränk (**Abb. 6**) nach Wahl.

Patientenlagerung

Strecken Sie den Kopf nach hinten und versuchen Sie zu schlucken. Es wird Ihnen schwerfallen. Etliche Angstpatienten halten den Kopf so weit nach hinten, dass sie nicht schlucken können und einen Schluck-, Husten- oder Würgereiz bekommen. Der Rachen wird frei durch Hochlagern, manchmal auch durch Seitwärtsdrehen des Kopfes. Hochlagern der Beine und des Oberkörpers entspannt den Rachen und erleichtert zugleich die Atmung.

Reizarm behandeln

Nehmen Sie ein blaues Winkelstück (ohne eingesetzten Bohrer) und halten Sie es an ihren Front-

Fortsetzung auf S. 6 →

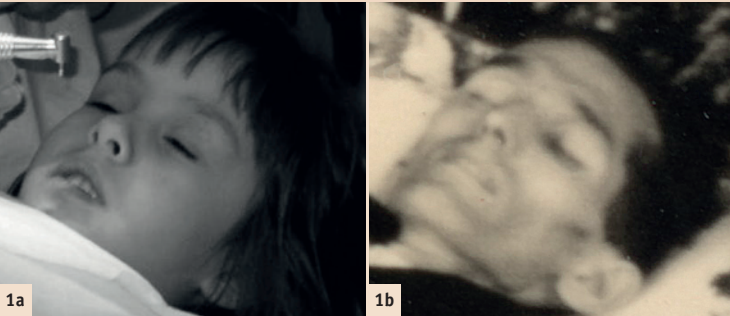


Abb. 1a: Totstellreflex eines sechsjährigen Mädchens mit schlaffem, offenem Mund und geschlossenen Augen. Statt Spraynebelsauger und Bohrer ist jetzt eine Pause mit einer Frage vonnöten. Das Mädchen ist noch nicht traumatisiert, kann die Selbstkontrolle leicht wiedererlangen und wird dann den ersten Kontakt mit dem kleinen Sauger gut ertragen. – Abb. 1b: Im Vergleich dazu das Bild eines toten Mannes.

wenn es beim Bohren doch ängstlich ausweicht? 2002 ließ ich mich von einer Psychotherapeutin beraten. Wir entwickelten das Konzept „Sechs einfache Hilfen bei Angstpatienten“ (Weilenmann und Egli, 2004). Es beinhaltet u.a. das kühle Stirntuch, reizarme Behandlungen und Pausen zum Sprechen. Unterdessen haben wir weitere Techniken gefunden und es sind neue Ideen von zwei anerkannten Psychologen dazugekommen: „Schnel-

gent, nur aktiv, wenn wir wollen, und eher langsam (reagiert nach mehreren Sekunden). Es wird durch die Umwelt geformt und ist erst im Erwachsenenalter ausgereift. So entwickeln Kinder wenig Selbstkontrolle und fallen eher in ein misstrauisches, impulsives Verhalten, wenn die Eltern beispielsweise ihre Versprechen oft nicht einhalten. Bei anderen Eltern hingegen, die zuverlässig ihren Absprachen folgen, können die Kinder

TSUNGEN REINIGUNG



Der TS1 Zungensauger -
Total Simpel, Total Schnell, Total Sanft.

Den **TS1** auf den Speichelsauger der Behandlungseinheit aufstecken, Gel auftragen, Zunge absaugen.

Warum Zungenreinigung in der Praxis?

- ca 60% aller Bakterien im Mund liegen auf der Zunge (Quirynen et al. 2009)
- bakterielle Zungenbeläge sind die Hauptursache für Halitosis
- zur kompletten PZR gehört auch die Reinigung der Zunge

Warum **TS1** Zungensauger?

- Tiefenreinigung der Zunge durch Absaugen bis in die Krypten der Zunge
- Entfernung bakterieller Zungenbeläge aus der Mundhöhle
- geringerer Wür gereiz beim Patienten
- keine Traumatisierung der Zungen-Papillen
- geringer Zeitaufwand (ca. 1 Minute zusätzlich)

Nur für die
Praxis!

PZR +  = PZR⁺



Link zum
Anwendungsvideo

YouTube



www.ts-1.com

← Fortsetzung von S. 4

zahn bei minimaler und maximaler Drehzahl und Anpresskraft. Sie werden zwar keinen Schmerz, aber trotzdem Angst und Abwehrreflexe spüren. Anästhesien alleine bewirken zu wenig Reizarmut in Bezug auf Knochenschall, Vibrationen, Lärm und kalter Motorluft.

Zwei Beispiele:

- **Reizarme Zangenextraktion:** den Zahn behutsam kippen und gleichzeitig langsam rotieren, ohne ruckartige Bewegungen zu riskieren.
- **Reizarme Exkavation ohne Anästhesie:** minimale Anpresskraft, neue Bohrer, nur miniaturisierte Hilfsmittel (wenn überhaupt), blutungsfrei präparieren, Ausschläge verhüten, das Winkelstück bimanuell halten. Zunächst den Schmelz ohne Dentinkontakt entfernen. Dann das Dentin trocken exkavieren, Drehzahl unter 2.000 rpm, bis zur Stelle, die minimal empfindlich ist. Sie kann unverhofft rasch oder auch erstaunlich spät kommen. Der Patient signalisiert sie mit einem Zucken, Brummen, Handzeichen usw., und sie ist stets hart und kratzfest (**Abb. 4**). Bei einer hochaktiven Karies ist das Dentin übermäßig empfindlich. Dann die Kavität nicht ausblasen, sondern mit Pellets trocknen und die Motorluft abkleben (**Abb. 5**). In diesen Fällen wird manchmal doch der Wunsch nach einer Anästhesie geäußert.

Gute Erinnerung

Die Behandlung wird mit einigen behutsamen Polituren im ästhetischen Bereich oder Ähnlichem verlängert, wenn zuletzt noch ein Schmerz oder Schreck entstanden sein sollte.

Langsame Techniken

Entwarnung

Angstpatienten haben oft übertriebene Befürchtungen, und der vermeintlich dringende Behandlungszwang steigert ihre Not. In diesen Fällen bauen Entwarnungen am Telefon und bei der ersten Sitzung die Angst ab. Die Leitidee heißt: „Im Mund besteht bei Schmerzlosigkeit keine unmittelbare Gefahr.“

Atmung, Tonus, Logorrhö

Übermäßige Erregung zu Beginn der Behandlung im Stuhl zeigt sich in stockender oder rasender Atmung, Verkrampfungen oder Redeschwall. Zur Beruhigung wird der Patient angeleitet, bewusst zu atmen, seinen Nacken zu entspannen, seine Hand auf den Bauch zu legen oder wieder aufzustehen und herumzugehen (oder zur Mutter zurückzukehren).

Bild und Modell

„Kontrolleure“ (nicht „Ausblender“) interessieren sich für Bilder und Zahnmodelle. Primarschüler öffnen für ein Bild mit der Intraoralkamera gerne den Mund, auch wenn sie ihn sonst vor Angst verschließen. Erklärungen am Zahnmodell können die Angst vor einer Wurzelbehandlung abbauen. Oft gelobt wird auch ein an der OP-Lampe befestigter Spiegel, in dem der Patient die Behandlung beobachten kann.



Abb. 3: 45-jährige Patientin mit Stirntuch und Handwärmer. Beide erzeugen angenehme Gefühle. Einige Patienten möchten das Stirntuch fast während der ganzen Sitzung spüren, andere halten den Handwärmer bis zuletzt und finden ihn wirksamer als das Stirntuch. – **Abb. 4:** Exkavation ohne Anästhesie bei Zahn 5+ (männlich, 25 J.). Das Bild beruhigt den Patienten, weil kein Blut zu sehen ist. Nun folgt die erste Portion Komposit bis halbe Kronenhöhe, mit minimaler Teilmatrize und kurzem Keil, ohne Kofferdam und Watterollen, dann die zweite Portion ganz ohne Hilfsmittel. – **Abb. 5:** Reizarm Exkavieren: Ein Kleber am Winkelstück hält die Motorluft ab. – **Abb. 6:** Sozialer Angstabbau mit Mutter und Kind. Beide haben ihre Angst mit dieser Methode überwinden können. Das Bild zeigt den zwölfjährigen Jungen nach der Extraktion in einer sehr guten Verfassung.

Handzeichen

Der Patient kann eine Hand auf die Brust legen und sofort mit den Fingern ein Zeichen geben, wenn etwas schmerzt oder wenn er eine Pause wünscht. Eine solche Abmachung gehört zum System II und versagt oft, auch bei einem „Kontrolleur“. Deshalb sind die spontanen Angstsignale von System I weiterhin maßgeblich.

Pause und Frage

In der Pause soll der Patient aufsitzen, spülen und eine einfache

Frage beantworten, zum Beispiel: „Wie gehts?“. Durch Nachdenken aktiviert er System II, und mit seiner Antwort kontrolliert er die weitere Behandlung.

Sozialer Angstabbau

Kommt ein Angstpatient mit Begleitung, so möchte Letztere auf Distanz („Ausblender“) oder in der Nähe bleiben („Kontrolleur“). Im letzteren Fall kann der Mut der einen Person auf die andere übertragen werden. Beispiel: Mutter und Kind erscheinen zwecks Extraktion

von 14 wegen Platzmangel. Das Kind liegt, die Mutter hält ihre Hand auf sein Bein. Sie war selber ein „Ex-Fall“. Beide haben kalte Hände („die sind zu Hause immer so kalt“). Aber die Füße des Kindes zittern. Süßgetränk, Stirntuch, Handwärmer, dem Kind beteuern, dass es der Mutter gut geht, und umgekehrt. Nun erkläre ich der Mutter und dem Kind die Anästhesie: „In der Umschlagfalte ein weißes Feld zwischen roten Äderchen suchen“, und zeige es der Mutter. Lippe zu steif, erste Pause mit Aufsitzen und Süßgetränk. Dann wieder das weiße Feld suchen, nun mit der Sonde berühren und leicht dagegen drücken. Tut nicht weh, aber die Lippe wehrt ab. Zweite Pause mit Aufmunterung. Dann Versuch, das Feld mit der Nadel zu berühren. Wieder Verkrampfung, dritte Pause und Gespräch mit der DA: „Willst du den Zahn weg haben?“ Es will. „Also: wenn du den Mund öffnest, dann lass die Lippe weich!“ Neuer Versuch, und nun gelingt es: Nadel einen Millimeter tief einsinken lassen und langsam injizieren. Die Mutter zeigt Freude, und die Hände werden wärmer. Vierte Pause mit Erklärungen. Nun problemlos reizarme Injektion mit Peripress und Ex wie oben beschrieben. Die Sitzung endet nach 39 Minuten. Beide haben warme Hände und lächeln, und das Kind sieht viel älter aus: wie ein mutiger, stolzer, zwölfjähriger Bursche. Ich darf ihn fotografieren (**Abb. 6**).

Resultate

1. **25 Prozent weniger Anästhesien:** **Abbildung 7** zeigt die Zahl der Anästhesien bei konservierenden Sitzungen insgesamt. Sie sank von 30,8 auf 23,5 Prozent (2004: 339/1101, 2015: 213/908).
2. **Weniger Angst, aber 100 Prozent mehr Angstpatienten:** Etwa die

Hälfte der Angstpatienten verliert die Angst nach wenigen Sitzungen und wird in normalen Terminen behandelbar. Etwa ein Viertel empfindet nach einigen Sitzungen keine Angst mehr, möchte aber auf keinen Fall den Zahnarzt wechseln. Diese Patienten reagieren immer noch heftig bei jedem Ausschlag, „um zu verhindern, dass der Zahn verletzt wird“. Sie benötigen aber nur wenige Behandlungspausen. Die übrigen klagen auch nach mehreren Sitzungen und Jahren noch über die Angst und brauchen längere Termine. Deshalb markieren wir sie in der Krankengeschichte. **Abbildung 8** zeigt ihre Statistik: Ihr Anteil bei den Neupatienten stieg auf über das Doppelte von 1,3 auf 3,2 Prozent (1995–2004: 25/1920, 2005–2015: 78/2429), und ihr Anteil bei den Sitzungen beim Zahnarzt stieg von 2,9 auf 5,8 Prozent (1995–2004: 533/18584, 2005–2015: 990/17214).

Diskussion

Die Abnahme der Zahl der Anästhesien ist allein eine Folge der Technik „reizarm behandeln“. Sie wird nicht nur bei Angstpatienten, sondern auch bei den zahlreichen anderen Patienten, die keine Anästhesie mögen, angewendet.

Etwa die Hälfte der Angstpatienten braucht nach wenigen Sitzungen keine zusätzliche Behandlungszeit mehr. Dies ist ein Lerneffekt der Methode.

Die Zunahme der Sitzungen mit Angstpatienten zeigt die gute Verträglichkeit der Methode.

Die Steigerung der Neuanmeldungen von Angstpatienten ist eine Folge von Empfehlungen in Social Media etc.

Einige Angstpatienten reden lieber mit der DA als mit dem Zahnarzt. Sie lassen sich gerne von ihr bemuttern und trösten, und sie reden mit ihr in ihrer Umgangssprache oder in der gemeinsamen Muttersprache. In diesen Fällen kann die DA alle extraoralen Techniken durchführen und den Rhythmus von Behandlung und Pausen moderieren, während sich der Zahnarzt auf die intraoralen Techniken konzentriert.

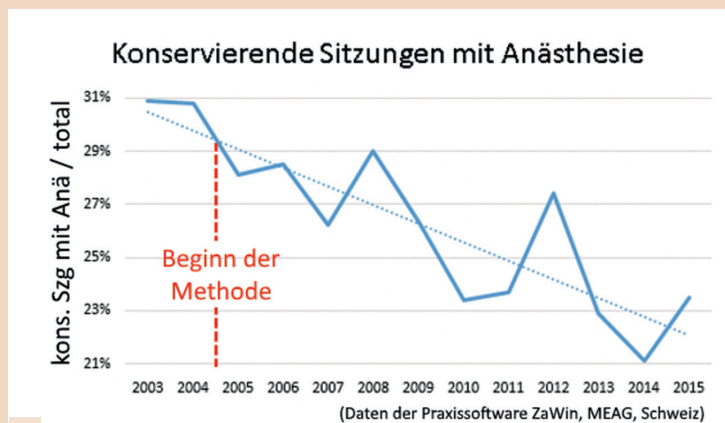
Verdankung

Ich bin Frau Beate Witzgall zu besonderem Dank verpflichtet. Sie hat u.a. mit den Techniken „Handwärmer“ und „Patientenlagerung“ wesentlich zur Methode beigetragen. **DT**



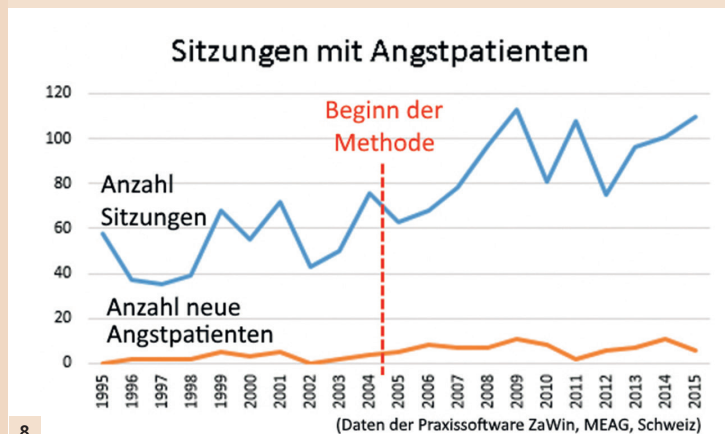
Dr. med. dent.
Walter Weilenmann

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



7

Abb. 7: Die reizarmen Behandlungen senken die Zahl der notwendigen Anästhesien.



8

Abb. 8: Seit dem Beginn der Methode erscheinen mehr Angstpatienten, und sie lassen sich öfter behandeln.

Neue Stiftung gegründet

EKLUND FOUNDATION zur Förderung der zahnmedizinischen Forschung.

MALMÖ – Der schwedische Mundhygienespezialist TePe feierte 2015 seinen 50. Geburtstag. In diesem Zusammenhang hat die Eigentümerfamilie von TePe die EKLUND FOUNDATION zur Förderung der zahnmedizinischen Forschung auf internationaler Ebene gegründet.

„Wir, die Eigentümerfamilie, sind sehr erfreut, diese Stiftung im Einklang mit unserer Vision einer guten Mundgesundheit für jedermann gründen zu können“, erklärt Joel Eklund, CEO von TePe Mundhygieneprodukte AB, die Entscheidung der Familie, und fährt fort: „Seit 50 Jahren pflegt TePe eine ganz besondere Zusammenarbeit mit Universitäten, Instituten und Zahnpflege-Experten auf der ganzen Welt. Die Stiftung ist für uns eine Möglichkeit, unsere Wertschätzung zu zeigen und etwas zu schaffen, das dazu beiträgt, das Wissen und die Weiterentwicklung im Bereich der Zahnmedizin für viele Jahre zu sichern.“ Bewerbungen für die Förderung



Joel Eklund, CEO von TePe Mundhygieneprodukte AB.



von Projekten durch die Eklund-Stiftung können im Frühjahr 2016 in englischer Sprache eingereicht werden. Bei einer Bewilligung werden die Gelder ab Herbst 2016 ausbezahlt.

Weitere Informationen zum Thema Bewerbung werden Anfang 2016 folgen.

TePe: Passgenaue Mundhygiene-Lösungen

Nach 50 Jahren Mundhygienetradition umfasst die Produktpalette von TePe passgenaue Lösungen für im Grunde jede nur denkbare intraorale Situation. Sehr gute Qualität, Benutzerfreundlichkeit und eine hohe Compliance ist allen TePe-Produkten gemein. Heute sind mehr als 25 Prozent aller in Schweden verkauften Zahnbürsten von TePe. Das Unternehmen vertreibt seine Produkte in 60 Ländern. [DT](#)



Quelle: TePe

Wichtige Führungswechsel

Straumann kündigt Veränderungen auf Leitungsebene an.

FREIBURG IM BREISGAU – Straumann hat Anfang Dezember drei wichtige Führungswechsel bekannt gegeben, mit denen die Wachstumsdynamik in den zwei größten Regionen – Nordamerika und Europa – weiter verstärkt werden soll.

Nachdem er bei Straumann die Region Westeuropa durch die Rezession und danach zurück zu solidem Wachstum geführt hat, wird sich Guillaume Daniellot mit seinem Engagement, seinen Führungsqualitäten und seiner großen Erfahrung in der Dentalindustrie nun auf den nach wie vor wenig

durchdrungenen nordamerikanischen Markt konzentrieren, um das dortige Wachstumspotenzial auszuschöpfen. Guillaume Daniellot wurde 2013 in seine bisherige Position berufen und gehört seitdem zur Geschäftsleitung (Executive Management Board) von Straumann.

Jens Dexheimer wird zum Leiter der Region Westeuropa befördert. Die Region umfasst Skandinavien, Großbritannien, Irland, Frankreich, die Beneluxstaaten, die iberische Halbinsel und Italien. Er rückt gleichzeitig in die Geschäftsleitung Basel (Executive Management Board, EMB), die für die operative Führung der Straumann-Gruppe verantwortlich ist und zudem die weltweite Strategie bestimmt, auf.

René Garo, derzeit Leiter von Straumann Benelux, wird ihm als Leiter von Straumann Deutschland folgen. René Garo ist seit 2007 bei Straumann und war bereits General Manager von Straumann in Italien sowie Regional Finance Officer in Nordamerika.

„Mit den Veränderungen stellen wir unseren Kunden in den für Straumann größten Regionen, Europa und Nordamerika, erfahrene Ansprechpartner zur Seite und stärken in den genannten Gebieten die Wachstumsdynamik“, so Wolfgang Becker, Vorstandsmitglied für Zentraleuropa sowie verantwortlich für die Distributoren in Europa, im Mittleren Osten und in Afrika. [DT](#)

Quelle: Straumann



V.l.n.r.: Wolfgang Becker, Michael Salge (CFO bei Straumann Deutschland) René Garo, Jens Dexheimer.



Wir regeln das für Sie!

Der Abrechnungsservice der PVS dental.

Jetzt noch komfortabler – mit dem neuen Kundenportal „PVS dialog“.



Das neue Kundenportal „PVS dialog“:
Mehr Transparenz.
Einfache Bedienung.
Dateneinsicht in Echtzeit.
Zugriff von überall her.

Sparen Sie Zeit und Geld.

Mit den Abrechnungsservices der PVS dental. Wir regeln für Sie Privat-abrechnungen, Korrespondenz mit Patienten und Kostenträgern, außergerichtliches und gerichtliches Mahnwesen, Ratenzahlung zur Umsatzsteigerung, Übernahme des Zahlungsausfallrisikos.

Ihre Vorteile:

- Vollständigkeitsprüfung jeder Rechnung
- Kein Honorarverlust
- Kein Ausfallrisiko
- Persönliche Beratung

Erstklassige Qualität und 100 Prozent Swiss Made

Bien-Air blickt auf eine über 50-jährige Erfahrung in der Dentalmedizin zurück und bietet umfassende Lösungen und Produkte an. Edgar Schönbächler, CEO der Bien-Air Dental SA, im Gespräch mit Majang Hartwig-Kramer, Redaktionsleitung Dental Tribune D-A-CH.



1

Abb. 1: Der Firmensitz des Unternehmens in Biel/Bienne, Schweiz.

Seit der Gründung 1959 verfolgt das Schweizer Unternehmen Bien-Air ein simpel erscheinendes Ziel: die Herstellung der besten Instrumente, um die Arbeit in der Praxis zu erleichtern und den Patientenkomfort stetig zu optimieren.

Dental Tribune: Herr Schönbächler, die Bekanntheit von Bien-Air reicht über Implantologiesysteme, Hand- und Winkelstücke und Turbinen hinaus. Mit welchen Produkten startete David Mosimann, der Gründer des Unternehmens, 1959?

Edgar Schönbächler: 1959 entwickelte David Mosimann seine ersten Turbinen. Er war seiner Zeit weit voraus und rüstete sie mit verschleißfreien Luftlagern aus und machte sie damit extrem zuverlässig. Kurz darauf stattete er alle Turbinenausführungen mit einem innengeführten Spray aus.

Bien-Air produziert in der Schweiz. Sind die Produkte 100 Prozent Swiss Made oder greift das Unternehmen auf Zulieferungen aus dem Ausland zurück?

Bien-Air-Produkte werden in der Schweiz in unserem Werk entwickelt und hergestellt. Wir können dazu auf langjährige Partner zählen, die in den Entwicklungs- und Herstellungsprozess eingebunden sind. Wir wählen unsere Partner sorgfältig aus, sie müssen unsere Ansprüche nach höchster Qualität erfüllen können.

Stichwort Produktentwicklung: Von der Idee bis zu deren marktreifer Umsetzung ist es oft ein langer Weg. Wer ist bei Ihnen in diesen

Prozess involviert und woher stammen die Ideen für Innovationen?

Vom Verkauf bis zur Produktion über die Entwicklung und den Kundenservice arbeiten die Bien-Air Mitarbeiter kundenorientiert. Feedback vom Markt, neue Technologien und Ideen werden sorgfältig evaluiert und fließen – wenn für gut befunden – in die Produkte ein. Es geht dabei nicht nur um Neuentwicklungen, sondern auch um Produkt- oder Prozessverbesserungen, die alle auf

geschützter Technologien bietet die Tornado eine herausragende Ausgangsspeisung von 30 Watt – aktuell die beste in der Branche. Sie minimiert das Hauptproblem von Zahnärzten – Zeitmangel – und verspricht den Benutzern das Qualitätsniveau und die Zuverlässigkeit, die sie von unserem Unternehmen gewohnt sind.

Die Tornado arbeitet mit 55 Dezibel zudem unvergleichlich leise und verbindet gekonnt Leistung mit Benutzer- und Patientenkomfort. Insofern ist es kein Zufall, dass Bien-Air die Tornado als erstes Instrument mit einem neuen Spray-/Beleuchtungssystem und einem verbesserten Spannsystem ausgestattet hat. Um die ausgezeichnete Beständigkeit zu garantieren, ist die Tornado mit anwendungsspezifischen Keramiklagern ausgestattet, die für schnellste Geschwindigkeiten und schwerste Lasten geeignet sind.

Die Winkelstücke der EVO.15-Serie sind weitere Produkt-Highlights Ihres Unternehmens. Das EVO.15



2

Abb. 2: Edgar Schönbächler, CEO Bien-Air Dental SA.

ner, stoßfester Edelstahlkopf bietet bemerkenswerte Wendigkeit und gute Erreichbarkeit der Weisheitszähne.

Die Vorteile des Winkelstücks EVO.15 kommen auf viele Arten zum Ausdruck, und Patientensicherheit steht klar an erster Stelle. Hinsichtlich Brandverletzungen von Patienten bringt die patentierte Erhitzungsbegrenzungstechnologie CoolTouch+™ von Bien-Air das Handstück näher an das Null-Ris-

paratur- oder Wartungsfall, einem bevorzugten Kundendienst und zahlreichen weiteren Vorteilen, wie Spezialpromotionen.

Bien-Air ist international erfolgreich und beschäftigt rund 350 Mitarbeiter in der Schweiz und weltweit. Wo sehen Sie das Unternehmen in zehn Jahren und welche Entwicklung wird die Branche generell nehmen?

Die Zahnmedizin hat in den letzten Jahren eine unglaubliche Entwicklung durchgemacht. Der Beruf ist heute hoch technisiert und diese Intensivierung wird mit der fortschreitenden Digitalisierung sicher noch andauern. Unsere Hightech-Instrumente müssen sich in dieses Umfeld nicht nur eingliedern, sondern den berühmten Schritt voraus sein, wie Bien-Air es in seiner langen Geschichte wiederholt gezeigt hat. Dazu sind grenzüberschreitende und neue Kompetenzen gefragt, die es gilt aufzubauen, um Komplettlösungen anbieten zu können. Wir wollen langfristig ein starkes, unabhängiges Unternehmen mit Schweizer Wurzeln bleiben. Der Kunde soll uns als starken Partner wahrnehmen, auf den er in jeder Situation zählen kann.

Herr Schönbächler, wir danken Ihnen für dieses interessante Gespräch und wünschen Ihnen und dem ganzen Unternehmen weiterhin viel Erfolg. ☐

„Wir wollen langfristig ein starkes, unabhängiges Unternehmen mit Schweizer Wurzeln bleiben.“

verfügt beispielsweise über eine neue, patentierte Technologie. Was ist neu an diesem Winkelstück?

Das Winkelstück EVO.15 verbindet hohe Effizienz und fortschrittliche Technologie. Das neuartige Spann- und Antriebssystem Accu-Chuck PreciPlus™ für rotierende Instrumente (beim Modell 1:5 L) ist ein perfektes Beispiel dafür – seine vibrationsdämmenden Eigenschaften reduzieren nicht nur störende Geräusche, sondern ermöglichen außerdem perfekte Stabilität und Präzision, unabhängig von Drehzahl und Drehmoment.

Die Größe des Winkelstücks EVO.15 lässt den Benutzer vergessen, dass er solch ein leistungsstarkes Instrument in der Hand hält. Sein klei-

ko. Gleichzeitig werden Bohreraus-rutscher dank eines besonders effizienten Fixiersystems verhindert.

In Kombination machen diese Sicherheitsmerkmale das Winkelstück EVO.15 zum sichersten elektrischen Handstück, das je entwickelt wurde.

Orientiert sich Bien-Air vorwiegend auf den europäischen Markt und in welchen Ländern gibt es Niederlassungen, die mit ihren Service-Angeboten die Kaufentscheidungen potenzieller Kunden beeinflussen?

Acht in Europa, den USA und Asien ansässige Niederlassungen des Bien-Air-Konzerns bilden die tragende Struktur eines gut eingespielten Vertriebsnetzes. Mit dem Markt und seinen Vertretern ist Bien-Air ständig im Gespräch, so dass das Unternehmen in der Lage ist, Instrumente und Gerätschaften nach den besonderen Anforderungen der Kunden zu entwickeln bzw. anzubieten. Mehr als 130 Techniker sorgen weltweit für einen schnellen und effizienten Kundenservice vor Ort.

In diesem Zusammenhang möchte ich auch unseren Club Bien-Air kurz erwähnen. Der Club Bien-Air ist ein kostenloser Service für unsere Kunden. Als Mitglied im Club kann der Zahnarzt seine Bien-Air-Produkte online registrieren, profitiert von einem kostenlosen Abholservice im Re-

die eine oder andere Art und Weise dem Kunden zugutekommen. In diesem Sinn kann man sagen, dass die ganze Firma in den Entwicklungsprozess involviert ist und dass dieser Prozess eigentlich nie aufhört.

Bien-Air ist der weltweit größte Hersteller von qualitativsten Mikromotoren für die Dentalmedizin. 2015 präsentierten Sie u.a. die 30-Watt-Turbine Tornado. Was kann diese, was andere Turbinen nicht können?

Die Turbine Tornado ermöglicht schnellere zahnmedizinische Eingriffe und wirkt somit äußerst positiv auf die Effizienz und Rentabilität von Zahnarztpraxen und Zahnkliniken. Dank einer Reihe



3

Abb. 3: iChiropro von Bien-Air ist ein über iPad gesteuertes und mit den leistungsstärksten Instrumenten ausgestattetes System – es öffnet den Weg zu einer ganz neuen Generation an medizinischen Geräten. – Abb. 4: Edgar Schönbächler, CEO Bien-Air Dental SA, und Peter Titus König, Niederlassungsleiter Bien-Air Deutschland GmbH. – Abb. 5: Die Winkelstücke der EVO.15 Serie.



4



5

Aligner-Therapie im Fokus

EAS-Kongress 2016: Kieferorthopäden aus der ganzen Welt treffen sich in Wien.



© Creativemarc

WIEN – Die European Aligner Society (EAS) wird am 13. und 14. Februar 2016 ihren ersten Kongress in der österreichischen Hauptstadt abhalten. Das Event wird sich ausschließlich der Aligner-Therapie widmen, einem Thema mit wachsender Bedeutung in der Kieferorthopädie.

Die EAS ist eine gemeinnützige Organisation, die im Mai 2014 gegründet und offiziell auf dem International Orthodontic Congress in London im September 2015 lanciert wurde. Die Gesellschaft wurde ins Leben gerufen, um das Know-how

von klinischen Experten und Herstellern, die in der Aligner-Therapie tätig sind, zu vereinen und ein neues Bewusstsein für die Aligner-basierte Behandlung zu schaffen. Die EAS ist bemüht, Informationen über kieferorthopädische Aligner-Therapie an Ärzte und die Öffentlichkeit durch effektive Kommunikation und Fortbildung zu vermitteln.

Um diesen Zielen gerecht zu werden, bietet die Veranstaltung ein eineinhalbtägiges Programm mit Vorträgen von ausgewählten Kieferorthopäden aus der ganzen

Welt. Außerdem werden Workshops zu Intraoral-Scanning, 3-D-Scan- und Druckverfahren sowie 3-D-Behandlungsplanung angeboten.

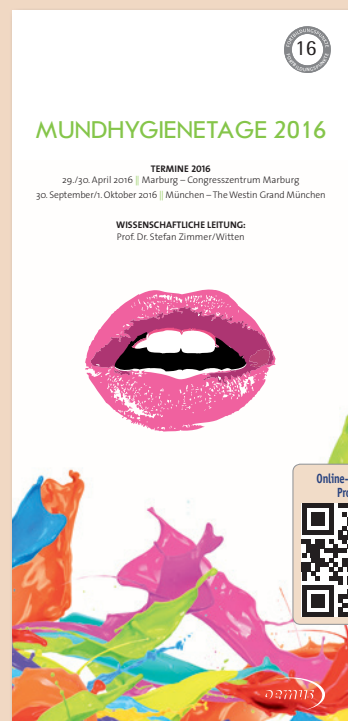
Der erste EAS-Kongress wird im Hotel Hilton Vienna, das Platz für bis zu 300 Teilnehmer und eine Ausstellungsfläche für mindestens 25 Firmen bietet, abgehalten.

Interessenten können sich ab sofort unter www.eas-aligners.com anmelden. **DT**

Quelle:
Dental Tribune International

Mundhygiene – kann das wirklich jeder?

Fortbildung für das gesamte Team – in Marburg und München.



MARBURG/MÜNCHEN – 2016 finden die MUNDHYGIENETAGE erneut an zwei Standorten statt. Die Teilnehmer haben die Möglichkeit, die Veranstaltung entweder am 29. und 30. April 2016 in Marburg oder am 30. September und 1. Oktober 2016 in München zu besuchen. Der Team-Kongress bietet im Rahmen des wissenschaftlichen Vortragsprogramms am Samstag umfassende Informationen zum Thema Mundhygiene sowie begleitend bzw. als Pre-Congress Seminare zu den Themen Praxishygiene und Qualitätsmanagement. Die wissenschaftliche Leitung der Tagung liegt in den Hän-

den von Prof. Dr. Stefan Zimmer. Zusätzlich interessant wird die Tagung, da parallel und unter Nutzung der gemeinsamen Industrieausstellung auch das IMPLANTOLOGY START UP 2016/17. EXPERTEN-SYMPOSIUM und die 13. Jahrestagung der DGKZ stattfinden.

Mundhygiene – das kann doch jeder. Wozu soll ich damit eine ganze Fortbildung verbringen?

Diese Frage stellt man sich vielleicht, wenn man das Programm der MUNDHYGIENETAGE in die Hand bekommt. Aber wahrscheinlicher ist, dass die eigene tägliche Erfahrung einem etwas anderes sagt, nämlich dass bei der Mundhygiene der Patienten noch einiges im Argen liegt und dass es sich lohnt, einen Tag damit zu verbringen. Tatsächlich ist es zwar so, dass nahezu jeder Deutsche regelmäßig Mundhygiene betreibt, aber leider nicht besonders erfolgreich. Sonst wäre es wohl kaum erklärbar, dass nur zwei Prozent der Erwachsenen plaquefreie Zähne haben und nur 7,4 Prozent ein blutungsfreies Zahnfleisch (Quelle: IDZ: DMS IV-Studie 2006). Eine repräsentative Studie der AXA-Krankenversicherung in Zusammenarbeit mit der Universität Witten/Herdecke hat auch gezeigt, dass nur 54 Prozent der Befragten sich bei ihrem Zahnarzt schon einmal über die richtige Putztechnik beraten ließen. Die gleiche Studie ergab, dass 57 Prozent der Befragten beim Zähneputzen kreisende und 33 Prozent schrubbende Bewegungen aus-

führen, nur zwei Prozent führen die bei der BASS-Technik erforderlichen rüttelnden Bewegungen aus. Die Beispiele fehlgeleiteter Mundhygiene ließen sich weiter ergänzen. Es gibt also einigen Veränderungsbedarf, denn der alte Grundsatz „Ohne Plaque keine Karies und (meist) keine Parodontitis“ besitzt weiterhin Gültigkeit. Die MUNDHYGIENETAGE 2016 vermitteln dazu das notwendige Handwerkszeug, von der Bürste über die Zahnpasta, die Mundspüllösung, die Hilfsmittel für die Interdental- und Zungenpflege bis hin zu Fluoridierungsmaßnahmen und der Frage, ob Parodontitis wirklich immer nur eine Frage schlechter Mundhygiene ist.

Zusätzliche Fortbildungsoption

Das eintägige Vortragsprogramm am Samstag (Hauptkongress) wird sich sehr konzentriert und spezialisiert diesen Themen widmen. Die parallel bzw. als Pre-Congress laufenden Seminare zu den Themen Hygiene und QM bieten eine vom eigentlichen Thema des Hauptkongresses abweichende zusätzliche Fortbildungsoption. Die wissenschaftliche Leitung der Tagungen liegt in den Händen von Prof. Dr. Stefan Zimmer. Zum Referententeam gehören neben dem wissenschaftlichen Leiter mit Prof. Dr. Nicole B. Arweiler, Prof. Dr. Thorsten M. Ausschill, Priv.-Doz. Dr. Mozhgan Bizhang und Priv.-Doz. Dr. Gregor Petersilka ausschließlich ausgewiesene und anerkannte Experten auf diesem Gebiet. **DT**
www.mundhygienetage.de

Im Team erfolgreich

Prophylaxe – Team Day: Voller Erfolg mit über 100 Teilnehmern.

KÖLN – Am 4. und 5. Dezember 2015 fand unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Ralf Rößler und Prof. Dr. Georg Gaßmann der Prophylaxe – Team Day der praxisHochschule Köln mit dem Thema „Qualitätsgesicherte Konzepte in der Parodontologie und Prävention“ statt.

Die Veranstaltung ist Auftakt einer Reihe von Team Days, die künftig einmal jährlich an der praxisHochschule mit wechselnden Schwerpunktthemen gemeinsam von der praxisHochschule und der

monstrationen sowie abends mit einer Alumniparty im Triple A Club aufwartete, stand am Samstag zum Hauptkongress ein umfangreiches, spannendes Vortragsprogramm mit erfahrenen Hochschullehrern und Praktikern auf der Agenda. So sprach u.a. Prof. Dr. Georg Gaßmann über Parodontitis und systemische Erkrankungen. Ihm folgten Dr. Dirk Bleiel mit dem Thema „Aufsuchende Seniorenprophylaxe?“ sowie Ralf Breier, welcher über Parodontitis und Kariesschutz durch Verdichtung von Schmelz-



1



2



3

Abb. 1: In den Behandlungseinheiten, in welchen der praktische Teil der Workshops stattfand, drängten sich die interessierten Teilnehmer. – **Abb. 2:** Die wissenschaftlichen Leiter Prof. Dr. Ralf Rößler (l.) und Prof. Dr. Georg Gaßmann (r.) mit Stephanie Sobola (Leiterin Hochschulmarketing). – **Abb. 3:** Am Stand der Fa. TS Pro.

OEMUS MEDIA AG veranstaltet werden.

Im Fokus der Veranstaltungskonzeption steht dabei das Praxisteam, denn nur im Teamwork kann der hohe Anspruch an eine präventiv ausgerichtete Zahnmedizin gelingen. Vorträge und Workshops sind daher auf die Stärkung dieses Teamgeistes ausgerichtet und weiten den Blick für neue und bewährte Wege im Präventionsmanagement.

Das Vortragsprogramm

Während der Pre-Congress am Freitag, 4. Dezember, mit insgesamt sechs Workshops inklusive Live-De-

und Dentinstrukturen referierte. „Parodontale Mikrochirurgie im Team“ hieß der Vortrag von Prof. Dr. Peter Hahner, M.Sc. Prof. Dr. Klaus Roth sprach zu dem Thema „Probiotika in der Zahnheilkunde“. Eine Abschlussdiskussion rundete den Vortragstag ab.

Team Day 2016

Aufgrund der hohen Nachfrage zu dieser Veranstaltung steht der Termin für dieses Jahr bereits fest: Der zweite Team Day findet am 2. und 3. Dezember 2016 in der praxisHochschule Köln statt. **DT**

www.team-day.koeln