



# Weiterbildung Oralchirurgie

Einreichfrist für Unterlagen endet am 31. Dezember.

BERN – Der Schweizerischen Gesellschaft für Oralchirurgie und Stomatologie (SSOS) obliegt die Nachdiplomausbildung zum Fachzahnarzt für Oralchirurgie.

Die Ausbildung dauert grundsätzlich drei Jahre in Vollzeitanstellung. Sie erfolgt an einer akkreditierten Weiterbildungsstätte mit anerkanntem Programmleiter und nach definiertem Programm. Die Ausbildung wird mit einer Fachzahnarztprüfung abgeschlossen.

Kollegen, die die Bedingungen zur Erlangung des Weiterbildungs-

titels Fachzahnarzt für Oralchirurgie erfüllen (z.B. 3-jährige Weiterbildung in Oralchirurgie, Promotion, zwei Publikationen, Kasuistik mit zehn Patienten usw.) und diesen beantragen möchten, sind eingeladen, die geforderten und vollständigen Unterlagen bis zum 31. Dezember 2016 an das Sekretariat der SSOS einzureichen.

Über die Internetseite [www.ssos.ch](http://www.ssos.ch) ist das Spezialisierungsreglement mit allen notwendigen Informationen einzusehen. [DT](#)

Quelle: SSOS

SSOS

← Fortsetzung von Seite 1: „Weihnachtswunder im Kanton Freiburg“



erfreuliches Ende nehmen kann, zeigt der Fall einer Patientin aus Giffers.

Von Zahnschmerzen geplagt, musste die Schweizerin Mitte November die Notaufnahme aufsuchen. Nach der erfolgreichen Behandlung wollte die Patientin die Rechnung begleichen, doch der Zahnarzt lehnte dies ab. Als kleines Vorweihnachtsgeschenk erliess er der Frau die Kosten.

Was genau gemacht wurde und wie viel die Schweizerin sparte, erwähnt der Bericht von 20min.ch leider nicht. Eine nette Geste des behandelnden Zahnarztes war es aber dennoch. [DT](#)

Quelle: ZWP online

## Editorische Notiz (Schreibweise männlich/weiblich)

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

Die Redaktion



# Gender Dentistry Award

Prof. Dr. Michael Hülsmann und Dr. Theresia Janke ausgezeichnet.

BERLIN – Bei der Mitgliederversammlung 2016 des Gender Dentistry International e.V. wurden am 11. November die beiden neu geschaffenen Wissenschaftspreise des GDI e.V. verliehen. Mit der Auszeichnung schlägt die Fachgesellschaft das nächste Kapitel in der Erfolgsgeschichte der Gender fokussierten Forschung in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde auf. Preisträger sind Dr. Theresia Janke für ihre Arbeit zur endodontischen Behandlung von Frauen und Prof. Dr. Michael Hülsmann, Göttingen, für wegweisende Beachtung von Gender Dentistry-Aspekten in Forschung, Lehre und Publikation.

GDI-Vizepräsident Dr. Tim Nolting M.Sc. ist Stifter der Preise. „Während mir als Sohn eines Gynäkologen und Endokrinologen eine differenzierte Betrachtungsweise von Forschungsergebnissen hinsichtlich der Unterscheidung von Geschlecht, ethnischer, sozialer und ökonomischer Herkunft sozusagen mit dem Mittagessen eingeflösst wurde“, so Nolting anlässlich der Preisverleihung, „musste ich doch während meiner Zeit an der Universität – im Studium und später als wissenschaftli-



cher Mitarbeiter – feststellen, dass trotz einer ungebremsen Flut von Forschungsarbeiten genau diese Sichtweise höchstens nebensächlich behandelt wurde.“ „Gender“ sei eher ein Schimpfwort gewesen, entsprechende Forschungsansätze seien links liegen geblieben. Es sei verwunderlich, dass Diagnosen und Therapien „selbst in einer hoch technisierten und forschersich aktiven Medizinwelt auch heute immer noch weitgehend ohne eine differenzierende Betrachtungsweise des Patienten getroffen und angesetzt werden“. Um einen Beitrag dabei zu leisten, dies zu ändern, habe er sich entschlossen, einen entspre-

chenden Preis zu stiften. „Wir möchten seitens der GDI sogar so weit gehen und sagen: Eine evidenzbasierte Zahnheilkunde darf nicht auf geschlechtsloser Forschung basieren“, so Dr. Nolting weiter.

Der Gender Dentistry International e.V. ist eine unabhängige wissenschaftliche Fachgesellschaft für approbierte Zahnärzte sowie approbierte Vertreter weiterer Heilberufe zur Förderung des Wissens um geschlechterspezifische Aspekte in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und dessen Anwendung in der Praxis. [DT](#)

Quelle: GDI e.V.

# Neverending Story

„Falscher Zahnarzt“ beantragte Arbeitslosengeld ins Gefängnis.

BIEL – Arbeitslos ist er in der Tat – und das zu Recht. Der als „falscher Zahnarzt“ bekannt gewordene Zahn-techniker von Biel sitzt seit März dieses Jahres im Gefängnis, weil er trotz fehlender Qualifikationen seit 2003 Zahnbehandlungen an Patienten vollzog.

Ist die Behandlung unter falschen Vorgaben an Patienten bereits ein dreistes Vergehen, toppt sein Antrag auf Arbeitslosengeld, obwohl eine Haftstrafe abgesessen wird, dieses

noch mal. Der gelernte Zahntechniker, der aktuell eine 54-monatige Gefängnisstrafe abzusitzen hat, beantragte kurz vor seiner Inhaftierung Arbeitslosenentschädigung. Nachdem er den ersten Beratungstermin bei der Regionalen Arbeitsvermittlungsstelle (RAV) aufgrund seiner Haftstrafe nicht wahrnehmen konnte, wurde sein Antrag vom Berner Wirtschaftsamt beco abgelehnt.

Da der „falsche Zahnarzt“ trotz seiner eindeutigen Verurteilung von

4,5 Jahren Haft davon ausgeht, dass er lediglich sechs Monate absitzen müsse, legte er gegen den Bescheid Beschwerde ein. Als er der darauffolgenden Forderung, sein genaues Entlassungsdatum und die dann geltende Anschrift mitzuteilen, nicht nachkam, erfolgte seitens des Verwaltungsgerichtes eine Recherche, die zum Verurteilten führte. Daraufhin wurde sein Antrag erneut abgelehnt. [DT](#)

Quelle: ZWP online

# Neues interdisziplinäres Zentrum

Speicheldiagnostik und Mundtrockenheit fächerübergreifend im Fokus.

BASEL – Seit Anfang des Jahres gibt es in Basel am UZB eine neue Anlaufstelle für Speicheldiagnostik und Mundtrockenheit. Unter der Leitung

von Prof. Dr. Andreas Filippi und Prof. Dr. Tuomas Waltimo stellt sich das neue interdisziplinäre Zentrum für Speicheldiagnostik und Mund-

trockenheit die Aufgabe, eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Verbesserung der oralen Gesundheit, der Prävention oraler Erkrankungen und der Lebensqualität eines Patienten zu erzielen.

Zu dem Patientenkreis, der von diesem neuen interdisziplinären Zentrum profitieren kann, gehört die immer grösser werdende Gruppe von onkologisch Erkrankten, alten Menschen mit subjektiver Mundtrockenheit (Xerostomie) oder mit objektiv messbarer Hyposalivation.

Das Zentrum für Speicheldiagnostik und Mundtrockenheit setzt auf fächerübergreifende Zusammenarbeit, u.a. mit dem Universitätsspital Basel USB und dem Universitäts-Kinderspital beider Basel UKBB, und gewährleistet auch die Durchführung komplexerer Therapien. [DT](#)

Quelle: UZB



© Visualisierungen: Birchmeier Uhlmann + Rabinovich Architekten AG  
Modellfoto: Fotowerkstatt Josef Riegger Basel

## 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](mailto:kontakt@oemus-media.de)  
[www.oemus.com](http://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](mailto:isbaner@oemus-media.de)

**Redaktionsleitung**  
Majang Hartwig-Kramer (mhk)  
[m.hartwig-kramer@oemus-media.de](mailto:m.hartwig-kramer@oemus-media.de)

**Anzeigenverkauf  
Verkaufsleitung**  
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller  
[hiller@oemus-media.de](mailto:hiller@oemus-media.de)

**Projektmanagement/Vertrieb**  
Stefan Thieme  
[s.thieme@oemus-media.de](mailto:s.thieme@oemus-media.de)

**Produktionsleitung**  
Gernot Meyer  
[meyer@oemus-media.de](mailto:meyer@oemus-media.de)

**Anzeigendisposition**  
Marius Mezger  
[m.mezger@oemus-media.de](mailto:m.mezger@oemus-media.de)

Lysann Reichardt  
[lreichardt@oemus-media.de](mailto:lreichardt@oemus-media.de)

Bob Schliebe  
[b.schliebe@oemus-media.de](mailto:b.schliebe@oemus-media.de)

**Layout/Satz**  
Matthias Abicht  
[abicht@oemus-media.de](mailto:abicht@oemus-media.de)

**Lektorat**  
Hans Motschmann  
[h.motschmann@oemus-media.de](mailto:h.motschmann@oemus-media.de)

Marion Herner  
[m.herner@oemus-media.de](mailto: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.

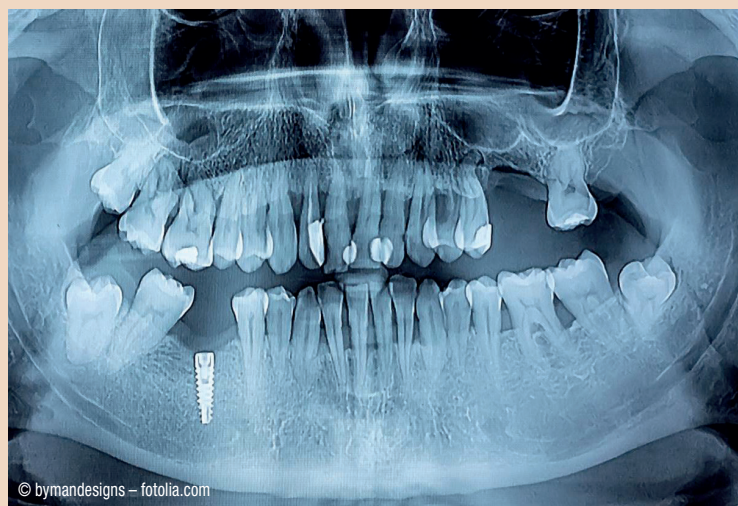
## Osseointegration und Risiko Rauchen

Studie belegt ungünstigen Einfluss auf Heilungsprozess.

GUARULHOS – Rauchen ist bekanntermaßen nicht nur schlecht für die Allgemein-, sondern auch für die Mundgesundheit, wie Studien zu Parodontitis, Karies und Co. belegen. Auch beim Thema Zahnersatz scheinen Raucher schlechtere Karten

gestrahlte und säuregeätzte Oberfläche haben, sollte die Einheilung begünstigt werden.

Die brasilianische Studie hat dazu 22 Patienten untersucht – elf Raucher und elf Nichtraucher. Jeder Teilnehmer erhielt ein Mikroim-



zu haben, wie Untersuchungen zu Zahnimplantaten zeigen. Eine brasilianische Analyse hat sogar spezielle Implantate mit sandgestrahlter und säuregeätzter Oberfläche untersucht.

Ob Zahnimplantate eine lange Lebenszeit im Patientenmund haben, ist von verschiedenen Faktoren abhängig. So steht beispielsweise Rauchen im Verdacht, die erfolgreiche Osseointegration, einer der Hauptgründe, warum Zahnimplantate dauerhaft im Kiefer halten, negativ zu beeinflussen. Mit dem Einsatz von Implantaten, die eine sand-

plantat, das nach acht Wochen wieder entfernt wurde. Für die Analyse entnahmen die Forscher ausserdem Biopsien der umliegenden Gewebe. Die Ergebnisse zeigten, dass die Osseointegration bei den Nichtrauchern weiter fortgeschritten war, als bei den Rauchern. So haben Raucher auch weiterhin – trotz der Verwendung spezieller Zahnimplantate – schlechtere Karten beim dauerhaften Zahnersatz. [DT](#)

Quelle:  
Clinical Oral Implants Research

## Native Bilayer-Kollagenmembran

Bio-Gide® Compressed von Geistlich Pharma bietet alternative Haptik.

WOLHUSEN – An der EAO in Paris hat die Geistlich Pharma AG das neueste Mitglied in ihrer Membranfamilie gelauncht. Geistlich Bio-Gide® Compressed ist eine native Bilayer-Kollagenmembran. Sie wurde speziell für Ärzte designt, die im Vergleich zur Geistlich Bio-Gide® alternative Handling-Eigenschaften bevorzugen.

Geistlich Bio-Gide® Compressed vereint die von Geistlich Bio-Gide® vertraute native Bilayerstruktur der Membran für zuverlässige Knochenregeneration<sup>1</sup> mit geglätteten Oberflächen. Die Membranoberseite ist mit einem „UP“ gekennzeichnet, um die korrekte Applikation zu unterstützen. Beim Benutzen der Geistlich Bio-Gide® Compressed wird der Unterschied zur Geistlich Bio-Gide® spürbar. Die Membran ist fester im Griff. Sie bietet eine alternative Haptik, dadurch ist sie während der Operation noch einfacher zu schneiden. Geistlich Bio-

Gide® Compressed ist in der Grösse 20 x 30 mm verfügbar und bietet Zahnärzten damit mehr Flexibilität bei Operationen.

Die kombinierte Anwendung von Geistlich Bio-Gide® und Geistlich Bio-Oss® in der GBR-Behandlung wird als der Standard für eine breit gefächerte Anzahl von Indikationen erachtet.<sup>2</sup> Mit dokumentiertem Erfolg: 91,9 Prozent Implantatüberlebensrate bei Implantaten in Knochen, der mit Geistlich Bio-Gide® und Geistlich Bio-Oss® regeneriert wurde – vergleichbar zu Implantaten in gesundem Knochen.<sup>3</sup> [DT](#)

### Referenzen:

- Schwarz F, et al.: Clin Oral Implants Res 2014; 25(9): 1010–15.
- Aghaloo TL, et al.: Int J Oral Maxillofac Implants 2007; 22 (suppl.): 49–70.
- Jung RE, et al.: Clin Oral Implants Res 2013; 24(10): 1065–73.

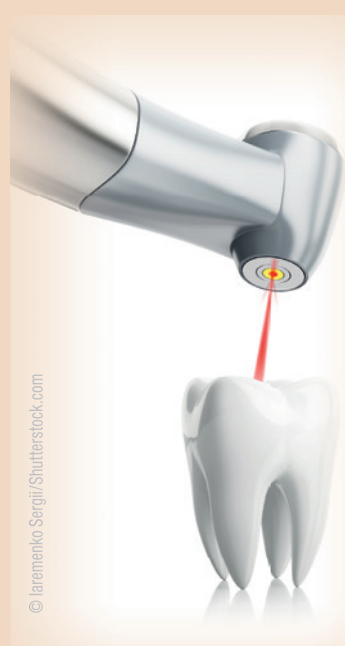
Quelle: Geistlich Pharma

## So effektiv ist die Laserbehandlung in der Zahnmedizin

US-amerikanische Forscher zeigen Wirksamkeit von Lasern auf.

NEW YORK – Die Verwendung von Lasern in der zahnmedizinischen Behandlung ist heutzutage mehr die Regel als die Ausnahme. Forscher haben jetzt eine Computersimulation entwickelt, um die Wirksamkeit verschiedener Laser zu zeigen. Die Ergebnisse wurden im Journal *Lasers in Surgery and Medicine* veröffentlicht.

Wissenschaftler des New York Institute of Technology konnten mithilfe der Simulation zeigen, wie Laser bakterielle Kolonien im Zahnfleisch abtöten und somit zur besseren Mundgesundheit beitragen. Untersucht wurden neben der Art der Laser auch die Tiefe und verwendete Wellenlänge. So konnten mit der mittleren Powerstufe eines 810-nm-Diodenlasers Bakterien abgetötet werden, die sich bis zu 3 mm tief im



Zahnfleisch befanden. Die Ergebnisse dieser Studie sollen zukünftig mehr Möglichkeiten schaffen, die Einstellung des Lasers so zu modifizieren, dass die besten Ergebnisse zur Bekämpfung der Bakterien erreicht werden und gleichzeitig das umliegende Zahnfleisch so wenig wie möglich belastet wird. Eine Minimierung der Hitzeschäden führt zu einer weitaus schnelleren Heilung des Zahnfleisches. Mit dem Resultat wollen die Forscher zeigen, welchen positiven Effekt Laser bei der zahnmedizinischen Behandlung haben. Die Wissenschaftler sind sich sicher, dass die Vorteile einer Laserbehandlung für den Patienten die zum Teil kostspieligen Anschaffungskosten aufwiegen. [DT](#)

Quelle: ZWP online

ANZEIGE

**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

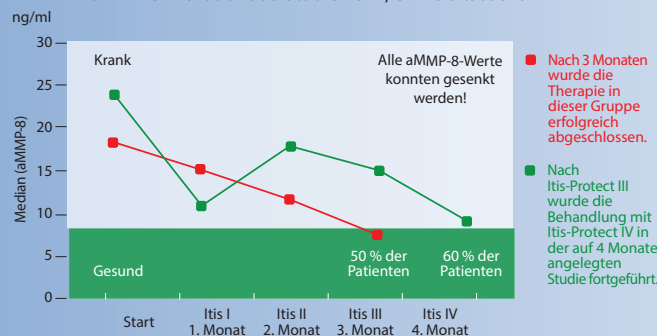


### Itis-Protect I-IV

Zur diätetischen Behandlung von Parodontitis

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

aMMP-8 - Parodontitis-Studie 2011, Universität Jena



### Info-Anforderung für Fachkreise

Fax: 0049 451 - 304 179 oder E-Mail: [info@hypo-a.de](mailto:info@hypo-a.de)

- ☐ Studienergebnisse und Therapieschema  
☐ hypo-A Produktprogramm

Name / Vorname

Str. / Nr.

PLZ / Ort

Tel.

E-Mail

IT-DTS 12.2016

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

[shop.hypo-a.de](http://shop.hypo-a.de)

# Einschleifen und Ansetzen

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

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

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

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

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

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

Etwas anspruchsvoller (aber empfehlenswert) ist prophylakti-

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

## Material und Methode

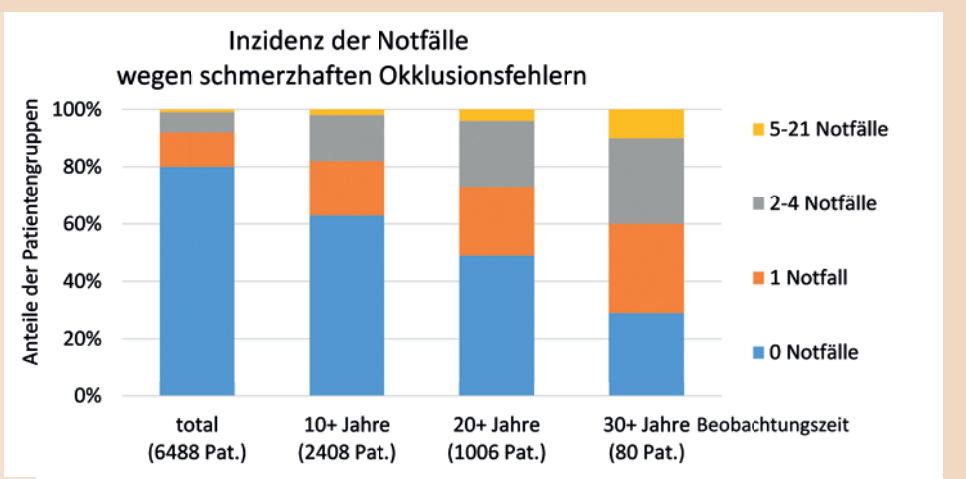
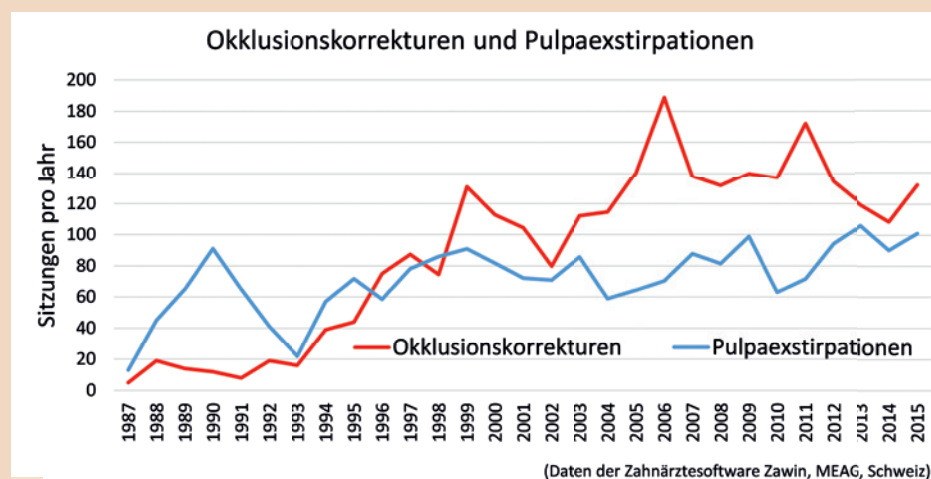
### Material

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

molar gegenüber einem Implantat).

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

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



**Abb. 1:** Die Kurve der Okklusionskorrekturen bei Schmerzpatienten ist zugleich die Lernkurve des Autors. Anfangs diagnostizierte er nur selten einen Okklusionsfehler, heute fast täglich. – **Abb. 2:** Unter den 6'488 Patienten, die der Autor bis 2015 in seiner Praxis behandelte, beträgt die Inzidenz der Okklusionsstörungen 20 Prozent. Bei den Patienten, die schon 30 und mehr Jahre die Praxis besuchen, beträgt sie 70 Prozent. Davon haben 10 Prozent rezidivierende Kauschmerzen (Bruxer mit tiefem Deckbiss, Kopfbiss, Lückengebiss, Parodontitis und Zungenpressen usw.).

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

## Einleitung

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

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

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

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

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

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

## Anamnese

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

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

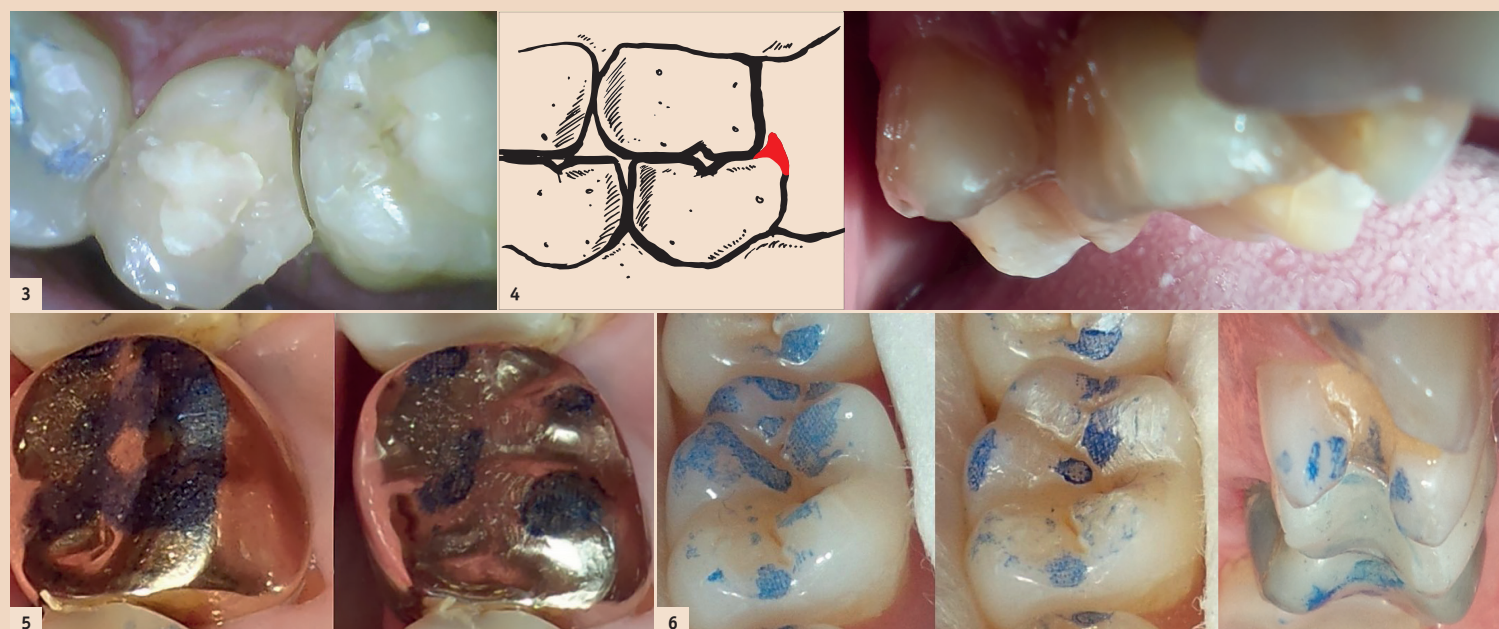
wird. Er entsteht nur bei zähem Kaugut und dauert etwa eine Stunde.

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

Folgende Zusatzinformationen sichern die Diagnose ab:

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

Fortsetzung auf Seite 6 →



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

## Information

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

# NEU: BiGaia™ ProDentis®



*Lactobacillus reuteri*  
Prodentis®  
klinisch geprüft

**Zutaten:** Isomalt (Zuckeraustauschstoff), *Lactobacillus reuteri* Prodentis® (*L. reuteri* DSM 17938 + *L. reuteri* ATCC PTA 5289), Palmöl, Pfefferminzgeschmack, Mentholgeschmack, Pfefferminzöl und Süßungsmittel (Sucralose). Nettogewicht pro Tablette: 800 mg. Kann bei übermäßigem Konsum abführend wirken.

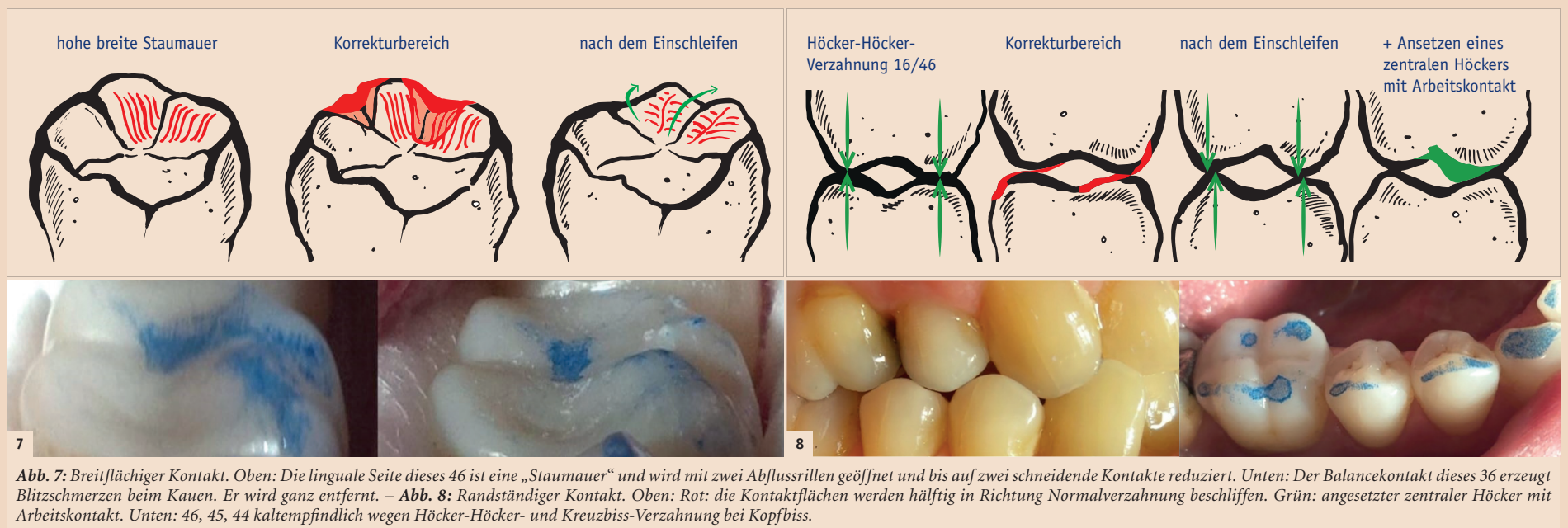
Vertrieb: Streuli Pharma AG

**Verzehrempfehlung:** 1-2 Lutschtabletten pro Tag. Langsam 1 Tablette im Mund zergehen lassen. Bevorzugt nach dem Zähneputzen.

Nahrungsmittel mit Minzgeschmack.

Für ein gutes Mundgefühl!





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

#### ← Fortsetzung von Seite 4

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

#### Untersuchung

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

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

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

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

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

schen störenden und notwendigen Kontakten.

- Umrandete Farbpunkte mit abgebildeten Textilfasern zeigen Vorkontakte an.

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

#### Einschleifen und Ansetzen

##### Einschleifen

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

3. Alle Balancen und Hyperbalancen werden entfernt und auffällige Vorgeleitbahnen horizontal geschliffen.
4. Die Frontzähne sollen die 12µ-Folie im Schlussbiss nicht fassen können.

#### Ansetzen

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

#### Verdankung

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

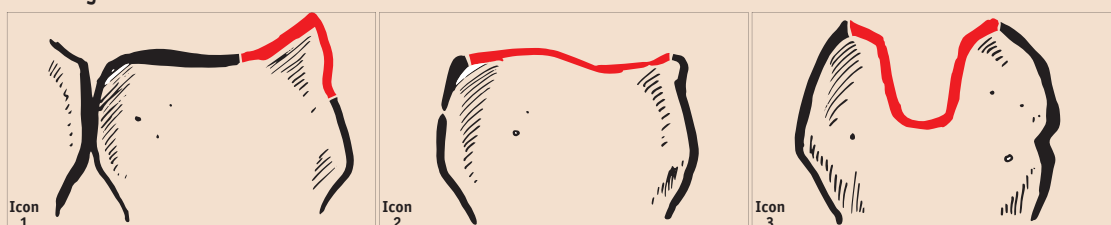


**Dr. med. dent.**  
**Walter Weilenmann**

Zentralstr. 4  
8623 Wetzikon, Schweiz  
Tel.: +41 44 930 33 03  
[w.weilenmann@hispeed.ch](mailto:w.weilenmann@hispeed.ch)  
[www.zahnarztweilenmann.ch](http://www.zahnarztweilenmann.ch)

#### Die häufigsten Fälle:

- vom Auge erkennbar



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

- nur durch Anfärben erkennbar



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

- durch Anfärben nicht erkennbar



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



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

## Erweiterung des Implantatportfolios

**CAMLOG vertreibt nun auch das Locator® Overdenture Implant System von Zest Anchors.**

WIMSHEIM – Seit vielen Jahren vertreibt CAMLOG die patentierten Locator® Abutments von Zest Anchors für die CAMLOG®, CONELOG® und iSy® Implantate mit grossem Erfolg. Die Stabilisierung von Deckprothesen durch zwei

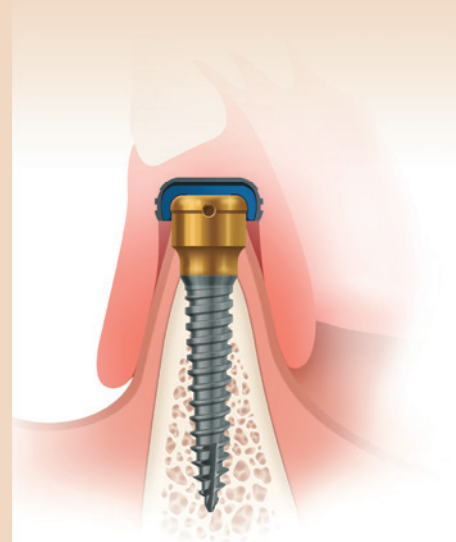
zahnlosen Patienten ist es oft nicht möglich zweiteilige Implantate mit Standarddurchmesser ohne aufwendige Chirurgie zu platzieren. Daher wünschen sich viele Behandler ein durchmesserreduziertes, minimalinvasiv zu inserierendes Implantat.

„Wir setzen damit auf die gute Zusammenarbeit mit Zest Anchors und profitieren von deren herausragender Erfahrung auf dem Gebiet der Deckprothesenverankerung“, so Christian Rähle, Leiter Produktmanagement und Entwicklung.

LODI ist ein durchmesserreduziertes, zweiteiliges Locator® Implantat. Die Implantate sind für die Sofortversorgung geeignet.

CAMLOG erfüllt mit dieser Sortimentserweiterung der Implantatlinien die Anforderungen der Kunden und deren Patienten nach einer minimalinvasiven Behandlungsoption im stark atrophierten Kiefer. Durch den Tragekomfort werden Sprache und Ästhetik verbessert. [DI](#)

Quelle: CAMLOG



beziehungsweise sechs Implantate im Unter- oder Oberkiefer mit Locator® Abutments ist ein evidenzbasiertes Behandlungskonzept. Bedingt durch die fortschreitende Resorption der Kieferknochen bei

## „Saving Kids Teeth“

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

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

Vorrangiges Ziel war es, auf Missstände aufmerksam zu machen, die es zu ändern gilt. Beispielsweise darauf, dass in Grossbritannien jährlich 46'000 Kinder ins Kranken-

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

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



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

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

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

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

Quelle: DMG

## Gemeinsam am indischen Markt

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



Der Geschäftsführer der neuen Zentrale in Bangalore, Raghavan Radhakrishnan (links), und Peter Malata, Geschäftsführer W&H, sind überzeugt, dass die Zusammenarbeit mit Planmeca die Kundennähe auf dem Dentalmarkt in Indien stärken wird.

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

Die neue Bürozentrale von W&H India und Planmeca India wurde im November 2016 in Bangalore, der Hauptstadt des indischen Bundesstaates Karnataka, in Betrieb genom-

men. Ziel der gemeinsamen Zentrale ist es, den Kunden ein breites Produkt- und Dienstleistungssortiment anzubieten. Ausgestattet mit einem modernen Showroom und ausgezeichneten Einrichtungen für Kundensupport und einem Vor-Ort-Kundendienst stellt das neue Büro eine wichtige Anlaufstelle für indische Kunden dar. W&H India und Planmeca India werden vom Geschäftsführer Raghavan Radhakrishnan geleitet, der bereits über mehrere Jahre Erfahrung in der indischen Dentalbranche verfügt. Zusammen mit den jeweiligen Teams für W&H und Planmeca trägt er Verantwortung für die kontinuierliche Marktentwicklung und die Expansion des Vertriebs- und Servicenetzwerks. „Durch die lokale Präsenz unseres Vertriebs- und Serviceteams können wir einen direkten Kundenkontakt herstellen. Das ist eine wichtige Grundlage, um eine gute Reputation aufzubauen und mit den Produk-



Jouko Nykänen, Vice President Sales bei Planmeca, sieht grosses Potenzial in der Kooperation.

ten von W&H und Planmeca das Vertrauen unserer indischen Anwender zu erlangen“, erklärt Raghavan Radhakrishnan.

„Durch die Niederlassung in Indien ist es uns möglich, Erkenntnisse über die Bedürfnisse der indischen Dentalindustrie aus erster Hand zu gewinnen. Die gemeinsame Nutzung der Büroräume und der sonstigen Infrastruktur von Planmeca und W&H ermöglichen es uns, den Zahnkliniken in Indien perfekte Lösungen anzubieten. Das ist unser Bestreben“, erklärt Peter Malata, Geschäftsführer von W&H. [DI](#)

Quelle: W&H

ANZEIGE

## Einfach – Speziell gemacht.



DLZ-Schweiz GmbH ist Mitglied von Swiss-Label.

Impl. Zirkonbrücke (indiv. geschichtet)  
**SFr. 1439.90\***



Vollzirkonbrücke Prettau (bemalt)  
**SFr. 520.80\***



Clear Flex mit Metallaufleger  
**SFr. 442.40\***



\* inkl. 30% Erst-Auftragsrabatt, Materialien/exkl. MWST

© Original-Patientenarbeiten aus DLZ-Produktion



DLZ Dentales Logistik Zentrum Schweiz

DLZ Dentales Logistik Zentrum Schweiz GmbH  
Kernserstrasse 29 | 6061 Sarnen  
Tel.: +41 41 660 75 67 | Fax: +41 41 660 75 68  
[info@dlz-schweiz.com](mailto:info@dlz-schweiz.com) | [www.dlz-schweiz.com](http://www.dlz-schweiz.com)

# Die Glidewell-Story: „American Dream“ der Zahntechnik

Die Erfolgsgeschichte des Unternehmens ist auch die persönliche Erfolgsgeschichte des Gründers Jim Glidewell. Er baute mit viel Geschick, Leidenschaft und Geschäftssinn ein Dentallabor auf, das heute weltweit rund 100'000 Kunden hat.

Wenn man über die Historie des US-amerikanischen Unternehmens Glidewell spricht, redet man zwangsläufig auch von der persönlichen Erfolgsgeschichte des Gründers Jim Glidewell. Der Mann aus Nevada fand sein Glück in Kalifornien, wo er mit viel Geschick, Leidenschaft und Geschäftssinn ein Dentallabor aufbaute, das heute weltweit rund 100'000 Kunden hat. Jim Glidewell wird 1945 in Las Vegas, Nevada, geboren. Nach Abschluss der Highschool 1963 verpflichtet er sich in der US Navy und ist während der frühen Jahre des Vietnamkrieges in Südostasien stationiert. Nach seiner Militärzeit will er eine Karriere starten, die mehr als nur die Rechnungen bezahlt. So steigt er in seinen Volkswagen und fährt nach Kalifornien. Sein Weg führt ihn schliesslich ans Orange Coast College in Costa Mesa, wo er den Grundstein für sein zahntechnisches Wissen legt. Gleichzeitig beginnt er als Techniker in einem Praxislabor zu arbeiten.

## Die Anfänge in den 1970ern

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



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

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



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

ästhetische temporäre Restaurationen. Mittlerweile beschäftigt Jim Glidewell 175 Angestellte, die mehr als 3'500 Zahnärzte bedienen.

Am 15. April 1993 erfolgt der nächste Umzug – diesmal in ein neues 7'500 Quadratmeter grosses Gebäude in Newport Beach. Der zusätzliche Platz erlaubt es Glidewell Laboratories, die Forschung und Entwicklung auszubauen und

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

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

Durch den Erfolg von BruxZir® erfährt Glidewell über die nächsten

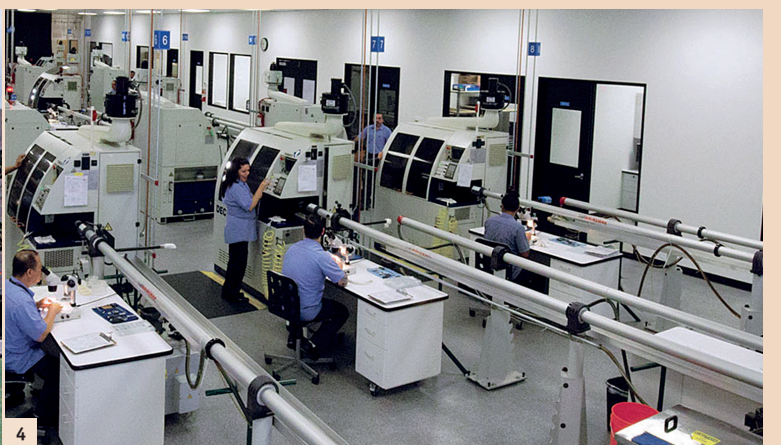
Jahre ein zweistelliges Wachstum. Nahezu alle Profite aus dem Labor werden in die Firma reinvestiert, um neue Materialien und Arbeitsabläufe zu entwickeln. Jim Glidewell macht enorme Fortschritte in anderen Segmenten der Industrie, wie der Implementierung von Intraoralscannern, der Entwicklung neuer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



2



3



4

Abb. 2: In den 1970er- und 1980er-Jahren wächst das Labor auf eine stattliche Mitarbeiterzahl und einen bemerkenswerten Kundenstamm heran. – Abb. 3: Die Gewinne aus dem stetigen Unternehmenswachstum reinvestiert Jim Glidewell 1993 in ein 7'500 Quadratmeter grosses Werksgebäude in Newport Beach. – Abb. 4: Heute hat sich Glidewell nicht nur mit Labordienstleistungen und Materialien, sondern auch mit der Implantatherstellung am Markt etabliert – Blick in die Fertigung.



5

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

Standorten in Südkalifornien, die er 1984 zu einem grossen Labor mit einer Produktionsfläche von mehr als 1'500 Quadratmetern zusammenfasst. Zu diesem Zeitpunkt erhält das Labor mittlerweile mehr als 50 Prozent seiner Arbeiten von auswärtigen Kunden via Postversand.

## Aus Leidenschaft vom Labor zum Hersteller

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

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

## Höhen und Tiefen im neuen Jahrtausend

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

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

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

Restaurationen und der Implantatherstellung.

Heute werden die Entwicklungen von Glidewell Laboratories weltweit genutzt. Mehr als 4'200 Mitarbeiter haben sich dem Ziel des Unternehmens verschrieben, qualitativ hochwertigen, lokal gefertigten Zahnersatz zu erschwinglichen Preisen zu produzieren. Seit 2011 ist Glidewell durch die Glidewell Europe GmbH mit Sitz in Frankfurt am Main auch in Europa vertreten. Für den hiesigen Markt gelten dieselben Prinzipien zur Beratung und Versorgung von Praxen, Dentallaboren und Patienten. [DT](#)

Quelle: Glidewell Europe GmbH

# SGI-Jahreskongress in Biel

Novum: Teilnehmer konnten Kongress aktiv mitgestalten.

BIEL (mhk) – Anfang November veranstaltete die Schweizerische Gesellschaft für orale Implantologie (SGI) ihren Jahreskongress mit dem Titel „Die 3. Dimension“.

Die Kongresshalle Biel, das architektonische Wahrzeichen der Uhrenstadt, war für zwei Tage Heimstatt für die Schweizer Implantologen. SGI-Präsident Dr. Bruno

staltung, und so wurden einige Neuheiten eingeführt, um einen fachlichen Austausch anzustossen.

## Neuheiten

Zum ersten Mal hatten die rund 280 angemeldeten Zahnärzte im Vorfeld die Möglichkeit, online Fragen direkt an die Referenten zu richten, die diese dann in ihre Vorträge

der ein bis zwei Patientenfälle diskutiert wurden. Zuhörer hatten die Chance, sich hier ebenfalls mit Fragen und Meinungen per SMS einzubringen. Bevor die Experten ihre jeweiligen Lösungsvorschläge kommentierten, wurde das Publikum aufgefordert, sich per SMS-Voting für eine der vier vorgeschlagenen Lösungsmodelle zu entscheiden. Am

Kongress durch Dr. Bruno Schmid – mit einem beeindruckenden Vortrag des Höhenmediziners und Extrembergsteigers Prof. Dr. Oswald Oelz. Er schilderte seinen Werdegang als Mediziner und sprach voller Leidenschaft von seiner Berufung zum Bergsteiger. Gleichzeitig appellierte er auch an die Zuhörer, auf die eigenen Kraftreserven zu

## Research Award

Im Rahmen der Veranstaltung wurde auch 2016 der Research Award, der junge Forscher aus Universitäten und der Praxis honoriert, verliehen. Zwei Anwärter präsentierten ihre Studien in Kurzvorträgen und stellten sich im Anschluss den Fragen der Jurymitglieder. Da diese keinem der beiden Beiträge den Vorrang geben



1

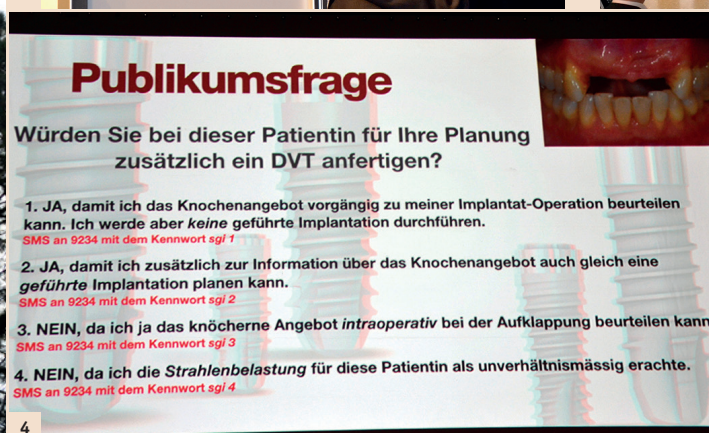
Abb. 1: Das Kongresshaus in Biel, der Veranstaltungsort für die SGI-Jahrestagung 2016. – Abb. 2: Dr. Bruno Schmid, Präsident der SGI, begrüsst die Teilnehmer. – Abb. 3: Die Fa. Straumann auf der SGI-Jahrestagung in Biel. – Abb. 4: Publikumsfrage zum ersten Themenblock ... – Abb. 5: ... und die Antwort des Plenums. – Abb. 6: Parallelprogramm am Samstag: „Was Dentalhygienikerinnen über Implantate wissen sollten“ – die Veranstaltung war restlos ausgebucht. – Abb. 7: Prof. Dr. Niklaus Lang (r.) und Prof. Dr. Andrea Mombelli (l.) referierten bei den Dentalhygienikerinnen.



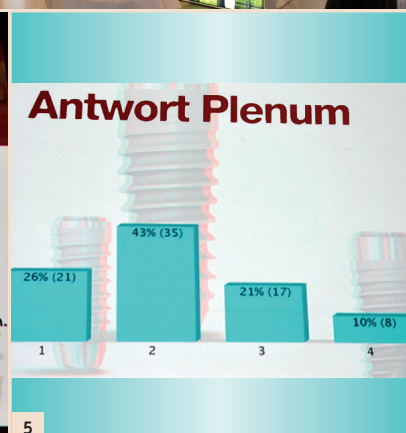
2



3



4



5



6



7

Schmid und die Wissenschaftliche Kommission luden ein, gemeinsam über „Implantatposition und -neigung: Erfolgsgaranten oder Nebensache?“ zu reflektieren.

Die Tagung in diesem Jahr stand ganz im Zeichen der aktiven Mitge-

einflussen lassen konnten. Ein Experiment, welches den Mehrwert der Veranstaltung für die Teilnehmer steigerte und einen direkten Praxisbezug ermöglichte. Am Ende jeder der drei Themenblöcke fand zudem eine Podiumsdiskussion statt, bei

Ende wurde dann das Ergebnis der Abstimmung auf der Leinwand öffentlich gemacht. Nicht immer waren sich Experten und Plenum bei der Beurteilung der Fälle einig.

## Grosser Erfolg bestätigt grossen Bedarf

Eine weitere Neuerung in diesem Jahr stellte das Parallelprogramm speziell für Dentalhygienikerinnen dar. Wie gross deren Interesse an der Veranstaltung war, belegt die Tatsache, dass diese mit 232 teilnehmenden DHs bis auf den letzten Platz ausgebucht war.

Am Samstagvormittag informierten Prof. Dr. Niklaus P. Lang, Dr. Sven Mühlemann, PD Dr. Philipp Sahrman und Prof. Dr. Andrea Mombelli darüber, „Was Dentalhygienikerinnen über Implantate wissen sollten“.

## Kongressprogramm

Das Wissenschaftsprogramm begann – nach der Eröffnung des

achten und dafür zu sorgen, dass sich die eigenen Akkus immer wieder aufladen. Er schafft das beispielsweise mit Bergtouren zum Mount Kenia, Mount Everest oder mit der Besteigung der Eigernordwand.

Bis Samstagmittag folgten Beiträge und Diskussionen rund um die Themen Befund/Diagnostik/Planung, Implantatchirurgie sowie rekonstruktive Versorgung und Langzeiterfolg. Ausgewiesene Spezialisten, wie PD Dr. Dr. David Schneider, PD Dr. Goran Benic, Prof. Dr. Nicola U. Zitzmann, Dr. Claude Andreoni, PD Dr. Vivianne Chapuis, Prof. Dr. Michael Bornstein, PD Dr. Stefan Fickl, Prof. Dr. Markus Hürzeler, Dr. Rino Burkhardt, Prof. Dr. Irena Sailer, Dr. Wolfgang Bolz und Prof. Dr. Giovanni Salvi sowie Dr. Jürg Schmid, referierten bzw. moderierten zu den Themen und standen in den Round-Table-Gesprächen für Falldiskussionen zur Verfügung.

konnte, entschieden sie sich, sowohl Dr. Nadja Rohr als auch Dr. Marc Balmer die Auszeichnung zu gleichen Teilen zukommen zu lassen.

## Rahmenprogramm

27 Unternehmen aus der Dentalbranche hatten sich die Gelegenheit nicht entgehen lassen, in Biel dabei zu sein – damit waren die Ausstellungskapazitäten bis auf den letzten Quadratmeter ausgeschöpft. Das ermöglichte den Gästen der SGI-Tagung, Theorie und Praxis zu verbinden und sich über neueste Entwicklungen auf dem Dentalmarkt zu informieren.

## Save the date

Nach dem Jahreskongress ist vor dem Jahreskongress. Die Planungen für 2017 laufen bereits: Der nächste SGI-Kongress mit Generalversammlung wird im Rahmen des Kongresses der Implantat Stiftung Schweiz am 17. und 18. November in Bern stattfinden. [DT](#)



8

Abb. 8: Am Ende des SGI-Jahreskongresses wurden die Preisträger des Research Award 2017 gekürt: Die Auszeichnung ging zu gleichen Teilen an Dr. Nadja Rohr und Dr. Marc Balmer.