



VIP-ZM e. V.

Verein innovativ-praktizierender  
Zahnmediziner/-innen e.V.

*Cuius enim panem manduco,  
carmina canto*

Egbert von Lüttich (1024)

## Schein oder Nicht-Sein?

Als Mitteilungsorgan des VIP-ZM e. V. stellen wir diesem diese Mitgliederseiten in unserer Zeitschrift für die Verbreitung seiner Ziele und Inhalte zur Verfügung. Das darin Geschriebene stellt nicht die Meinung des Verlages dar. Einer unabhängigen Berichterstattung verpflichtet, prüfen wir sorgfältig alle Inhalte und geben auch kritischen Meinungen eine entsprechende Plattform.

**Kommentar** Vereinsvorsitzender Dr. Armin Nedjat

Spätestens seit „9/11“ 2001 gibt es gesellschaftspolitisch gesehen zwei verschiedene Haltungen: die eine Gruppe, Anhänger von teilweise abstrusen Verschwörungstheorien, sehen Widersprüche in den Erklärungen, vermuten gar so manchen Sumpf in Politik und Gesellschaft und versuchen – mehr oder weniger – sich mit diesem horriblen Szenario zu arrangieren. Die andere Gruppe dagegen ignoriert die Fakten, lässt sich von den Medien leiten, hinterfragt nicht, profitiert aber von der „Neuen Realität“ und akzeptiert die sich ändernden Begebenheiten.

Ich als Präsident des VIP-ZM e. V. frage mich oftmals, ob sich nicht auch in unserem Berufsfeld die Welt samt Ethik und Moral gewaltig und in immer kürzeren Abständen verändert. In Deutschland werden zum Beispiel pro Jahr circa 12 Millionen Zähne extrahiert. Abzüglich der drei Millionen Milch- und Weisheitszähne verbleiben weitere neun Millionen Zähne, die versorgt werden sollten. Eigentlich ein Riesengebiet für die Implantologie – aber die traurige Realität liegt bei circa 1 Million Implantate, die jährlich in Deutschland inseriert und prothetisch versorgt werden. Diesen überaus überschaubaren Markt teilen sich vor allem 5 oder 6 Systeme. Vor über 30 Jahren stellte sich die Branemark-Gruppe mit der daraus hervorgegangenen Nobel Biocare als erster Implantathersteller auf und musste sich später den Markt zunächst nur mit der Straumann-Gruppe teilen, die aus meiner Sicht als klarer Sieger hervor ging, denn sie erzielte mit ihrer rauen, sand-blasted Oberfläche bessere Ergebnisse im Hinblick auf Osseointegration. Beide Unternehmen begannen schon sehr früh, Meinungsbildner und Universitäten für ihre Produkte zu gewinnen. Als Folge davon entwickelte sich eine kleine Elite

von „Implantologie-Experten“. Ab Mitte der 90er Jahre boten mehrere Fachgesellschaften Fortbildungen „Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie“ und später „Experte Implantologie“ an – meines Erachtens zeitintensive, aber fast rein theoretische Curricula mit einem Zeitaufwand von meistens acht bis zwölf Wochenenden in den Praxen eben dieser „Experten“ oder in Luxushotels bundesweit. Wirtschaftliche Monster-Extreme wie „Masterstudiengänge Implantologie“ mit Kosten von fast 40.000 Euro runden diese Fortbildungsangebote nach oben hin ab. Dies und noch weitere Gründe führten zu einer Art „Mystifizierung“ der Implantologie, als deren Folge sie sich nie wirklich in den Praxen etablieren konnte.

Wie in der „großen Politik“ auch geht es auf dem Implantologie-Sektor um Erhalt beziehungsweise den Ausbau von Marktanteilen. Es hat sich in den letzten Jahrzehnten gewissermaßen ein Kreis aufgebaut. Sie können es sich so vorstellen: Wollte man vor 20 Jahren Implantologie betreiben, so musste man kräftig in die Infrastruktur der Praxis investieren. Das wirkt noch heute nach und viele Implantologen sind überzeugt, zum Beispiel ein DVT besitzen zu müssen. Viele erachten es aber als notwendig, um sich gegenüber ihres „Praxis-Nachbarn“ schon allein technisch differenziert darstellen zu können. 2011 wurde vom Bundesverfassungsgericht bestätigt, dass die Formulierung „einzigartige Vorteile bei der Implantologie-Diagnostik“ im richtigen Sachzusammenhang und in Bezug auf Werbung nicht berufswidrig ist. Obwohl Zahnärzte von den großen Systemen Chirurgie-Box(en) und ein großes Lager an Implantaten auf Kommission erhielten, verschlang

doch die Ausbildung („Experte Implantologie“) bei einer der damals etablierten Fachgesellschaften nicht nur enorm Zeit, sondern eben auch viel Geld. Der Plan war wohl, dass Patienten, die Implantate benötigten, ausschließlich in diesen „Experten-Praxen“ versorgt werden sollten. Diese Entwicklung gipfelte darin, dass sich Oralchirurgie- und MKG-Verband zusammenschlossen und dafür eintraten, dass niedergelassene Zahnärzte keine Implantologie mehr betreiben sollten. Warum? Weil sie schon damals ahnten, dass der Wettbewerbsdruck gegenüber den Kollegen im direkten Umfeld steigt, wenn auch der „Haus- und Wiesen-Zahnarzt“ Implantate inseriert. Zum Glück gewannen die niedergelassenen Zahnärzte den Prozess und erhielten das Recht, weiterhin ihre Patienten selbst implantieren und versorgen zu können!

Mit dem Anspruch einer wissenschaftlichen Organisation schlossen sich diese großen Praxen in einer Gesellschaft zusammen. Neu war jetzt allerdings der digitale Workflow. Schöner Nebeneffekt für die Industrie: Auch dies erfordert eine immense technische Aufrüstung. So merken diese Großpraxen zum Teil gar nicht, dass sie in eine direkte Abhängigkeit zum System geraten sind. Sie bezahlen jeden Preis, machen jede Preiserhöhung mit und sind durch diese künstlich geschaffene Abhängigkeit Innovationen gegenüber nicht mehr aufgeschlossen. Mega-Kongress-events halten sie bei Laune, flankiert von durchgestylten IDS-Ständen vermitteln ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit. Neue Inhalte und Entwicklungen? Fehlanzeige! Es wird immer wieder das gleiche erzählt!

Der Patient geht noch immer davon aus, dass es einer High-Tech-Praxis bedarf, um Implantologie nach allen Regeln der Kunst und modern betreiben zu können – denn auch in den Medien verbreiten diese Konzerne ihre Botschaften. Erinnern Sie sich noch an Günter Jauch, in dessen Live-Sendung 2006 sechs Implantate inseriert und der zuvor angefertigte, definitive Zahnersatz gleich eingesetzt wurde? Natürlich erfuhr der Zuschauer später nicht, dass sämtliche unter großer Show inserierten Implantate wieder explantiert werden mussten.

Universitätskliniken sind von deutschen und europäischen Forschungsprojekten abhängig. Diese Projekte werden mit Millionen gefördert – aber der wissenschaftliche Wert dieser daraus resultierenden „papers“ bietet oft nicht mehr Inhalt als die Inhaltsangabe eines Nutella-Glases! „Wes Brot ich ess“, des Lied ich sing!“, formulierte einst Martin Luther und bezog sich dabei auf die mittellateinischen Schriften des Egbert von Lüttich von 1024: „Cuius enim panem manduco, carmina canto“. Entspricht das Ergebnis eines „papers“ nicht den Erwartungen des Sponsors, so wird es nicht veröffentlicht bzw. im Abstract so dargestellt, dass sich kein Ergebnis ergibt.

Sehr leicht kann das Ergebnis einer Implantatsystem vergleichenden Studie im Vorfeld beeinflusst werden: Das beginnt bereits mit der strengen Indikationsstellung, welche Patienten für eine Studie überhaupt aufgenommen werden: Man nehme für das System XY nur junge Patienten unter 30 Jahren, natürlich Nichtraucher, keine Medikamenteneinnahme innerhalb der letzten

fünf Jahre, anamnestisch muss alles auch ohne Befund sein, keine Parodontitis, keine klinischen Taschen über 2mm. Das Ergebnis wird ein fast 100-prozentiger Erfolg sein und ist nicht mit dem neuen, durchdachten Design oder noch verbesserter Top-Oberfläche begründbar. Ganz anders wird dieses „Ergebnis“ jedoch in der Außendarstellung wahrgenommen, da der Hauptkonkurrent lediglich 99,1 Prozent Erfolg auf zehn Jahre aufweisen kann, begründet zum Beispiel durch andere, schlechtere Kriterien bei der Patientenauswahl.

Aber alles lässt sich noch steigern, zum Beispiel auf dem Gebiet der Zirkon-Implantatsysteme. Da die „Großen“ offensichtlich den Zug „metallfrei“ verschlafen haben, setzte man noch vor zehn Jahren vollends und ausschließlich auf Titan, aber immerhin sprach man damals bereits detailliert über Titanoxid-Abrieb im Knochen und über mögliche Unverträglichkeiten bei Patienten, die mittlerweile mit 10 bis 15 Prozent der Bevölkerung verifiziert wurden. Als Antwort darauf wurde auf eilig einberufenen Fortbildungsveranstaltungen postuliert und verkündet, dass – wenn überhaupt – nur bei 0,5 Prozent aller Patienten eine Titanallergie feststellbar sei. Dass eine Unverträglichkeit jedoch nichts mit einer Allergie im immunologischen Sinne zu tun hat, war den Veranstaltern zwar klar, aber das Thema wurde ausgeklammert, denn die „Jünger“ sollten ruhiggestellt werden, bis man echte Alternativen, natürlich „evidenced based“, selbst etabliert hat. So einfach ist das! Man kaufte bestehende Zirkon-Systeme auf oder beteiligte sich mit Kaufoptionen an bereits etablierten Zirkon-Systemen. Dass man immense Summen für „die Katze im Sack“ (weil man sich in diesem Metier überhaupt nicht auskennt!) ausgibt, ohne zu wissen, welche Risiken man damit eingeht, ist, nach meinem Dafürhalten, unvorstellbar. Aber es geht letztendlich nur um die Marktposition, Schaffung neuer Märkte, tolle Quartalsberichte für shareholder – aber gar nicht um das Wichtigste unseres tagtäglichen Handelns: den Patienten und sein Wohlbefinden. Manche wissenschaftliche Statements sind bewiesenermaßen und wissenschaftlich, nicht nur falsch, sondern die gesamte dahinter stehende Philosophie ist haltlos und für jeden, zumindest die, die sich in die Materie eingearbeitet haben, nicht nachvollziehbar: Es geht um die Spaltproblematik bei verschraubten Zirkonsystemen. Man kann hier nur noch von Makro- und nicht mehr von Mikrospalten sprechen, denn diese Spalte sind gar noch größer als sie es zu Beginn des ersten zweiteiligen Titansystems waren. Gründe sind in der fehlenden physikalischen Kaltverschweißung zu suchen. Wir stritten einst bei Titansystemen, ob ein 0 bis 0,6 µm großer Spalt bei ø3,5mm-Implantaten nach 5 Millionen Belastungszyklen bei jeweils 300N nicht das „Maß aller Dinge“ sei. Die Folge war, dass nunmehr auch „die Großen“ die Konzepte ihre bisherigen Titan-Implantattinnengewinde zugunsten von konischen Verbindungen über Bord werfen mussten. Die gesamte Studienlage der evidenced based-Untersuchungen bezüglich der etablierten Systeme wurde quasi über Nacht „in die Tonne gekloppt“. Jetzt wird von Konzernmanagern, die vielleicht gar nicht über Grundkenntnisse über Zirkon verfügen, einfach die Meinung der Industrie übernommen und verbreitet. Es entsteht aber inzwischen ein Problem: Die Zahnärzte sind längst nicht mehr so gutgläubig wie einst und vertrauen mittlerweile mehr ihrem Bauchgefühl »

und natürlich ihrem Wissen. Ansonsten würden sie nämlich auch Keramik-Inlays verschrauben oder Zirkon-Zirkon-Teleskopkronen einsetzen.

Wie konnte es zu einer solch fatalen Fehleinschätzung „der Großen“ kommen? Meiner Meinung nach ganz einfach: Sie fragten ihre bisherigen „Titan-Experten“, welche Anforderungen ein Zirkon-system aus ihrer Sicht erfüllen müsste: Viele gingen davon aus, dass man die (funktionierende) Welt der Titansysteme als ungedänderte Blaupause auf Zirkon übertragen könne: Sowohl das Design der Implantate als auch die Methodik der Abutment-versorgung sollten identisch mit den Titansystemen sein: „Ein Abutment MUSS verschraubbar sein“, so lautete die Devise. Dass wir es jedoch mit einem völlig anderen Werkstoff zu tun haben, davor verschloss man die Augen. Es gibt nur ein funktionierendes Konzept für eine Implantatkörper–Abutmentverbindung: sie miteinander zu verkleben. „Richtige“ Chirurgie-Implantologen wollen aber nichts mit Composite-Verklebungen zu tun haben. Sie fürchten dies wie der Teufel das Weihwasser, weil sie eventuell nicht einmal logistisch in der Lage sind, ein Keramik-Okklusal-Inlay zu verkleben (sie verfügen beispielsweise weder über eine Polymerisationslampe noch über Erfahrungen mit Compositen). Auch beim Design eines Zirkon-Implantats wurden und werden immer noch gravierende Fehler gemacht: Übernimmt man Durchmesser und Design von „spitzen“/dünnwandigen Titansystemen, kommt es zu Frakturen, die dann den Ruf aller Zirkon-systeme belasten.

Ein dritter Punkt, der ebenfalls bisher außer Acht gelassen wurde: Wie schafft man es, die Oberfläche eines Zirkon-Körpers, der 1.400 mPa beziehungsweise 2.000 mPa (ATZ-Keramiken mit 25 Prozent Aluminiumoxid-Anteil) Härte aufweist (im Gegensatz zu 495 mPa bei Titan Grad4 kaltverformt), anzurauen? Physikalisch-wissenschaftlich gesehen ist es unmöglich, eine gesinterte, gehippte Keramikoberfläche annähernd mit einer Rauigkeit zu versehen, die mit einem Titan-Implantat vergleichbar ist. Die Lösung ist einfach, aber Patent geschützt: Man produziert das Zirkon-Implantat, raut es mit einem bekannten Strahlverfahren auf und sintert (härtet) es erst danach.

Ich könnte noch weitere Seiten zu diesem Zirkonthema verfassen, aber ich empfehle, sich selbst die erforderlichen Informationen über die Kriterien zur Auswahl Ihres Implantatsystems zu verschaffen, denn Sie sind letztendlich Ihrem Patienten gegenüber allein verantwortlich! Vertrauen Sie unabhängigen Langzeitstudien und Ihrem gesunden Menschenverstand.

Vergleichbar mit dem Zirkon-Implantatmarkt geht es rein wirtschaftlich gesehen zur Zeit auf dem boomenden Implantatsektor zu: den Knochenersatzmaterialien. Uns Anwendern wurden jahrzehntelang „Potemkin'sche Dörfer“ aufgetischt – und diese auch noch wissenschaftlich bewiesen. Sowohl bovines Material als auch  $\beta$ -TCP in allen Formen würden resorbiert und quasi eine „Knochenleitschiene“ darstellen usw. Ich selbst vertraute seiner Zeit dieser Wissenschaft und den (wie ich mittlerweile vermute), der Industrie wohlgesonnenen Meinungsbildnern. Jeder Implantologe weiß hingegen längst selbst, dass dies eine Lüge war. Bei

Bohrungen in einen vor 10 oder 15 Jahren mit bovinem Material aufgebauten Knochen krümelt uns das gleiche Material unverändert heraus und bei diversen eingesetzten TCP-Produkten kommt uns teilweise nur noch „Matsch“ entgegen. Diese völlig überbewerteten Produkte wurden nicht in Knochen umgewandelt. Es hat vermutlich niemals, zu keinem Zeitpunkt und bei keinem einzigen Implanteur eine Ersatz-Knochenresorption stattgefunden. Als vor Jahren auf einem französischen Kongress Prof. Binderman (Universität Tel Aviv) eine einfache, aber simple Möglichkeit zur Erzeugung von autologem Knochenersatzmaterialien aus extrahierten Zähnen vorstellte, ist mir ein Licht aufgegangen. Mit dem von Prof. Binderman entwickelten Smart Grinder-Verfahren kann jeder Zahnarzt selbst innerhalb von lediglich 7 bis 10 Minuten KEM herstellen und es dem Patienten wieder zurückführen. Dieses Verfahren ist wirtschaftlich gesehen eine Katastrophe für die etablierte KEM-Industrie, kostet den Patienten aber nur einen Bruchteil verglichen mit den anderen Materialien – bei einem weitaus besseren Ergebnis. Zumal in diesem Zahnmaterial (zunächst mechanisch von Fremdstoffen befreit, dann partikuliert und anschließend gereinigt) mehr BMPs (Knochenwachstumsfaktoren) vorhanden sind als im Knochen selbst. Jeder Anwender (inzwischen fast 1.000 allein im deutschsprachigen Raum) ist begeistert und vor allem sind es die Patientenergebnisse, die überzeugen: Bereits nach zwei Monaten „Smart Grinder“ kann man in eine Art D2 ankylosiertes Zahn/Knochen-Gemisch implantieren. Und was passiert jetzt: Es wird von verschiedenen Stellen ein Veto gegen wissenschaftliche Artikel eingelegt, so dass diese nicht veröffentlicht werden konnten (Beweise dazu liegen dem Autoren vor). So erschienen diese Fachbeiträge dann in nicht-pubmed-gelisteten Journalen. Anders als in Deutschland sieht dagegen die Presselandschaft in anderen Ländern aus: In den USA beispielsweise verfasste der ehemalige Harvard-Chef A. Nevins mit weiteren Experten ein außergewöhnlich positives Paper über das Smart Grinder-Verfahren.

In Deutschland werden Praxisbesitzern, die sich bislang nicht „vom System“ einnehmen ließen, Ängste eingeflößt, falls sie dieses perfekt organisierte Spinnennest verlassen oder ihm erst gar nicht beitreten wollen. Vorurteile gänzlich ohne wissenschaftliche Grundlagen werden postuliert. Teilweise angewiesen auf die Unterstützung der Wirtschaft beginnt diese Entwicklung bereits in der Ausbildung: Dort werden Verfahren in die Köpfe der angehenden Zahnärzte gepflanzt, etabliert und diese als „Gold-Standard“ verkauft, obwohl auch deren Oberfläche inzwischen längst Rost angesetzt haben beziehungsweise die Philosophie dahinter nicht mehr stimmig ist. Auch das deutsche Gutachterwesen wurde von diesen „Fach-Experten“ unterwandert. Aus den Ausführungen so mancher „Sachverständiger“ geht hervor, dass es eigentlich unverständlich sei, wie man vor zehn Jahren ohne DVT oder ohne DVT-basierte Schablonen implantieren konnte. Die Schlinge zieht sich immer weiter zu. Gerade deshalb begeistert es mich, dass ein Großteil der Zahnärzteschaft diese „Politische Landschaft“ längst durchschaut und dementsprechend entgegensteuert: Man verlässt die Systeme, die für diese Misere verantwortlich sind, schaltet lieber seinen eigenen Kopf ein, anstatt dem früheren Mainstream blind zu folgen. Ich wurde vor 15 Jahren auf einem Implantologie-Kongress



Zu einer VIP-ZM Patientenveranstaltung im April zum Thema MIMI-Implantologie konnte Dr. Lukas Bündgen (Oralchirurg in Freiburg) als VIP-ZM Kreisvorsitzender mehr als 65 Patienten begrüßen. Die positive Resonanz der Bevölkerung zur Basisarbeit des VIP-ZM erfreute uns alle. Auch Themenschwerpunkte wie Laserzahnheilkunde, moderne Kieferorthopädie und Ästhetik werden und können weiter mit Unterstützung des VIP-ZM e. V. von unseren Mitgliedern zur Informationsaufklärung dienen.

quasi „ans Kreuz geschlagen“, als ich von meinen sehr positiven Erfahrungen bezüglich Sofortimplantaten in Verbindung mit dem MIMI-Verfahren berichtete. Auch das MIMI-Verfahren wurde damals als Außenseiter-Methode nicht-wissenschaftlich diffamiert, obwohl man sich damals noch nicht einmal mit ihm befasst hatte. Inzwischen übernahmen die Fachgesellschaften nicht nur meine Methodik, sondern maßen sich auch an, diese entwickelt zu haben. Doch im Kern haben sie diese immer noch nicht verstanden: „Minimalinvasiv“ in der Implantologie hat nichts mit kurzen, durchmesserreduzierten Implantaten zu tun, sondern mit der Methodik der Durchführung. Oder würden Sie als Patient gerne Stents an Ihrem Herzen mit althergebrachter und aufwändiger Brustkorberöffnung eingesetzt bekommen, auch wenn Ihr Chirurg dies als minimalinvasiv betitelt, weil die Stents kürzer und durchmesserreduziert seien? Wohl kaum ... Ähnlich ist es bei uns in der zahnärztlichen Implantologie: Es muss bei jeder Operation vermieden werden, das Periost durch Mukoperiostlappen-Bildungen zu verletzen. Neulich erfuhr ich bei einem Kongress von diversen „Experten“, die empfahlen, gänzlich auf Periostschlitzungen und vertikale Inzisionen zu verzichten. Fakt ist jedoch: Entweder man löst das Periost von seiner Unterlage (dem Knochen) oder nicht. Entweder unterbricht man die Ernährung des Knochens oder nicht. Dass nach pubmed-Studien die Ernährung des periimplantären Knochens nach fünf bis sieben Jahren allein durch die althergebrachten Mukoperiostlappen-Bildungen um 60 bis 70 Prozent eingeschränkt ist und die MPL-Bildungen der Hauptgrund für eine spätere Periimplantitis darstellen wird, wird offensichtlich ignoriert, da man nur Studien liest und zitiert, die ins eigene Konzept passen.

Das MIMI-Insertionsprotokoll begann seinen Siegeszug 2006. Die Message war damals wie heute eindeutig: Implantationen gehören in die Hand des normalen Zahnarztes, es bedarf weder eines Strukturwandels in der Praxis noch des Personals und in der Regel benötigt man keine Technologien wie DVT oder Mikromotor. Das jährlich stattfindende CITC Curriculum (Leitung: Univers.-Professor Dr. Dr. Jean-Pierre Bernard unter Federführung des VIP-ZM e. V.) bekräftigt diese Vision: Implantologie ist eine alltägliche Fachrichtung ohne Mystifizierung. Ein Curriculum muss praktisch orientiert sein mit zahlreichen, selbst

durchgeführten Operationen, möglichst unter Supervision eines erfahrenen Kollegen – in der eigener Praxis an den eigenen Patienten. Man benötigt, technisch gesehen, lediglich kleine Röntgenbilder und für den seitlichen Unterkiefer ein OPG. Statt einer softwarebasierten Schablone leiten die kortikalen Schichten den langsam drehenden konischen Dreikant-Drill in die Spongiosa: Das ist die CNIP-Navigation, die eine Perforation des Knochens ausschließt. All diese Forderungen erfüllt das CITC Curriculum.

### Fazit

Der Fokus, der Patient selbst, wurde und wird seit Jahrzehnten vollends ignoriert beziehungsweise außer Acht gelassen. Mittlerweile kann er sich über Internet und soziale Medien ganz anders als noch vor 20 Jahren informieren und sich seine eigene Meinung bilden. Deshalb vertrauen Patienten längst nicht mehr blind ihrem Zahnarzt und holen sich vor hohen Ausgaben wie zum Beispiel neuem Zahnersatz meistens eine Zweitmeinung ein, zum Beispiel auf Info-Veranstaltungen von Implantologen.

Solch eine veranstaltete zum Beispiel der VIP-ZM Ende April in Freiburg. Circa 65 Patienten informierten sich über moderne minimalinvasive Insertionstechniken und es blieb am Ende eigentlich nur eine Frage offen: Warum inserieren nicht alle Zahnarztpraxen nach dem MIMI-Insertionsprotokoll? Ich bat um Verständnis für diese Zahnärzte, denn es ist verständlich, dass man durchaus auch erfolgreiche Verfahren, die man 20 bis 30 Jahre lang durchführte, nicht einfach so ad acta legen könne.



### Dr. Armin Nedjat

Zahnarzt, Präsident VIP-ZM e.V.

—

Sekretariat VIP-ZM e. V.

Silvanerstraße 13a

55129 Mainz

E-Mail: [info@vip-zm.de](mailto:info@vip-zm.de)

[www.vip-zm.de](http://www.vip-zm.de)