

A close-up portrait of a bald man with light blue eyes, wearing a light blue button-down shirt. He is looking directly at the camera with a slight smile. The background is a blurred, light blue interior with some architectural elements.

Andrii Senov  
Elena Chudnova

# Der mit dem Knochen spricht

Ein biografischer Thriller

2. überarbeitete Auflage



# Der mit dem Knochen spricht

Ein biografischer Thriller

Andrii Senov  
&  
Elena Chudnova



---

*"If you want to change the world, you must  
be your very best in the darkest moment."*

**- Admiral William McRaven, 2014**

---

## Kontaktinformationen

Dr. Stefan Ihde

Email [prof@ihde.com](mailto:prof@ihde.com)

WhatsApp +381 69 394 3788



© 2020/2021 Dr. Stefan Ihde

2. deutschsprachige Auflage, 2021

**ISBN** 978-3-945889-30-5

Autoren: Andrii Senov, Elena Chudnova

Herausgeber: Privredno društvo Delish D.O.O.

Golsvorijeva 37

11040 Belgrade

Vračar

Druck: Pandagraf

Dieses Werk, einschließlich seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlages und des Autors unzulässig. Dies gilt insbesondere für die elektronische oder sonstige Vervielfältigung, Übersetzung, Verbreitung und öffentliche Zugänglichmachung.

## Inhalt

Über dieses Buch – Ein Vorwort	10
Dr. Ihde – der Dentist	17
Weltmeister der Zahnimplantologie	21
Auf Umwegen zum Studium	25
Der Rebell	42
I walk the line	52
Der Fortschritt ist das Ziel. Der Weg zum Ziel.	63
Fachliches – Der mit dem Knochen spricht	80
Gegen den Strom	85
Sein Engagement kostete ihn die Ehe	89
Brasilien, chirurgische Inspiration inklusive	97
Von der Inspiration zur Umsetzung – feste Zähne für alle!	101
Ein neuer Lebensabschnitt	112
Die Familie wächst	134
Zahnimplantation – Entscheidungshilfe für interessierte Patienten	139
Behandlungsvorstellungen und Kosten	147
Ein Kapitel aus der Sicht der Patienten und zum Verhältnis zwischen Mediziner und Patient (und umgekehrt)	154

Den europäischen Gesundheitssystemen auf den Zahn geföhlt und relevante Faktoren erklärt	173
Das Schweizer System	176
Der Schweizer Haftpflichttrick	183
Wie wurde der „Mainstream“ geschaffen?	186
Wer bestimmt, welche Methode verwendet und welches Implantat gesetzt wird?	200
Deep-State-Strukturen	205
Methoden im Vergleich: «All-on-4» vs. kortikobasale Implantate	222
„Konkurrent“ Dr. Ihde	225
Der Schlüssel zum Erfolg – Dr. Stefan Ihdes Empfehlungen	232
Stichwortverzeichnis	238
Unterschiedliche Verlustgründe bei herkömmlichen und kortiko-basalen Implantaten	245
Wie Hund und Katze – Warum konventionelle Implantologen die kortiko-basale Methode nicht verstehen können	249
Bibliografie Dr. Stefan Ihde	266
Posterpräsentationen	282
Bücher	283

---

*“Menschen mit einer guten Idee  
gelten immer so lange als Spinner,  
bis sie sich durchsetzen.”*

*- Mark Twain*

---

## Über dieses Buch – Ein Vorwort

Früher spielten die *Dritten* in jedem Menschenleben spätestens im letzten Viertel des Erdendaseins eine große Rolle. Die dritten Zähne sind künstlich und werden als Teil- oder vollständiges Gebiss maßgeschneidert. Das war und ist auch heute noch eine so unangenehme wie kostspielige Angelegenheit. Dennoch ist das *kraftvolle Zubeißen* so- dann bis zum Lebensende arg eingeschränkt, denn richtig gut funktionierte es bisher nicht mit den Dritten der alten Art. Der Unternehmer Kurt Krisp nutzte die Kauprobleme, um beginnend im Jahr 1937 Pflege- und Zusatzprodukte unter dem seit Jahrzehnten weltberühmten Markennamen *Kukident* zu vermarkten. Zwischenzeitlich haben die Marke und das ehemals in Magdeburg ansässige Unternehmen mehrmals den Eigentümer gewechselt. Der Markenname ist wertvoll, aber ebenso vergänglich wie die echten Beißerchen und das alte Gebiss. Heute gibt es künstliche Zähne ganz anderer und wesentlich komfortablerer Art: auf Implantaten befestigte Zähne. Diese Entwicklung bezeichnen Betriebswirtschaftler als „Substitution“, und so wird auch der guten alten *Kukident-Tube* durch Stefan Ihde Entwicklung irgendwann ein Ende bereitet

Ein Mann hat sich dieser bissigen Angelegenheit verschrieben und sich ihr Zeit seines Lebens so intensiv gewidmet wie sonst niemand: Stefan Ihde.

Im Allgäu geboren und in West-Deutschland sowie teilweise in der Schweiz aufgewachsen. Die Eltern stammten aus Berlin und Schlesien. Nach dem Abitur erst in Rumänien, dann nach einem Zwischenstopp bei der Bundeswehr in Würzburg (West-Deutschland) Zahnmedizin stu-

dierend und heute multikultureller denn zuvor unterwegs, gehört Stefan Ihde zu den Zahnärzten, über die es sich zu schreiben lohnt. Ja, über die man sogar schreiben sollte, und zwar mit allem Drum und Dran. Denn das *Drumherum* ist mindestens genauso spannend wie sein Wirken als Chirurg und Zahnarzt. Von ihm und der medizinischen sowie geschäftlichen Welt der echten und künstlichen Zähne handelt dieses Buch. Lassen Sie uns über Zähne plaudern und darüber, warum dieser Arzt weltweit Aufsehen erregte und, das ist gewiss, auch weiterhin im Sinne der Patienten<sup>1</sup> für Wirbel sorgen wird. Damit noch viele Patienten von ihm direkt oder von fachlich ausgebildeten Ärzten mit bezahlbaren und festen Zähnen ausgestattet werden. „Damit Sie auch noch morgen kraftvoll zubeißen können“<sup>2</sup>.

Ob Trans- oder Implantation, neue medizinische Verfahrensweisen, Forschung, Analyse oder das Erben zeitgemäßer Behandlungswege: Solch ambitionierte Ärztinnen und Ärzte sind allesamt unerschrockene Ausnahmetalente mit *Biss* und *Stehvermögen*, die ihr Hauptwerk in der qualitativen Verbesserung menschlichen Lebens sehen. Denn, und auch das erzählen wir in diesem Buch – wer in der Medizin Fortschritt schafft, der wird von seinen Mitbewerbern nicht mit Samthandschuhen angefasst.

Seine bahnbrechende Arbeit führte die dentale Implantologie auf den richtigen, patientenfreundlichen Weg. Knochenaufbau wurde überflüssig. Er machte die Implantologie zu einem seriösen, knochenbiologisch und wissen-

---

1 Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter.

2 Zitat aus einer Werbung für *blend-a-med* Zahnpflegeprodukte

schaftlich fundierten Lehrfach. Es hat viele Facetten ihrer modernen Anwendung und der damit zusammenhängenden Behandlungsschritte entwickelt, eingeschlossen die manuelle und digitale (vereinfachte) Laborherstellung. Seine Lehrbücher dienen weltweit der Ausbildung von Chirurgen und Prothetikern sowie von Zahntechnikern. In einer Welt, in der die dentale Implantologie beinahe ausschließlich von dafür in keiner Weise ausgebildeten oder auch nur halbwegs vorgebildeten Zahnärzten ausgeführt wird, war es notwendig, dieses Lehrfach vollkommen neu zu schaffen. Er legte dafür die Grundlagen und stellte die Lehr- und Behandlungsmittel zur Verfügung.

Das Thema Zähne mag zunächst unappetitlich klingen, doch im Umkehrschluss folgt die Frage: Was nutzt der Appetit, wenn das Gebiss den Dienst versagt oder schlichtweg nicht mehr vorhanden ist? Wenn die Zähne schmerzen, der Biss nachlässt oder einige Mahlwerkzeuge das Zeitliche gesegnet haben, steht die Nahrungsversorgung auf Messers Schneide. Was nun? Welche Ärztin bzw. welchen Arzt konsultiere ich? Wer von ihnen ist gut für mich? Berät mich meine Zahnärztin oder mein Zahnarzt korrekt, patientengerecht und auf dem neuesten Stand oder eher im Sinne der betriebswirtschaftlichen Erfordernisse? Dabei darf man nicht übersehen, dass Zähne, echte und künstliche, einen eigenständigen beachtlichen Markt ausmachen. Die weltweite Herstellung und der Absatz von Implantaten nebst künstlichen Zähnen werden von *NewsWire* mit fünf Milliarden Euro beziffert. Deutschlands Zahnärzte erreichen jedoch weder im Umsatz noch im Einkommen Spitzenwerte mit oder auch ohne Implantate. Ihr finanzieller Verdienst ist weit von ihren Facharztkollegen entfernt.

Kaufmännisch erwirtschaften Radiologen mit durch-

schnittlich über einer Million Euro pro anno den üppigsten Umsatz, gleichwohl haben sie auch enorm hohe Anschaffungs- und Betriebskosten. In der Gastroenterologie, der Kardiologie oder in der Augenheilkunde sind Einnahmen zwischen 530.000 und 430.000 Euro im Jahr die Regel. Dicht gefolgt von Orthopäden und Allgemeinmedizinern finden wir die Zahnärzte noch nicht einmal im Mittelfeld, sondern mit rund 350.000 Euro weit abgeschlagen im letzten Drittel. Natürlich ist auch hier Umsatz nicht gleich Gewinn. Ein Zahnarzt verdient in Deutschland durchschnittlich 165.000 Euro netto. Das ist in Anbetracht der Qualifikation in Kombination mit dem unternehmerischen Risiko und der ärztlichen Verantwortung im Rahmen einer errechneten 54-Arbeitsstundenwoche nicht auffällig. Nur wenige arbeiten mehr und sind mit innovativ erreichten Erfolgen wegweisend für die gesamte Branche im Sinne der Patienten.

Und damit sind wir zurück bei Stefan Ihde. Dieser Doktor hat zweifellos *Haare auf den Zähnen* und geht kompromisslos seinen Weg, der ihn zu einem erfolgreichen Außen-seiter macht. Zugleich gibt es kaum einen klarsichtigeren

Insider in der Branche als ihn. Dies schon deshalb, weil ihm das bissfeste Wohlergehen von Patienten seit jeher wichtiger ist, als lobende Worte aus der Branche oder die Zugehörigkeit zu berufsständischen Organisationen.

In der gesamten dentalen Implantato-



logie sollte es eigentlich in erster Linie um die Patienten gehen, d.h ihre Belange müß(t)en als erstes berücksichtigt werden. Wie Sie weiter hinten im Buch lesen werden, ist das beinahe durchwegs nicht der Fall. Alle Beteiligten in der Medizinbranche gehen ihren eigenen Interessen nach, und vor allem die Industrie und neuerdings auch Beamte haben ungeahnte Macht und Möglichkeiten. Dank dem Internet können Patienten sich heute jedoch selbst informieren. Dies wird immer dringender nötig.

Welche Gründe gibt es, um sich für die Implantate zu entscheiden um die es in diesem Buch geht, und für wen ist diese Behandlung sinnvoll? Ohne auf medizinische Details einzugehen, lässt sich das Folgende sagen:

- Es profitieren alle Patienten davon, die überhaupt keine Zähne mehr haben
- Es profitieren ferner alle Patienten davon, die noch einige Zähne haben, die aber weniger als sechs Zähne in jeder Kieferhälfte aufweisen und die dazu noch mit Teilprothesen leben müssen.
- Es profitieren auch diejenigen Patienten, die schwer geschädigte Zähne aufweisen, deren Reparatur sich nicht mehr lohnt<sup>3</sup>.

---

*3 Hier ist anzumerken, dass die „Erhaltungswürdigkeit“ von natürlichen Zähnen von Zahnärzten und Implantologen ganz unterschiedlich beurteilt wird. Ein Zahnarzt hält üblicherweise fast jeden Zahn für erhaltungswürdig, an dem er noch Geld verdienen kann. Er hat ja (meistens) nichts anderes gelernt. Ein Implantologe übernimmt stets (mindestens ein wenig) die Verantwortung für die Gesamtsituation eines Gebisses. Er fürchtet die Risiken der Zähne, weil diese Risiken (wenn sie sich verwirklichen) oft zu seinen Lasten wirken und bei den Implantatkonstruktionen zu Schäden führen. Man kann ihm später eventuell vorwerfen,*

- Sehr gut behandelbar sind auch ästhetische Probleme die damit zusammen hängen, dass Patienten zu viel Zahnfleisch zeigen, z.B. das sogenannte *Pferdegebiss*. Mit den Zähnen kann im Rahmen der Implantation mit dem Strategic Implant® so viel Zahnfleisch und Knochen entfernt werden, bis ein schönes Endergebnis erreicht werden kann.
- Es profitieren auch diejenigen Menschen, die kein oder kein grosses Vertrauen in ihre eigenen Zähne mehr haben und die Chance nutzen wollen, ohne eigene Zähne aber dennoch mit festsitzenden Zähnen. Und das in nur drei Tagen. In diese Gruppe von Personen gehören auch diejenigen Personen, denen der Pflegeaufwand für die eigenen Zähne zu gross ist.

Ob Menschen, die durch die Neugestaltung ihres Mundbereiches sekundäre Ziele anpeilen, diese dann auch Erreichen, kann nicht vorhergesagt werden. Da hängt vieles vom Willen der einzelnen Person ab.

Sekundäre Ziele sind zum Beispiel:

- Nachbarn und Freunde zu beeindrucken
- Einen anderen (oder sogar einen bestimmten) Partner zu finden
- Ein anderer/besserer Mensch zu werden.
- Mit dem Rauchen aufzuhören
- Gesünder zu essen

---

*dass er nicht mehr (nicht genügend) Zähne entfernt hat und dass er/sie von vorne herein umfangreicher mit Implantaten hätte sanieren sollen.*

---

*„Du kannst alles erreichen was Du  
möchtest, aber Du kannst nicht alles  
haben was es gibt.“*

*- Aus Bulgarien*

---

## Dr. Ihde – der Dentist

Erzählenswerte Lebensgeschichten beruhen auf der besonderen Schaffenskraft der biografierten Personen. Oftmals sind es erfolgreiche Geschäftsleute mit ausgeprägtem Unternehmergeist, Abenteurer und Abenteurerinnen, Ausgewanderte, Erfindende mit Geistesblitzen, die unser Leben veränderten, Stars verschiedenster Genres, Gesundheitsexperten, geniale und mutige Ärzte wie Christan Barnard oder Werner Forßmann, forschende und philosophierende oder Politik betreibende Menschen, deren Lebensgeschichten uns faszinieren. Selten vereinen sich alle genannten Faktoren unisono wie in dieser Biografie.

Dr. Stefan Ihde revolutionierte die Implantologie *von der Wurzel bis zum fertigen Zahn* durch die heute international anerkannte innovative Methode der Ossefixation und mit speziellen Implantaten aus eigener Herstellung. Die Behandlungsweise und die angewandte Technik sind sicherer, schmerzfreier, schneller und wesentlich nachhaltiger für die Patienten als die herkömmlichen Arten. Ein bedeutender Vorteil: Die Neuen sind mit speziellen Implantaten und der Ossefixationsmethode (\*4) sofort belastbar.

„Die herkömmliche Implantologie ist für Patienten sehr unbefriedigend“, erklärt Dr. Ihde: „Oft wird eine zum Kauen ausreichende Zahl von Zähnen nicht erreicht, dazu benötigt die Behandlung viele schmerzhaft eingriffe, was langwierig und sehr teuer ist.“

Dr. Ihdes Methode änderte alles. Daher ist es nicht verwunderlich, dass weltweit schon mehr als eine Million Implantationen nach seiner Verfahrensweise von Zahnärzten durchgeführt wurden, die sich unter dem Begriff *Sofortbe-*

lastung (\*1) etablierte. Schon heute, im Jahr 2020, lehren 52 versierte Zahnärzte seine Methode in 20 Nationen der Erde und bilden andere Dentisten darin aus. Ebenfalls 2020 wurden die ersten fünf seiner europäischen Schüler ihrerseits zu Professoren ernannt. Besonders in Indien, Russland und Osteuropa, sowie in drei südamerikanischen Ländern ist seine Sofortbelastungsmethode der Zahnimplantologie bekannt und wird stark nachgefragt. Im deutschsprachigen Raum bremsen die Hürden des kassenärztlichen Abrechnungssystems dieses erfolgreiche Verfahren, da Patienten unnötiger Weise persönlich bezahlen müssen, obgleich sie bei der Krankenkasse konstant Beiträge leisten. Die gesetzliche Krankenversicherung trägt hierfür, anders als bei der Standard-Prothetik, nämlich keine oder nur geringfügig anteilige Kosten. Wie so oft ist die innovative und nicht nur zweifellos bessere, sondern auch nachhaltigere Chirurgie nicht erstattungsfähig. Während in Deutschland am gleichen Zahn spätestens nach zwei Jahren zu Lasten der Krankenkasse erneut herumgebastelt wird, werden die wesentlich haltbareren Dr. Ihde Implantate nicht bezahlt.

„In Deutschland verstehen sich die meisten Zahnärzte als simple Zahnreparateure, dies auch aus kaufmännischen Gründen. Von der rechtzeitigen Entfernung angeschlagener Zähne können sie nicht leben, so lange die Kosten einer medizinisch empfehlenswerten Zahnimplantologie nicht erstattet werden. Andererseits sind das Implantationswissen, die chirurgischen Kenntnisse und vor allem die Erfahrungen in der Implantologie noch sehr gering. An den Universitäten gibt es kaum brauchbare Kurse auf diesem Gebiet und im Studium werden, wenn überhaupt, lediglich die althergebrachten Verfahren theoretisch unterrichtet.“

Medizinisch kluge und langfristig finanziell sparsame Maßnahmen passen im gesetzlichen Gesundheitssystem nicht zum Programm. Gedacht, geplant und gefördert wird nur in Abrechnungszyklen. Dem deutschen Versicherungswesen ist Stefan Ihde nicht wohlgesonnen, weil Patienten und Ärzte damit nicht gut bedient werden, und wer mehr leisten will, wird drastisch beschnitten.

„Durch Bestimmungen der Krankenkassen und gesetzliche Regelungen wird Wettbewerb im Gesundheitswesen auch in Deutschland fast komplett ausgeschlossen, was zu einem Speckgürtel der zugelassenen Leistungserbringer führt, d.h. zu einem generellen Abfall der Leistungen.

Als ein Fall von *Betrug* wurde ca. 2004 die an sich ganz normale Geschäftstätigkeit der Firma Globudent dargestellt, die Zahnersatz in grossen Mengen und zu entsprechend reduzierten Preisen nach Deutschland einfuhrte und verkaufte. Die Zahnärzte setzten diese Arbeiten erfolgreich ein, es kam nicht zu Reklamationen über das normale Mass hinaus. Dennoch unterband der Gesetzgeber dieses an sich marktgerechte Vorgehen, und man gelangte zu der Ansicht, dass ein Sondertatbestand gegen die Korruption der Ärzte/Zahnärzte im Strafgesetzbuch erforderlich sei (!). Marktwirtschaftlich sinnvolles Handeln der Mediziner war nicht gewollt in der sozialistisch-deutschen Umverteilungsmaschinerie. Die preislichen Missverhältnisse für Zahnersatz wurden sodann erwartungsgemäss so krass, dass sich in der Folge umfangreicher Zahntourismus nach Ungarn, Serbien und Bulgarien entwickelte. Dort werden deutsche Patienten nun wesentlich preiswerter und schneller versorgt als in Deutschland, und dies wird von deutschen Krankenkassen sogar noch überwiegend bezahlt.

Fazit: der deutsche Gesetzgeber stützt mit Polizeigewalt die Pfründe der deutschen Dienstleistungserbringer, während deutsche Patienten zu zig Tausenden ihre Behandlung im Ausland machen lassen. Von alle dem profitieren stillschweigend die Krankenkassen, die die preiswerteren ausländischen Behandlungen anteilig bezuschussen ohne ihre Prämien absenken zu müssen. Die praktizierte deutsche Kassenzahnmedizin inklusive dem Abrechnungszirkus ist ein Spiel, welches man besser im Irrenhaus spielen sollte.“

Der Weg zur weltweiten Beachtung mit dem verdienten Ruhm war steinig und nur mit immensem Aufwand zu erreichen. Seine Ehefrau fasst dies wie folgt zusammen: „Der Mann, der den ganzen Berg versetzt hat, das war der gleiche, der vor vielen Jahren damit begann, ein paar Steine rüberzutragen.“ Als praktizierende Zahnärztin weiß Antonina Ihde, wovon sie spricht. Heute betreibt Stefan Ihde Praxen in Deutschland, der Schweiz, Montenegro und der Ukraine und ist von Zahnkliniken in Serbien und Russland als Belegchirurg fest engagiert. Seine Karriere begann, wie bei Steve Jobs, in einer Garage und wurde 2019 durch den



2. Weltmeistertitel in der „Sofortbelastungsimplantologie“ gekrönt. Auf die Garagenpraxis komme ich noch zurück, zuerst nehme ich Sie zur Krönung des Weltmeisters nach Indien mit.

## Weltmeister der Zahnimplantologie

Ja, das gibt es: die Weltmeisterschaft großartiger Zahnchirurginnen und -chirurgen im Bereich *Sofortbelastung*. Am Austragungsort des *Immediate Loading World Cup 2019* ging es im wahrsten Sinne des Wortes heiß her. Gegen durchschnittlich 40 Grad Außentemperatur kamen die Klimaanlage in der Kotaer Universität im Bundesstaat Rajasthan kaum an. „In den Behandlungskabinen gab es jedoch keine Klimaanlage, sondern nur eine Art Zerstäuber, was die Temperatur nicht spürbar senkte. Abgesehen von der Hitze hatten wir jedoch akzeptable Arbeitsbedingungen“, erinnert sich der aktuelle Weltmeister in der Disziplin *Skelettal Class 2*. Sogenannte *Klasse 2 Behandlungsfälle* beinhalten erschwerte chirurgische Voraussetzungen bei Patienten, deren Ober- und Unterkiefer in einem Missverhältnis zueinander stehen.

„Die Uni ist für indische Verhältnisse gut ausgestattet, das Labor und die Behandlungskabinen waren ausreichend. Natürlich mit älterer Technik und jeden Tag gab es neue Probleme, doch letztlich haben wir alles zum Laufen gebracht. Wesentlich erschreckender waren die überall sichtbare Umweltzerstörung und der unfassbare Müll während der abenteuerlichen Bustour. Der Anblick war skurril: Weit mehr als 500 Kilometer Brachland mit Lehmhütten, die wie indianische Zelte wirken, und drum herum Berge von Plastikdreck mit anderen stinkenden Abfällen. Überhaupt war die Busfahrt eine Reise der besonderen Art. Der alte Mercedes-Bus verfügte zwar über eine Klimaanlage, aber es gab kaum Pausen und die stundenlange Fahrt wollte irgendwie nicht zu Ende gehen.“

In der zahnmedizinischen Fakultät indes ging es hygienisch und medizinisch korrekt zu. „Wir hatten Glück mit unserer Wettbewerbspatientin, einer forschen 50-jährigen Inderin. Selbstverständlich arbeitete meine Frau in unserem Team, dazu Dr. Shmojlov, ein Prothetiker aus Moskau, und ein talentierter Zahntechniker aus Kiev, der unerschütterlich und akkurat auch unter härtesten Bedingungen zu arbeiten gewohnt war. Sobald wir mit unseren Behandlungsschritten jeweils fertig waren, unterrichteten wir auf Bitten der College-Leitung junge Studierende im Vortragsraum. Indische Studierende zählen nach ihrem Abschluss zu den wirklich gut ausgebildeten Ärzten. Es gab also kaum Pausen und keine Freizeit für uns. Im Wettbewerb implantierten wir unserer Patientin alle Zähne im Ober- und Unterkiefer. Dafür hatten wir insgesamt zwei Behandlungstage und einen Kontrolltag. Das Angenehme bei solchen Meisterschaften ist aber der Zusammenhalt aller Dentisten untereinander. Es geht nicht zielstrebig nur ums Gewinnen von Titeln, sondern um den Austausch von Erfahrungen zur gemeinsamen Lösungsfindung von Problemfällen und darum, voneinander zu lernen. Wir waren alle ein großes Team. Geschlossen wollten wir die Veranstaltung lehrreich gestalten und zu den jeweiligen Behandlungserfolgen beitragen. Die Patienten waren zufrieden und, soweit ich weiß, ist das bis heute so. Aber es war ein Mordsstress für Mediziner und Techniker.“



Das Siegerteam der WM (von links nach rechts): Dr. Andrej Shmojlov (Moskau), Dr. Antonina Ihde (Belarus), Dr. Stefan Ihde (Deutschland), ZT Igor Mieliekhof (Ukraine).

„Das oberste Ziel lag darin, dass die Teams innerhalb von 65 Stunden fertig sein sollten. Was wir als Experten der Implantationschirurgie für unsere Patienten vor Ort getan haben, wäre mit keiner anderen Methode möglich gewesen. Als direkte Folge wurde ich mit meiner Crew von einer Universität nach Jaipur eingeladen, um einen Diplomstudien-gang für meine Methode zu organisieren“, erklärt Stefan Ihde mit einem zufriedenen Blick auf sein bisheriges Wirken, das sich bereits in der Kindheit andeutete.



Dr. Antonina Ihde (rechts) und Dr. Stefan Ihde (hinten) mit ihrer zufriedenen Patientin (vorne links) nach Abschluss der Behandlung.

---

*“Es gibt mehr Menschen, die zu früh  
aufgeben, als solche, die scheitern.”*

**– Henry Ford**

---

## Auf Umwegen zum Studium

Der Sommer im Jahr 1962 war bemerkenswert. Zum einen, weil die Durchschnittstemperatur bei nur rund 20 Grad lag und einen der kältesten Winter des Jahrhunderts ankündigte, zum anderen, weil Stefan Ihde im Herzen des Allgäus das Licht der Welt erblickte. Als begeisterter Skifahrer hatte es für Stefans Vater nahe gelegen, so weit fort von Berlin zu ziehen. Stefans Eltern, Ursula und Klaus Ihde, waren noch nicht lange in Immenstadt ansässig und es haftete ihnen der Makel „zugereister Fremder“ an. Andererseits hatten sie gerade noch rechtzeitig vor dem Mauerbau Westberlin verlassen und wer weiß, was aus ihnen und Stefan im ummauerten Berlin geworden wäre.



*Von frühester Jugend an lebte Stefan Ihdes Familie stets mit einem Hund und in Montenegro ist das bis heute so. Heinz Rühmann, ein berühmter deutscher Schauspieler aus dem letzten Jahrhundert, erklärte den Sachverhalt wie folgt: „Man kann auch ohne Hund leben, aber es lohnt sich nicht.“*



*Eheleute Ihde mit Stefan beim Spaziergang.*

Seinerzeit war das Allgäu touristisch noch nicht so bekannt wie heute. Ländliche und streng katholisch ausgerichtete Strukturen prägten die Region. Protestanten und Zugereiste hatten es nicht einfach, Kontakte in den Dorfgemeinschaften zu knüpfen.

„Wir konnten noch so elegant Ski fahren. Den Makel, nicht aus dem Allgäu zu stammen, wurden wir einfach nicht los. Das änderte sich

auch nicht bedeutsam, als wir 1970 nach Garmisch-Partenkirchen umzogen. In der Schule ging es ganz gut, aber gesellschaftlich fanden wir keinen Anschluss“, erinnert sich Stefan Ihde, dessen protestantische Einstellung ohnehin nicht ins katholische Weltbild der Allgäuer und Oberbayern passte. Das sollte erst 1972 für ihn besser werden, als er die gymnasiale Aufnahmeprüfung bestand. „Im Internat verlor ich den Frevel des Zugewanderten, da wir ja alle aus unterschiedlichen Gegenden und Ländern kamen. Meine Eltern wählten das Staatliche Landschulheim Marquartstein für mich. Sprachen und naturwissenschaftliche Fächer sind die Ausbildungsrichtungen des Gymnasiums, was famos zu mir passte. Der Chiemsee ist nur zwölf Kilometer entfernt, die Gesellschaft war dort schon welt-offener als in den Dörfern des Allgäus. Im Unterricht habe ich mich für Englisch als erste Fremdsprache



*Sport stand bei Stefan Ihde stets im Mittelpunkt.*

entschieden, und als wenig später eine weitere hinzukam, wählte ich Latein. Nicht ganz freiwillig, denn meine Eltern drängten mich dazu. Französisch war die Alternative und heute bin ich trotz der Latinum-Plackerei froh über meine damalige Entscheidung. Damals hatte ich zwar noch keine Ambitionen, Medizin zu studieren, aber vielleicht ahnten meine Eltern, für welchen Weg ich mich später entscheide. Seinerzeit hatte ich die Idee, Theologie zu studieren, und da wäre Latein hilfreich gewesen, wobei ich mich für die Sportmöglichkeiten im Internat am meisten begeisterte. Ich nutzte alles aus, um sportlich in Bewegung zu bleiben. Ablenkungen durch Fernsehen waren im Internat stark beschränkt. Davon abgesehen war es Anfang der 70er Jahre für mich völlig uninteressant. Der *Droge* Fernsehen bin ich nie verfallen. Die Flimmerkiste wirkt wie eine Art Hypnose und hält Menschen von wichtigeren Dingen im Leben ab. Glücklicherweise gewöhnte ich mich also gar nicht erst daran, und das hat sich bis heute nicht geändert. So blieb mir immer Zeit, mich auf das Wesentliche in meinem Leben zu konzentrieren.

Ich war ohne religiöse Übertreibungen im Glauben, naja vielleicht nennen wir es besser eine lebensnahe, ehrliche Ethik, gefestigt und der Umgang mit den verschiedensten Menschen, mit Philosophie, Ethik, Moral, und die Möglichkeit, Beistand zu leisten, das lag mir nahe. Doch schon vor dem Abitur zeigten sich meine Eltern wenig begeistert und mahnten meinen Berufswunsch als brotlose Kunst an. Mein Vater legte Wert auf finanzielle Sicherheit, meine Mutter empfahl, eher auf den Vater zu hören. Als gelernter Zahntechniker war es ihm durch jahrelangen Fleiß und die Unterstützung der ganzen Familie gelungen, ein beachtliches Dentalunternehmen aufzubauen. Der *Klaus Ihde*

*Dentalhandel* bediente einige Tausend westdeutsche und Berliner Zahnarztpraxen. Nach dem Mauerbau und dem Umzug nach Westdeutschland wurde die Firma zum ersten großen Versandhandel für Dentalgeräte und Zubehör. Damals gab es nur Briefe und Telefon, d. h. keine moderne Kommunikation. Mein Vater besuchte fortwährend seine Kunden von Oberstdorf bis Flensburg, und natürlich ganz besonders intensiv seine alten Kunden und Freunde in Berlin. Er war viele Jahre persönlich unterwegs, bis er das Geschäft mehr und mehr zum Mail-Order-Betrieb umbaute. Dieses Geschäft habe ich seit 1989 weitergeführt, und es ist bis heute ein ertragreicher, solider Betrieb.



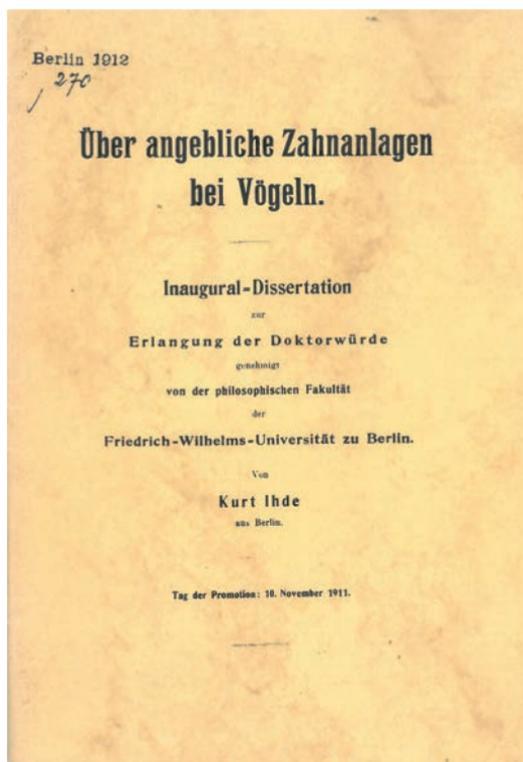
*Stefan Ihdes Eltern, 1980.*

Schon als Kind half ich im Lager beim Sortieren oder Umräumen und lernte Füllungen, Kronen und alles Mögliche für Zahnbehandlungen kennen. Meine Mutter teilte mir immer die unteren Regale zu, die ich in meiner Größe gut erreichen konnte. Aber was sich in den Schachteln genau

befand, hat mich weniger interessiert. Ich konnte ja lesen, aber die Unterschiede zwischen Silikon oder Alginat waren mir nicht klar, auch nicht, wofür man so was braucht. Das lernte ich erst im Studium. Man kann sagen, dass ich inmitten dieser Berge von Artikeln einen stattlichen Teil meiner Kindheit verbrachte. Für mich war es damals aufregend, mitarbeiten zu dürfen. Oft besuchten uns Kunden und von klein auf hatte ich mit Zahnärzten und Zahntechnikern zu tun. Ich hörte Fachbegriffe und bekam automatisch mit, wie Zahnärzte reden und denken. Es war eine logische Konsequenz, dass mir meine Eltern zum Zahnmedizinstudium rieten. Werde doch Zahnarzt, meinten sie, da verdienst du auch mehr und bist dein eigener Herr, das ist ein *freier Beruf*. Ich war damals für alles offen und auf nichts fest fixiert, also kam auch ein Zahnmedizinstudium in Frage.

Doch zunächst hatte ich ja noch Zeit zum Nachdenken, und das kreiste erst mal nicht um die Berufswahl. Meine Eltern ließen sich nämlich überraschenderweise 1979 scheiden und es standen andere Dinge an. Die Trennung kam für mich unvorbereitet. Durch meinen Aufenthalt im Internat (im Frühjahr 1979 verbrachte ich einen Term in England im Bradfield College als Austauschschüler) hatte ich nicht bemerkt, dass sich meine Eltern auseinandergeliebt hatten. Mein Vater zog später mitsamt der Firma in die Schweiz um, weil er das Land schon immer mochte. Abgesehen vom Internatsaufenthalt wohnte ich an den Wochenenden und in den Ferien zunächst bei meiner Mutter. Als das Abitur näher rückte, verbrachte ich mehr Zeit bei meinem Vater, um in seiner Firma auszuhelfen. Meine Mutter nahm sich in München eine Wohnung und mit meinem 1,6er Abi in der Tasche zog ich schließlich ganz zu meinem Vater. Ich interessierte mich zunehmend für den Dentalhandel und mein

Vater war froh darüber. Meine Studiumsentscheidung fiel sodann auf die Zahnmedizin. Ich suchte also eine Universität. Das war nicht so einfach, wie ich dachte. Mein Abiturdurchschnitt von 1,6 reichte Anfang der 80er Jahre nicht aus. Ich scheiterte am Numerus clausus, der bei 1,2 lag.



Stefan Ihdes Vater und dessen Vater waren ausgebildete Zahntechniker. Der Onkel seines Vaters war einer der ersten promovierten Zahnärzte überhaupt. Da „Zahnmedizin“ noch nicht als Wissenschaft anerkannt war, musste sein Ur-Großonkel an der philosophischen Fakultät an der Freien Universität in Berlin promovieren. Es soll insgesamt acht Vorfahren gegeben haben, die mit der Zahnmedizin zu tun hatten. Die Familie „Ide“ war einst aus religiösen Gründen von Frankreich in die Region um Berlin ausgewandert, wo dann zur Korrektur der Aussprache das „h“ in den Familiennamen eingefügt wurde.

Aber das Problem wurde durch ein anderes abgelöst, nämlich durch die Musterung der Bundeswehr. Als tauglich eingestuft, konnte ich vom Wehrdienst nur für ein Studium zurückgestellt werden. Also informierte ich mich über Universitäten im Ausland. Die Auswahl war aber klein.

Ungarn, Rumänien oder Italien kamen in Frage. Ich entschied mich für die preisgünstigste Variante Rumänien, obwohl mir klar war, dass ich dann vorübergehend im *Ostblock* leben musste. Bei den bürokratischen Dingen wurde ich glücklicherweise von einem langjährigen Kunden meines Vaters unterstützt, dessen Sohn dort Zahnmedizin studierte und eine rumänische Ehefrau hatte. Sie wurden zu einer großartigen Hilfe für mich, denn der rumänische Bürokratismus war schon allein aufgrund der Sprache für mich problematisch. Mehrmals musste ich nach Bukarest fahren, um Formulare vorzulegen, die ich ohne ihre Hilfe gar nicht hätte ausfüllen können. Fliegen war damals komplizierter und viel teurer als heute, also bin ich zweimal mit dem Auto nach Bukarest gefahren, was für ein Abenteuer! Quer durch Ungarn zu Ostblockzeiten mit der ständigen Ungewissheit: Gibt es unterwegs Benzin? Komme ich ins Land oder gibt es Probleme an der Grenze? Kaum jemand sprach Deutsch und Englisch schon gar nicht. Und damals sprach ich noch kein Russisch.

In Ungarn hätte ich zwar in englischer Sprache studieren können, aber die rumänische Universität in Suceava war preisgünstiger und die Lebenskosten niedriger als in den beiden anderen Ländern. Sprachlich gab es eine Hürde, aber mit Latein kam ich ganz gut zurecht. Die rumänische Sprache enthält sehr viele Worte aus der lateinischen, beziehungsweise italienischen Sprache und ich konnte sie daher gut lernen. Kulturell betrachtet war mein Aufenthalt

ein großer Gewinn für mich. Die Bevölkerung zeigte sich überraschend aufgeschlossen, freundlich und sehr pffiffig. Sie hatten sich mit dem System arrangiert und gelernt, mit dem Mangel an allem Möglichen zu leben. Als ich ankam, wurde an der Universität gerade ein vier Stockwerke großes Gebäude für weitere Studierende gebaut. Die Balken und das Bauzubehör haben die Arbeiter nach oben getragen, einen Kran gab es nicht. Da habe ich gedacht: Mann, das sind noch richtige Kerle. Drei Wochen später war das Dach fertig, was mich tief beeindruckt hat. Und ich lernte den Begriff Tabakgenuss neu einzuordnen, denn die alternative Währung war damals die Zigarettenmarke *Kent*. Dafür hat man in Rumänien manchmal nicht nur mehr von dem bekommen, was man brauchte, als wenn man mit Leu (Rumänische Währung) bezahlt hätte, sondern auch Sachen erwerben können, die man für rumänisches Geld gar nicht kaufen konnte. Wobei es für die meisten Dinge eine Art Berechtigungsschein gab, und diese Scheine wurden sehr sparsam ausgegeben. Ein kleines Zigarettenlager war also von beachtlichem Vorteil. Mein Improvisationstalent habe ich in Rumänien gut trainieren können und allerhand neues dazugelernt. Auch auf dem Teller“, erzählt Stefan Ihde augenzwinkernd.

„Unsere Verpflegung gab es über Essensmarken. Die Kreationen waren nicht jeden Tag genießbar, aber so war das eben. Ich habe von zu Hause Lebensmittel mitgebracht, mit denen ich mich einige Wochen über Wasser halten konnte. Mit dem Regime kam ich ohne anzuecken klar. Es war jedoch kein gutes Gefühl, unter ständiger Beobachtung zu stehen. Die Späher der *Securitate* lauerten überall, in Gaststätten und Einkaufsläden, und es wurde schnell offensichtlich, dass unsere Lehrkräfte Buch über alle Studie-

renden führten. Regelmäßig wurden wir befragt, was wir tags zuvor gemacht hatten und die Erkenntnisse wurden dann weitergeleitet. Stimmte es nicht mit den Erkenntnissen des Staatsschutzes oder des Geheimdienstes überein, musste man zum Rapport. Wir haben schnell begriffen, dass wir uns nichts ausdenken durften, denn die Schatten im Hintergrund kannten längst die Wahrheit. Um in einem solchen Staat zu bestehen – zumal wir alle das Studium freiwillig angetreten hatten und den Abschluss brauchten, muss man das perfide Spiel die entsprechende Zeit über mitspielen. Ansonsten waren wir unbekümmert. Die Studierenden setzten sich aus einer bunten, quietschfidelen Mischung verschiedener Nationen zusammen. Es wurde radebrechend Englisch gesprochen, dennoch verstanden sich alle glänzend. Die ersten Wochen des Vorbereitungsjahrs machten wir nichts anderes, als Rumänisch zu lernen, und absolvierten einige Vorbereitungskurse in Chemie oder Physik. In meiner Studiengruppe tummelten sich sieben Deutsche, viele Griechen, Zyprioten und eine Menge Israelis, darunter auch Drusen aus Israel. Fröhliches Multikulti ohne Reibereien. Irgendwo gab es immer eine Party, irgendjemand organisierte immer etwas zu trinken und am nächsten Tag haben wir dann wieder Rumänisch gebüffelt. Bislang wohlbehütet aufgewachsen und 19 oder 20 Jahre jung aus einem deutschen Internat kommend, war das eine komplett neue Welt für mich. Ich teilte mir das Zimmer mit einem Drusen arabischer Abstammung. Einige Jahre älter als ich, hatte er schon allerhand erlebt und natürlich erzählte jeder etwas über sich. Er musste schon Kriegserlebnisse verarbeiten, weil er in Israel vor dem Studium zum Militärdienst eingezogen und im Krieg verletzt worden war. Drei Jahre lang war er dabei gewesen und erzählte von heftigen Kämpfen. Im rechten Bein zeigte er mir

seine vernarbte, hässliche Wunde, die von einem Durchschuss stammte. Die Kugel ging vorne rein und hinten wieder raus. Meine Güte, richtiger Krieg, das konnte ich mir kaum vorstellen.“



*Bundeswehrbild aus der ersten Dienstzeit. Das Bild stand später stets im Wohnzimmer von Stefans Mutter.*

Doch gerade als sich der junge Student eingewöhnt hatte, meldete sich das deutsche Militär. Die Bundeswehr widerrief seine Rückstellung: Studium in einem Mitgliedsland des Warschauer Paktes war nicht akzeptabel. Zumal er dann nicht im Rang eines Offiziers tätig werden dürfte, denn im ärztlichen Dienst der Bundeswehr kommt der Offiziersstatus automatisch.

„Nach der Aufhebung meiner Rückstellung wurde ich sofort einberufen!

Aber abgesehen von der verlorenen Zeit war die Wehrdienstzeit bei den Gebirgsjägern wirklich cool. Wir marschierten, kletterten und kampierten draußen bei jedem Wetter. Das hat Spaß gemacht, diese Art von Wehrdienst war bezahlter Dauerurlaub für mich als Bergsteiger“, erinnert sich Stefan Ihde.

Das Glück blieb ihm hold, denn zeitgleich wurden in Deutschland die Regeln geändert und der Numerus clausus ausgebremst. 1983 entstand ein zusätzlicher Weg zum begehrten Studium über spezielle Auswahltests. Rund 20 Prozent der Studienplätze konnten nun durch eine erfolgreiche Prüfung belegt werden, ohne am Numerus clausus zu scheitern. Stefan Ihde nutzte die Gunst der Stunde und bestand den Test mit Bravour. „Damit war meine Bundes-



1985 als Charge bei einer Veranstaltung in Würzburg.

wehrzeit bei den Gebirgsjägern nach vier Monaten fürs Erste beendet“, schmunzelt er rückblickend und erinnert sich an seine Studentenzeit in Würzburg, wo ihn nicht nur die Zahnmedizin fesselte, sondern auch die attraktive Jurastudentin Marion. „In Würzburg gibt es viele verschiedene Studentenverbindungen und ich trat bei der Akademisch-Musikalischen-Verbindung ein. Das ist eine studentische Korporation ohne Wappen und ohne das ansonsten obligatorische Fechten. Also eine *nichtschlagende* Verbindung, eher ein Gesangs- und Musikverein mit einem stattlichen Bundeshaus, in dem auch ein Theater integriert ist. Es gibt eine Big Band, eine Rock-Band und einen Gesangsverein. Ich singe gerne und konnte mein Gitarrenspiel verbessern“, erzählt der ehemalige Würzburger Student.



1985 als „Jake und Ellwood“ bei einer Feier auf dem Bundeshaus (mit Bundesbrüdern).



*Marion und Stefan Ihde schneiden die Hochzeitstorte an.*

„Ein Freund von mir brachte eines Tages seine Schwester zu einem Event mit und Marion hat mir vom Fleck weg gefallen. Es funkte heftig zwischen uns. Wir verbrachten viel Zeit miteinander und daraus wurde eine wunderbare Partnerschaft. Nach meinem Staatsexamen kam es zur ersten Bewährungsprobe, weil ich meine restliche Wehrzeit abdienen musste. Für die verbliebenen elf Monate wurde ich als Offizier im Sanitätswesen nach Stade zum Artillerieregiment (in Niedersachsen) versetzt“, erzählt Stefan Ihde. „Wir führten eine Wochenendbeziehung, die Liebe litt jedoch nicht unter der Entfernung. Für ihr Jura-Examen musste Marion ohnehin um einiges länger studieren als ich, und

sie hatte viel Stoff zu lernen. Also wagten wir den großen Schritt und heirateten 1988 noch während meiner Bundeswehrzeit. Es war eine tolle Feier im Kreis der Familien und mit unseren Freunden im Würzburger Bundeshaus, wo wir uns kennenlernten. Flittern konnten wir aber nur ein paar Tage, die wir bei meinem Bruder (einem weiteren, fünf Jahre älteren Sohn meines Vaters aus einer früheren Beziehung) in Österreich und mit Bergsteigen verbrachten.“

Der heute weltweit in seiner Branche bekannte Zahnarzt nutzte seine Militärzeit im beschaulichen Ort Stade auch gleich für seine Doktorarbeit. Durch die geregelten Arbeitszeiten und als Offizier mit Einzelzimmer konnte Stabsarzt Stefan Ihde alles perfekt mit seinem Dienst und Wochenendaufenthalten in Würzburg kombinieren. Die elf Monate vergingen rasant. Marion absolvierte ihre Referendarszeit in Würzburg, und Stefan Ihde trat eine schon im Voraus angestrebte Stelle als Assistenzarzt in Uffenheim bei Unterfranken an. Der Plan war logisch und lag auf der Hand: Nach 16 Monaten als Assistenzarzt hätte Dr. Ihde mit Anrechnung der Dienstzeit seine kassenärztliche Zulassung beantragen und vermutlich in Würzburg eine eigene Praxis eröffnen können. Gott sei Dank kam es anders!

Nach der eigentlichen (Plicht-)Wehrdienstzeit meldete sich Stefan Ihde für eine *Wehrübung* in der Kieferchirurgie des Bundeswehrkrankenhauses in Hamburg und wurde prompt akzeptiert. Dort wurden die Grundlagen für seine ganz ausserordentlichen chirurgischen Fähigkeiten gelegt. Operiert wurde dort im Studententakt. Der Befehl der damaligen Oberstärzitin Dr. Hammer lautete: Jeder Soldat, der zurück zur Truppe geht, wird bei uns vollständig kieferchirurgisch durchsaniert. Da bedeutete: Alle Weisheitszähne raus (und nicht nur der, der gerade weh tat und wegen

dem der Soldat kam), alle Zysten raus, alle Kieferhöhlen sanieren, kurzum, einmal komplett aufräumen. Mitunter wurden auf Wunsch der Soldaten auch gleich Tätowierungen allenorts entfernt, das fiel damals auch in den Aufgabenbereich der Chirurgen. Für sechs Wochen ging es also voll zur Sache, die Liebe zur Chirurgie war geboren.

Viele Jahre später kommentierten auf dem Balkan (der ja auch eine ausgeprägte Tradition der Militärchirurgie aufweist) die erfahrenen Chirurgen wenn sie Stefan Ihde auf Kursen assistierten: „Das ist noch die gute alte Militärchirurgie, exakt und schnell, voll konzentriert bis zur letzten Sekunde der Operation, und niemals Kompromisse machen.“

„Fast noch wichtiger als die Frage, an welcher Universität und bei welchen Professoren ein Zahnarzt studiert hat, ist die erste richtige Stelle und der erste Chef dem er nach der Universität untersteht. Denn diese Fachperson wird prägenden Einfluss auf das gesamte weitere Berufsleben des jungen Zahnarztes haben. Ich hatte mit Dr. Dieter Singer in Uffenheim riesiges Glück gehabt: Er war nicht nur fleissig, er arbeitete auch exakt und vor allem zügig. Nicht selten haben wir an einem einzigen Tag auf drei Patientenstühlen mit sechs Zahnarthelferinnen 60-70 Patienten behandelt. Bei ihm und im *Wick-Alexander-Study-Club* habe ich auch Kieferorthopädie gelernt, und dabei wurde mir vieles über die Knochenfunktion klar. Mit Dieter blieb ich nach meiner Ausbildungszeit bis zu seinem Lebensende in Kontakt. Er hat mich viele Jahre später, als er selbst schon lange in Rente war, viel beim Aufbau der Simpladent® Praxis in Eching unterstützt. Bei all der vielen Arbeit die wir dort hatten, hat er stets Ruhe und Freundlichkeit bewahrt und nahm sich Zeit, um mit Patienten und Kursteilnehmern eingehend zu sprechen.“



Dieter hatte mich bereits in den 1980er Jahren darauf hingewiesen, dass es mutmasslich bessere Systeme gibt als das der „Demokratie“. Wir diskutierten oft über die „Oligarchie“ als alternatives Regierungssystem. Damals war das Wort „Oligarch“ noch nicht medial gebrandmarkt gewesen, es hatte eine andere Bedeutung als heute. Später wurde das Wort den „russischen Oligarchen“ umgewidmet und negativ besetzt. Oligarchen hatte es ja in der Sowjetunion noch gar nicht gegeben. Die heutige russische Föderation setzt eine Mischung aus Demokratie, Technokratie und Oligarchie ein. Diese Lösung berücksichtigt, dass sich wirklich superreiche Mitmenschen nicht allzu sehr gängeln lassen wollen, und dass sie genug Geld haben, um den Fluss der Dinge zu beeinflussen. Sie sollten im positiven Sinne dazu bewegt werden, den Staat von sich aus zu unterstützen, und das scheint heute weitestgehend zu funktionieren.



*Stefan Ihde am ersten Weihnachtsfeiertag 1985 beim Frühstück auf seinem Lieblingsberg, dem Kramer, bei Garmisch.*



Schon während der Schulzeit und des Studiums verbrachte Stefan Ihde viel Freizeit in den Bergen. Das Wetterstein-Gebirge, die Chiemgauer Alpen und der Wilde Kaiser gehörten zu seinen Lieblingsgebieten. Mit Schulfreund Hans Buckley (der 1997 in die USA auswanderte) machte er es sich zum Sport, die in den jeweiligen Wanderführern angegebenen Besteigungszeiten zu halbieren, nach dem Motto: Ist der Weg auch noch so weit, wir brauchen nur die halbe Zeit. Die vielen Bergtouren und Wochen unterwegs bescherten Stefan Ihde gute Kondition und Ausdauer, was sich auf dem späteren Lebensweg als sehr nützlich erwies.

## Der Rebell

Je mehr sich Stefan Ihde mit der üblichen Praxiseröffnung nebst einer damit verbundenen Verschuldung und mit dem kassenärztlichen System beschäftigte, umso skeptischer wurde er. „Während dieser Zeit beschloss die Bundesregierung das Gesundheitsreformgesetz (*Blüm-Reform*) um ihre Leistungen. Es betraf alle medizinischen Bereiche der Kassenärzte. Das war ein rigoroser Einschnitt und glich einer Teilenteignung mit dramatischen Auswirkungen. Der Staat legte die Beiträge für Arzneimittel und für bestimmte Eingriffe oftmals nicht mehr kostendeckend fest und es wurden Leistungsdeckelungen eingeführt. Allgemeinmediziner, Orthopäden, Zahn- oder andere Fachärzte sind seitdem derart eingeschränkt, dass ihre Leistungen nicht mehr das gesamte Jahr über abgerechnet werden. Patienten, die über die vorgegebenen Leistungsgrenzen hinaus medizinisch betreut werden müssen, können nicht mehr abgerechnet werden. Ärzte und Ärztinnen werden für ihre Arbeitsleistung zeitweilig nicht mehr bezahlt, dennoch sind sie zur Behandlung von Patienten verpflichtet. Zahnärzten geht es nicht anders. Die Gebühren wurden gesenkt und die Zuzahlung für Zahnersatz in sogenannten Befundgruppen geregelt. 50 Prozent muss der Patient jedoch immer selbst zahlen. Bei Zahnersatz resultiert die Abrechnungssumme aber nicht nur aus dem handwerklich zahnärztlichen Honorar, sondern auch aus der eingesetzten Diagnosetechnik, den Planungskosten nebst Röntgenbildern, Zahntechniker und letztlich dem verwendeten Produkt. Das kann eine individuell angefertigte Brücke sein, ein Implantat und oben drauf dann der exakt angefertigte künstliche Zahn. Es werden also mehrere Handwerker

bezahlt, plus Material, das der Zahnarzt vorher einkaufen muss. Da kommen insgesamt schnell Summen von mehr als 1.000 oder 2.000 Euro pro Patient zusammen, bzw. ehemals DM.

Kaum jemand ahnte damals, dass die darauffolgenden weiteren Reformen noch weitaus krasser ausfallen würden, z. B., dass Zahnersatz (Kronen und Brücken), relevante orthopädische Maßnahmen und manches mehr gar nicht mehr von den Kassen übernommen würden. 1993 hieß das Machtwerk *Gesundheitsstrukturgesetz*. Für Dentisten und Patienten bedeutete es unter anderem, dass festsitzender Zahnersatz ab vier fehlenden Zähnen je Kiefer nicht mehr von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt oder bezuschusst wurde. Dabei war es egal, warum die Zähne gezogen wurden oder aufgrund welcher Krankheit oder welchen Unfalls der Zahnverlust entstand. Aber auch unter der magischen Zahl *Vier* bat der Staat Patienten rücksichtslos zur Kasse. Gleichzeitig stiegen die gesetzlich eingeforderten Beiträge. Keine gering- oder durchschnittlich verdienende Person traute sich noch zum Zahnarzt. Einige Zeit später änderte es sich erneut, da wurde wieder etwas mehr zugezahlt, aber einige andere Leistungen gestrichen. So läuft das seit Jahrzehnten. Weder Patienten, noch Ärzte können sich auf den deutschen Staat verlassen. Das ist kein Zustand, in dem man frohen Mutes eine kassenärztliche Praxis mit horrenden Verbindlichkeiten eröffnet!" Stefan Ihde hat das für sich sehr schnell entschieden.

„Gebührenordnungen haben sicherlich ihre Berechtigungen, aber was in Deutschland veranstaltet wird, ist sozialistische Umverteilung.“ Die neuen Bestimmungen des deutschen Sozialversicherungsrechts erinnerten ihn zu sehr an das, was er als Student in Rumänien mit ansehen muss-

te. „Solche Systeme tendieren zur ständigen Verschlechterung und enden nicht selten in einem Umsturz (der freilich nicht durch die Zustände im Gesundheitswesen erzeugt wird, sondern durch sich leerende Kühlschränke)“.

Stefan Ihde verzichtete wohlüberlegt erst mal auf eine eigene Kassenpraxis in Deutschland. Er haderte mit einem System, welches dem Begriff *Sozialversicherung* nicht gerecht wird, indem mehr Geld für die Umverteilung ausgegeben wird als für die Behandlung.

„Abgesehen von der Verschuldung in beträchtlicher Höhe für eine eigene Praxis, schreckten mich die politischen Umstände ab“, erklärt er mit versteinerner Miene. Später eröffnete er eine Privatpraxis in der Schweiz, doch dazu kommen wir noch.

„Vielleicht war es auch ein Fehler, dem Buch von Mancur Olson<sup>1</sup> in jeder Hinsicht Glauben zu schenken. Olson stellte die Schweiz als Musterbeispiel eines Staats dar, in dem es einen echten freien Markt und echte Konkurrenz gibt und nur wenige staatliche Eingriffe. Es mag sein, dass das in den 1950er Jahren so gewesen ist, aber seit etwa dem Jahr 2000 trifft das nicht mehr auf die Schweiz zu. Heute ist sie eines der korruptesten Länder der Welt. Vielleicht sogar das korrupteste. Den Übergang von der Schweiz ohne *Verteilungskonkordien* zu einem Land mit massiver, alles durchdringender Korruption (\*13), habe ich live erlebt. In der Schweiz hat sich die Zahnärztesgesellschaft SSO um das Jahr 2011 herum zur effektiven Machtergreifung entschlossen. Die SSO ist ein von Mitgliedern finanziell enorm unterstützter Berufsverband, dubios und insgesamt mit Einfluss

---

<sup>1</sup> Mancur Olson: *Der Aufstieg und Niedergang von Nationen*, 1982, bei Amazon erhältlich.

nehmenden Kontakten in die Gesundheitsdepartemente ausgestattet. Ich werde das am Ende des Buches am Beispiel des Kantons St. Gallen erläutern. Denn seit 2011 benutzt die SSO in unsäglicher Weise ihr Netzwerk, um Ausländer und Nichtmitglieder aus dem zahnärztlichen Versorgungssystem zu vertreiben.“

---

*„Um ein Mitglied einer Schafherde zu sein, muss man vor allen Dingen zunächst einmal ein Schaf sein.“*

*– Albert Einstein*

---

„Was Albert Einsteins Aussage in der Realität bedeutet, kann man an den Mitgliedern der SSO perfekt erkennen: Hoch bezahlte Verbandstreue schaltet die Konkurrenz aus. Damit wird aber auch die Weiterbildung zur Farce. Warum sollte man sich weiterbilden, wenn großes Können oder besondere Fähigkeiten sich negativ auf das eigene Geschäft auswirken? Die SSO beschränkt sich auf gutes Marketing der angeblich herausragenden Fähigkeiten ihrer Mitglieder, während die wiederum den Kopf unten halten, wenn beispielsweise ein angeblicher Kantonszahnarzt auffällig gute und überragende Zahnärzte unsanft und irregulär ins Abseits befördert.

In Deutschland hingegen ist das Gesundheitssystem damals wie heute unstedet und alle paar Jahre werden Kosten und Nutzen neu berechnet, immer zu Lasten der Patienten und Mediziner. Also beschloss ich, zunächst keine horrenden Verbindlichkeiten für eine kassenärztliche Zahn-

arztpraxis einzugehen. Es war nicht absehbar, ob ich die Schulden in einem ordentlichen Zeitrahmen zurückzahlen könnte, zumal das Kassenarztsystem in Deutschland angemessene Umsätze und Erlöse nicht ermöglicht. Nein, damit wollte ich nichts zu tun haben. Das andere Problem waren die stetig zunehmenden Steuern in Deutschland. Zuerst bekommt man von den Versicherungen bei jeder Abrechnung weniger Geld und die Abrechnung der Versicherung ist völlig intransparent, und anschließend wird davon noch mehr wegbesteuert. Und gleichzeitig sagt man den angeblich *Versicherten* vor der Wahl, dass sie immer bessere Versorgungen bekommen. Erst im Kampf mit den die Erstattung verweigernden (privaten) Krankenversicherungen lernen die Versicherten, welche massiven Steine man ihnen bei der Leistungserstattung in den Weg legt.“

In Deutschland sind die gesetzlichen Krankenversicherungen und die Steuerbehörden die *Mitesser*. In der Schweiz spielen die Krankenversicherungen keine Rolle, dort bedient sich die SSO.

Aus der Grundsatzentscheidung resultierte die Frage: Was nun? „Ich hätte einige Jahre als Assistenzarzt tingeln können, aber ich bekam ein anderes Angebot, das mir interessanter erschien“, erklärt Stefan Ihde. „Ein zahnmedizinischer Verlag für Fachzeitschriften und Bücher aus zahnärztlichen Bereichen bot mir einen Job als Produktmanager an. Das erschien mir eine abwechslungsreiche und verantwortungsvolle Position zu sein, die zudem gut bezahlt wurde. Sie war auch eine gute Vorbereitung auf die spätere Übernahme des Dentalhandels meines Vaters. Aber schon vor meinem Eintritt in das Unternehmen änderte sich dort die Führungsstruktur. Anstatt dem Geschäftsführer wurde ich unerwartet dem Vertriebsleiter unterstellt. Der neue Mann

begriff aber nicht, was der Verlag inhaltlich macht. Er hatte vorher Joghurt vertrieben und konnte sich meiner Meinung nach nicht auf Zahnmedizin umstellen. Unsere Zielgruppen waren ganz andere, und Produktgespräche waren mir mit ihm nicht möglich. Er kam mit meinem Fachwissen nicht zu recht, das jedoch den Ausschlag für meine Anstellung gegeben hatte. Na ja, wir haben uns nach kurzer Zeit wieder getrennt und ich siedelte nach Uetliburg/Schweiz über.“

1989 verstarb Stefan Ihdes Vater plötzlich und unerwartet. „Das war zunächst einmal ein Schock für mich und meinen Verlustschmerz kompensierte ich mit Arbeit. Ich hatte meinen Vater vor seinem Tode lange nicht gesehen, und es wäre noch viel zu besprechen und zu bereinigen gewesen zwischen uns. Leider kam es nicht mehr dazu. Ich entschloss mich, sein damals stark geschrumpftes und annähernd zahlungsunfähiges Unternehmen wieder aufzubauen. Dabei half mir später meine Mutter viele Jahre. Sie hat das Unternehmen quasi zwei Mal aufgebaut, bis sie mit 69 Jahren schließlich in Rente ging.“

Stefan Ihde analysierte die 1954 in Berlin gegründete Vertriebsfirma seines Vaters und entdeckte die Schwachstellen. „Die zwei Monate im Verlagswesen und die Grundausbildung im Marketing haben mir dabei geholfen“, erläutert er. „Ich hatte gelernt, wie man Produkte strategisch aufbauen kann und dafür entweder eine Marktnische findet, oder sich einen Markt etabliert. Nun konzentrierte ich mich ganz auf den Ihde Dentalhandel und strukturierte das Unternehmen von Grund auf neu. Zuerst gründete ich eine Firma als AG in der Schweiz und überführte dann das Warenlager in die deutsche *Dr. Ihde Dental GmbH*, denn Deutschland war ja zur damaligen Zeit unser wichtigster Handelsplatz mit 95 Prozent des Umsatzes. Ich entwickel-

te ein reduziertes, aber spezielles Angebot und ergänzte das klassische Verbrauchsmaterial mit eigenen Labels exklusiver Dr. Ihde Produkte. Wir begannen zunächst in Ostdeutschland, Zahnarztpraxen damit auszustatten, wobei uns die deutsche Wende (\*2) betriebswirtschaftlich entgegenkam. In den neuen Bundesländern bestand ein Mangel an Praxen, und andererseits wurden die alten DDR-Zahnarztpraxen neu ausgerüstet. Die deutsche Firma beschaffte die Technik für die Praxen, beantragte die nötigen Prüfsiegel für Verbrauchsmaterial unter eigenem Label und übernahm die Werbung. Die deutsche GmbH wurde anschließend von der schweizerischen Firma beliefert und trat als Verkäufer auf. Das hat sich über die Jahre teilweise geändert, was mit der geänderten Beschaffungstechnik und neuen gesetzlichen Vorgaben zusammenhing.“

Stefan Ihdes kaufmännische Ausrichtung war klug gewählt. Relativ schnell wurde aus dem Neuanfang ein profitables Handelsunternehmen. Zum damaligen Produktsortiment gehörten noch keine Implantate. Diesen Geschäftsbereich führte er erst ca. 1997 ein.

Doch nicht nur die Unternehmen wurden erweitert, auch die Familie wurde in den Jahren größer. „Wir wohnten noch in Uetliburg, ebenfalls im Kanton St. Gallen und sehr nah an Gommiswald gelegen, als meine Frau schwanger wurde. Marion verzichtete auf ihre eigene Karriere als Juristin und arbeitete nach dem Zweiten Staatsexamen und der Magistratur in unserem Schweizer Familienunternehmen. Es war eine gute Zeit, denn dank ihrer großartigen Unterstützung und motivierten Personals gelang es mir, Geschäfts- und Privatleben zu vereinen. Wir konnten trotz des aufwendigen Geschäftslebens viel Zeit miteinander verbringen.“

Die Gemeinsamkeit nutzten Marion und Stefan mit harmonischer Lebensfreude und zuversichtlich liebevoll. 1992 kam Alessandra auf die Welt, dicht gefolgt von William im Jahr darauf. „Sabine erblickte 1998 das Licht der Welt und wuchs mit der Gunst einer großen Schwester und eines älteren Bruders auf“, schmunzelt Stefan Ihde. „Wir stellten unser Leben auf die Kinder ein, wobei ich jede freie Stunde mit ihnen verbrachte. Ich trat beruflich nicht wesentlich kürzer, sondern passte die Abläufe und meine Zeitpläne dem neuen Lebensabschnitt an. Organisieren und improvisieren liegt mir“, sagt er mit einem Lächeln.



*In diesem unscheinbaren Landhaus mit der Hausnummer 68 wurden ohne Werbung und ohne Praxisschild 2001 bis 2002 mindestens fünf Prozent aller jährlichen, in der gesamten Schweiz chirurgischen Implantationen durchgeführt.*

Der Spagat zwischen seinem Familienleben und den Anforderungen seiner Unternehmen gelang ihm gut. Nun war die Zeit gekommen, sich seiner eigentlichen Passion

zu widmen: der Zahnimplantation und Behandlungen schwieriger Fälle, um Lösungen für genau solche Herausforderungen zu entwickeln. Da die Schweizer Grundversorgung ohnehin keine Zahnbehandlungskosten trägt, können Schweizer Zahnärzte ihre Leistungsvergütungen relativ frei und letztendlich teuer festlegen.

„Heute gibt es den Zahntourismus nach Deutschland, Ungarn und Bulgarien“, erklärt Dr. Ihde. „Dort sind die Behandlungen günstiger als in der Schweiz. Doch die Behandlung im Ausland wird durch die SSO medienwirksam verteufelt. Schweizerische Zahnärzte lehnen es oft ab, Patienten überhaupt noch anzunehmen, die Teile der Versorgung im Ausland haben durchführen lassen. Das soll auch abschrecken. Ähnliches habe ich in Österreich beobachtet: Implantatpatienten, die um Behandlung bei mir nachsuchten, baten darum, dass die gesamte Familie ebenfalls in Gommiswald behandelt werden kann, da man befürchtete, dass der bisherige österreichische Zahnarzt gleich die gesamte Sippe hinauswerfen würde. Und noch ein weiteres Problem kann ich in Österreich mehrfach beobachten: Sind meine Patienten nicht wirklich vorsichtig und umsichtig bei der Wahl des Nachbehandlers in Österreich, so kann es ihnen passieren, dass eine eingeschworene Truppe von Zahnärzten und Chirurgen versuchen wird (zu Lasten der Gebietskrankenkassen), ohne jeden medizinischen Grund im Ausland erstellte Implantatarbeiten komplett zu entfernen. Eine Strafexplantation für Abtrünnige. Die so gewonnenen *Trophäen* können die professoralen Täter dann stolz im Kollegenkreis herum zeigen und sich damit wichtig tun. Die Patienten tragen den Schaden davon.“

Kurzerhand richtete Stefan Ihde in der Garage des Uetliburger Hauses 1994 eine kleine, aber voll ausgestattete

Praxis mit Labor ein. „Das war preiswert, ich sparte Miete und war meiner Familie nah. An sich perfekt.“

Es begann effektiv und optimistisch, doch da ahnte der *Rebell unter den Zahnärzten* noch nichts vom langen Arm der *Schweizerischen Zahnarztgesellschaft*, kurz SSO genannt. „SOS trifft es besser“, grollt Stefan Ihde. „Den Hilferuf muss man nämlich aussenden, wenn man sich mit dem Schweizer Preistreiber und zahnmedizinisch auf unterem Niveau befindlichen Zahnärzteverband anlegt.“

---

*“Alle meinten immer, das geht nicht.  
Bis mal einer kam, der das nicht wusste.  
Der hat es dann einfach gemacht.”*

---

## I walk the line

In der kleinen, modern ausgestatteten Garagenpraxis widmete sich Dr. Ihde seiner Profession. Wenn aus Dr. Ihdes Praxis der *Bakersfield Sound* von Merle Haggard, Willie Nelson oder die markanten Stimmen von Johnny Cash und Joe Cocker erklangen, wusste seine Frau, ihr Mann war in eine besondere Herausforderung vertieft. „Ich höre gerne Country und Blues Musik. Meine Patienten mögen das und empfinden Musik während der Behandlung ebenfalls als angenehm“, erklärt er.

Bei jeder Implantationsoperation gibt es neue Situationen, die höchste Konzentration erfordern. Über weite Strecken sind die OPs für Dr. Ihde nicht anstrengend. Dann singt er sogar mit und kann acht oder mehr anstrengende Stunden im OP gelassen und stets auf den Patienten konzentriert überstehen.

„Es geht eben auch anders als in klassischen Arztpraxen“, betont der erfahrene Dentist. Dass auch die chirurgische und technische Art der Implantation von Zähnen *anders* gehen muss, beschäftigte ihn schon seit einigen Jahren.

In der Garagenpraxis begann Dr. Stefan Ihde, an seinem Ziel zu arbeiten, die Zahnimplantation von Grund auf zu verbessern und vor allem für alle Menschen zugänglich zu machen. „Die Entwicklung einer patientengerechten Methode der Zahnimplantation, und damit die Realisierung von lebenslang festen Zähnen für jeden Menschen, beinhaltet die faszinierendste Herausforderung. Schon seit geraumer Zeit setzte ich mich damit auseinander“, erklärt er. Chirurgie und Prothetik fesselten ihn seit Jahren, denn die klassischen Implantationsmethoden aus dem vorange-

gangenen Jahrzehnt stellten ihn als Zahnarzt und auch die Patienten nicht zufrieden.

„Die Implantate der damaligen (herkömmlichen) Implantologie wurden zwar angeblich stetig verbessert und vermeintlich moderner, aber in der Realität änderte sich gar nichts. Die großen prinzipiellen Probleme der herkömmlichen Vorgehensweisen sind und waren auf diesem Gebiet der Zwei-Phasen-Implantologie nach wie vor die gleichen. Die Implantate sind schlichtweg ungeeignet. Zahnärzte bekundeten Fortschritt und Verbesserungen, doch wenn man genau hinsieht, waren sie nur sehr gering. Oftmals waren die Verbesserungen nur Ideen, Hirngespinnste, was die Branche (und vor allem die etablierten Hersteller von Zahnimplantaten) natürlich nicht zugibt. Rückblickend kann man heute drei Phasen der Implantologie identifizieren:

1. 1965 und ca. 1986 treiben medizinische Pioniere die Implantologie voran – allen voran mein Lehrer und Mentor Prof. Leonard Linkow aus New York. Zu den Pionieren, die sich mit der basalen Implantologie beschäftigen, gehören auch Prof. Scortecchi (Nizza) und Stefan Ihdes väterlicher Freund Dr. Frank-Peter Spahn (Belgien).
2. 1986 betreten die (heute) großen Hersteller von Zahnimplantaten die Bühne. Damit verteuern sich die Implantate immens, um höhere Gewinne zu erwirtschaften. Die übersteuerten Preise werden angeblich mit wundersam wirkenden, angerauten Implantatoberflächen begründet, die, wie sich bald zeigte, medizinisch mehr schaden als nützen. Zugleich kaufen sich die Handelsunternehmen bei Universitäten ein, die vorher gar nichts mit der Implantologie zu tun hatten. Doch plötzlich, wie auf

Knopfdruck und von Drittmitteln beflügelt, treten universitäre *Professoren* als Implantologie-Spezialisten auf den Plan, die solchen Herstellern Vertriebsunterstützung anbieten und Kurse offerieren (die freilich privat zu bezahlen waren). In dieser zweiten Phase, die teils bis heute andauert, werden allenthalben menschenverachtende chirurgische Eingriffe durchgeführt und Operationsprotokolle propagiert. Natürlich vorwiegend für wohlhabende Klienten, die der Medizin als willige, zahlungsfähige Testpersonen dienen. Alle anderen Methoden und deren Protagonisten werden (wie üblich in solcher Situation) verteufelt. Mehr dazu im Kapitel über den *Mainstream*.

3. Zur Jahrtausendwende beginnt die innovative Phase, denn nicht alle Zahnärzte und Implantologen unterstützen das unsägliche Treiben. Sie setzen verstärkt auf minimalinvasive und weniger schädliche Methoden, die auch ohne weiteres ambulant vorgenommen werden können. Durch ihr Geschick wird die basale Implantologie geboren, die sich später zur kortikobasalen (\*5) Implantologie entwickelt und heute weltweit von zahlreichen Experten angewendet wird. Ich entwickelte die Methode durch intensive *Knochenarbeit* (im Sinnes des Wortes und im übertragenen Sinne) weiter und sorgte für die Weiterentwicklung des Designs und der Anwendungsmethoden der Implantate.

	Pionier Phase 1956 - 1985	Phase der grossen Hersteller 1986 - ?	Kortiko-basale Implantologie – Implantologie die den Regeln der Traumatologie und des Knochens folgt.
Verwendung der Implantate	Sofort nach dem Einsetzen	Sofort nach dem Einsetzen	Sofort nach dem Einsetzen
Implantatoberfläch en im Knochen	Poliert	Rau und stark bakterienanziehend	Poliert
Preis der Implantate (für den Implantologen)	niedrig	Sehr hoch	niedrig
Anzahl der notwendigen Sekundär-Bauteile	niedrig	Es wurde eine extrem grosse Zahl von diesen Komponenten entwickelt	Es gibt keine Sekundärbauteile, sie sind nicht nötig
Anzahl der verschiedenen erhältlichen Implantate	gross	Klein (der Knochen wird auf die Implantate zurecht operiert)	gross (Implantate werden so entwickelt, dass diese von Anfang an zum Knochen passen)
Verankerung des Implantats	Generell Kortikal  Abstützende Verankerung	Keine Verankerung; Warten auf Einheilung	2. Kortikalis  Durchdringende Verankerung
Einsetzstrategie	Implantate einsetzen wo immer man Verankerung findet	- Implantieren in der prothetisch gewünschten Position (!) - Knochen „aufbauen“	Verwendung von resorptionsstabilen Kortikalisarealen  Vernachlässigung von spongiösem Knochen.
Planung	Das Knochenangebot und die Erfahrung bestimmen/ersetzen die Planung	Exaktes Planen des „Emergenzprofils“ unter Einschluss von Knochenaufbauten.  Der Schädel des Meschen wird auf die Implantate zurecht operiert.	Behandlung des Falls in einem Gesamtkonzept. Die Kaufunktion spielt eine dominierende Rolle für den Erfolg. Implantate werden in „strategischen Positionen“ gesetzt und hinzu treten Unterstützungsimplantate

Es ist heute klar, dass es wenig sinnvoll ist, ein Implantat nicht von vornherein absolut fest und sofort belastbar in den Kortikalknochen einzusetzen. Mit anderen Methoden doktern wir zu lange daran herum. Das wurde auch von anderen Zahnärzten erkannt. Nach einigen Jahren entste-

hen zu oft Komplikationen, die behandelt werden müssen, und eine nicht geringe Anzahl von Patienten hat zeitlebens immer wieder Probleme. Im deutschen und im Schweizer System sind langwierige Behandlungen für das Einkommen der Zahnärzte gut, aber für die Patienten kann es sich zur ewig währenden Tortur entwickeln. Ich wollte in diesem Fach der Beste werden und die Zahnimplantologie auf einen vernünftigen Weg bringen, der wirklich (endlich) allen Patienten hilft“, erklärt er sein Ziel, das er auch erreichte. Verständlicherweise nicht von heute auf morgen.

Neue Techniken, wissenschaftliche Erkenntnisse, bessere Untersuchungstechniken, immer moderner werdende Geräte und die wachsende Digitalisierung ermöglichten einen rasanten Fortschritt in der allgemeinen Medizin. In der oralen Implantologie brachte es den Durchbruch, als Durchblicker wie Stefan Ihde einen Stück des Weges zurück gingen. Sie arbeiteten und entwickelten dort weiter, wo die echten Pioniere aufgehört hatten als die grossen Marktführer den Platz zu beherrschen begannen.

Der in den Anfangsjahren der Zahnimplantation relevante Schwachpunkt einer fehlenden Biokompatibilität wurde schon Ende der 60er Jahre durch Titan behoben. Das Metall entpuppte sich als ideal für orthopädisch chirurgische Eingriffe. Titan und einige seiner Legierungen wurden und werden für nahezu alle Implantationsarten eingesetzt, und somit auch für das Einpflanzen neuer Zähne. Die Verbindung zwischen der Titanoberfläche und dem Knochen erwies sich über die Jahrzehnte als zuverlässig, soweit es nicht zu Entzündungen (z.B. zur Periimplantitis) kam. Titan ist stets passiviert, es kann nicht (wie z. B. Eisen) im Körper angegriffen werden und es erzeugt weder Entzündungsreaktionen

noch Allergien (!).<sup>1</sup> Das trifft auch auf die implantierbaren Legierungen des Titans (allen voran das hochfeste Ti6Al4V ELI) zu. Die Frage des Materials war also geklärt, doch die Grundsatzmethode und das Design der dentalen Implantate wurden nicht angepasst.

„Bis ungefähr 1997/98 habe ich noch mit *Diskimplantaten* aus Frankreich gearbeitet. Das sind laterale basale Implantate (\*4, 5) mit rauen Oberflächen am Schaft und an den Basisschrauben. Diese Oberflächen waren damals modern und wurden bei crestalen und basalen Implantaten gleichermaßen verwendet. Doch damit waren erhebliche Nachteile verbunden, die bei den herkömmlichen Implantaten bis heute noch vorhanden sind. Implantate mit rauen Oberflächen tendieren dazu, Entzündungen zu unterhalten. Die *Osseointegration* wurde von Herrn P. I. Branemark erstmals beschrieben, und zwar für polierte bzw. maschinierete Implantate(!), da damals raue Oberflächen noch gar nicht erfunden waren. Branemark publizierte damals *„...dass Implantate mit glatter Oberfläche nicht für die Sofortbelastung geeignet sind“*. Eine fehlerhafte Feststellung wie wir heute wissen. Richtig ist, dass glatte Implantate nicht für die Sofortbelastung geeignet sind, **ausser man verankert sie im Kortikalknochen** (so wie es die Trauma-

---

1 Gehen herkömmliche Implantate verloren, so wird der Verlust der Implantate vom Behandler oft mit dem Vorliegen einer Titanallergie erklärt. Stefan Ihde hat im Laufe von rund 25 Jahren sehr viele solche Patienten, die an Titanallergie litten, mit Titanimplantaten wieder implantiert. Und, obwohl es ja gar nicht möglich war, hielten die Implantate und eine Allergie lag nicht vor. Wie kam der Erstbehandler dann zu seiner Diagnose, was war wirklich los? Am Ende dieses Buches werden an zwei Tabellen die Unterschiede bei den Verlustgründen zwischen herkömmlichen und kortikobasalen Implantaten erläutert.

tologen machen). Während sich einmal osseointegrierte (herkömmliche) Implantate auch bei starker Überlastung nicht lockern (sie bzw. ihre Komponenten brechen stattdessen), können sich basale und kortikobasale Implantate unter Überlast lockern. Sind diese Implantate völlig glatt (so wie heute), so kann es zur nochmaligen Festigung des Implantats (bzw. des lastaufnehmenden Knochens) kommen, wenn der Vorgang (z. B. patientenseitig oder bei Kontrollen) frühzeitig bemerkt und dann sachgerecht behandelt wird. Ein riesen Vorteil!

Nach der alten Methode wird ein Implantat von zumeist erheblicher Größe von oben bzw. unten in den Knochen eingesetzt und wächst darin fest“, erklärt Stefan Ihde. „Fehlt es an Knochenmaterial (für die viel zu gross designten herkömmlichen Implantate), so muss Knochen aufgebaut werden. Vor allem im Oberkiefer ist nach der klassischen Lehrmethode oft ein Knochenaufbau erforderlich, damit das grosse herkömmliche Implantat von ausreichend Knochen umgeben ist. Nur so wird Knochenhöhe erreicht, die eine Therapie mit herkömmlichen Implantaten überhaupt erst denkbar oder aussichtsreich werden lässt. Im Unterkiefer funktioniert ein solcher Aufbau ohnehin nicht besonders gut, weswegen man im hinteren Bereich des Unterkiefers oft keine herkömmlichen Implantate einsetzen kann. Die zur Behebung des Problems entwickelte Methode *All on 4* hat sich (nach meiner Beobachtung in Gommiswald in den Jahren 2004-2010) als nicht besonders zuverlässig erwiesen. Sehr oft passte die Prothetik nicht (trotz aller Planungen und Mühen), und oft zeigten sich Überlastungen und danach Verluste an einem der eingesetzten Implantate, wonach die gesamte Konstruktion statisch mehr als grenzwertig wird und der Schädelknochen schädlichen unsym-

metrischen Kräften ausgesetzt ist. Beim herkömmlichen zweiphasigen Verfahren wird das Zahnfleisch über dem frisch eingesetzten Implantat mit einer Naht verschlossen und der Patient erhält zum Übergang eine Prothese, um die drei bis x-monatige Einheilungszeit zu überbrücken. Erst danach ist die *künstliche Zahnwurzel* (hoffentlich) im Kiefer so gut mit neuem Knochengewebe umgeben, dass sie wie ein echter Zahn belastet werden kann. Ist das der Fall, so wird im zahntechnischen Labor eine Krone oder Brücke angefertigt, die vom Zahnarzt eingesetzt und mit dem Implantat fest verbunden wird. Dazu muss das Zahnfleisch geöffnet und das Implantat freigelegt werden, um den Zahnersatz einzusetzen.“ Erst dann ergibt sich im Front- oder Seitenzahnbereich wieder die normale Kau- und Sprachfunktion. Diese komplexe, langwierige und schmerzvolle Vorgehensweise ist verständlicherweise weder für die Patienten, noch für den Zahnarzt komfortabel, abgesehen von der anschließenden Rechnungsstellung.

„Ungeachtet des langwierigen Prozesses und der mangelnden technischen Möglichkeiten, um auch Problemfälle zu behandeln, sind die herkömmlichen Implantate ungeeignet“, erklärt Stefan Ihde. Denn ein ganz wesentlicher Nachteil der so genannten *Osseointegration* (\*4) sind die 3,5 bis fünf Millimeter dicken Kerndurchmesser solcher Implantatschrauben. Zudem sind sie rau, weil der Knochen dadurch angeblich besser mit dem Implantat zusammenwächst. Diese Behauptung einiger Universitätsforscher wurde jedoch bisher trotz vieler Mühen (und massiver finanzieller Unterstützung durch die Implantathersteller) nie bewiesen.

„Rauhe Implantatschrauben sind in medizinisch-logischer Konsequenz ungeeignet. Weil sich das Zahnfleisch und der

Knochen üblicherweise (d. h. so gut wie immer) zurückbil- den, liegen die rauen Oberflächen nach einiger Zeit zu- mindest teilweise wieder frei in der Mundschleimhaut und bieten für Bakterien eine paradiesische Heimat“, erklärt der zweimalige Weltmeister (2015 und 2019) der Zahnim- plantologie.

„Entzündungen sind demnach vorprogrammiert. Einmal entstanden, bleiben sie quasi ewig, weil der ideale Lebens- raum für Bakterien stetig vorhanden ist. Der medizinische Fachausdruck lautet Periimplantitis. Herkömmliche Implan- tate, zweiphasige oder mehrteilige Typen verstoßen offen- sichtlich gegen ein altes Prinzip der Medizin: „primum nihil nocere“ (Deutsch: In erster Hinsicht darf nicht geschadet werden). Doch die Fachwelt will das nicht wissen.“

Periimplantitis-Kongresse, wohin man sieht: Die Fach- welt sinniert über ein Prob- lem, welches man locker mit einem Schlag lösen kann. **Wenn es dennoch nicht ge- löst wird, dann liegt es ganz offenbar daran, dass man es nicht lösen will.** Immerhin er- zeugt die Periimplantitis den verschiedenen damit be- fassten Oral-Spezialisten ein Einkommen, welches über die Jahre höher ist als das Einkommen aus dem Einset- zen der (herkömmlichen) Im- plantate. Wer will da schon „Obwohl wir also längst Nein sagen?“

wissen, was diese Entzündungen hervorruft, beschäftigen sich internationale Kongresse nach wie vor mit der Erkrankung. Sie wollen sich aber der Ursache nicht annähern. Oder, was sogar noch viel schlimmer und patientenverachtender wäre: Industrie und Zahnärzteschaft scheren sich nicht drum. Die Hersteller der bedenklichen Implantate und die Masse der Zahnärzte machen skrupellos Kasse auf Kosten der Patienten oder ihrer Versicherung. Die sogenannten Gesundheitssysteme stützen die Erwirtschaftung horrender finanzieller Gewinne, anstatt patientengerechte Methoden zu wählen. Die Ursache der zahlreichen Periimplantitis-Fälle war mir schnell klar“, erklärt der fachlich versierte Zahnmediziner.

Überhaupt war es an der Zeit, die alten Methoden neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen anzupassen. Will man jedoch das Verfahren ändern, sind auch spezielle Implantate erforderlich, die einerseits glatt sind, um Entzündungen zu verhindern, und andererseits filigraner, als die dicken Schrauben sein sollten. Und mit der Wahl von dünneren Implantaten und der Anwendung eleganter Implantationsmethoden<sup>2</sup> entfällt dann auch der Knochenaufbau, womit wir dem Ziel (d. h. dem Patientenwunsch) schon sehr nahe gekommen sind. Auf die neuen, zierlichen und unverwüstlichen Titanschrauben werden abschließend individuell passende Zähne gesetzt. Je nach Lage des Zahns und Beschaffenheit des Kiefers muss es auch unterschiedliche Ausführungen geben. Das war alles in allem eine komplexe Herausforderung, zumal es im Markt keine filigranen glatten Implantate gab. Also musste Stefan Ihde sie zunächst erfinden und dann herstellen lassen. „Insgesamt

---

2 Siehe <https://implantfoundation.org/de/consensus-16-approved-methods-2018-menu-de>

werden dabei nicht nur an den Zahnarzt hohe Ansprüche gestellt, sondern auch an das Geschick der involvierten Zahntechniker/innen“, erklärt der Fachmann und entwickelte in logischer Konsequenz eigene Implantate mit glatten Oberflächen an den vertikalen Schäften. Probleme mit entzündlichem Knochenabbau wurden ab sofort vermieden, und das war schon ein großer Schritt, auf den er stolz ist. Keiner seiner Patienten bekam Periimplantitis. Die Fachwelt will aber trotz wissenschaftlicher Dokumentation und mittlerweile vielen Tausend erfolgreichen Verwendungen glatter Implantate nicht wahrhaben, dass Periimplantitis damit ausgeschlossen wird. Obwohl die Erkrankung zum vollständigen Verlust des oder der Implantate führen kann und grosse Mengen von Knochen hinwegrafft, sind Stefan Ihdes Kolleginnen und Kollegen nicht bereit, die schon längst vorhandene wissenschaftliche Literatur zu den Strategic Implant® ergebnisoffen zu analysieren und daraus Schlussfolgerungen für die eigene Arbeit zu ziehen.

---

*“Mein Glaube, das ist der Glaube daran,  
dass das Glück der Menschheit durch den  
Fortschritt der Wissenschaft entsteht.”*

**– Akademik Iwan Petrowitsch Pawlov**

---

## Der Fortschritt ist das Ziel. Der Weg zum Ziel.

Stefan Ihdes profundes chirurgisches Wissen und seine Vorgehensweisen sprachen sich herum. Die Praxis lief gut und jede Implantation brachte ihm neben einem guten Einkommen vor allem neue Erkenntnisse.

Stefan Ihdes Dentalhandel bezog schon Ende der 90er Jahre die Rohimplantate von einem schweizerischen Spezialunternehmen für Präzisionsteile. Ab 2002 wurden dann die Implantate in einem eigenen Werk in Budweis/Tschechien hergestellt, welches Stefan Ihde zusammen mit einem guten Bekannten aus Budweis aus dem Boden stampfte.

„Über die Jahre haben wir viele Millionen von Implantaten aus der eigenen Produktion verkauft, die dort von über 40 festen Mitarbeitern produziert wurden. In mehr und mehr Ländern sind die Implantate zugelassen und dann über Händler verkauft worden. Der grösste Vorteil für die Weiterentwicklung meiner Methode lag jedoch darin, dass kleine Änderungen, die sich aus der klinischen Anwendung ergaben, sehr schnell umgesetzt wurden. Schon nach wenigen Wochen war ein leicht abgewandeltes Design produziert. Und sofort konnte ich den Patienten besser helfen. Damals gab es viel Papierarbeit mit den Produktverbesserungen, denn das CE-Zeichen war stets nötig.“ Man kann sagen, dass die Investition in Budweis sich als Glücksfall erwiesen hat. Andererseits war die Entscheidung, eine so gross konzipierte Firma quasi aus dem Boden zu stampfen, (für einen Zahnarzt und selbst für einen Unternehmer) sehr mutig und vorausschauend.



*Blick auf die Haupt-Produktionshalle der Firma Dentamechanik in Budweis/Tschechien, in der 2003 - 2017 produziert wurde. Heute werden die Implantate wieder in der Schweiz gefertigt.*

„Die beste Methode mit möglichst perfekten Implantaten ist immer vom eigenen Wissen, dem individuellen Geschick und der Technik abhängig. Jede Implantation, sei sie noch so perfekt, ist nur am Tag des Eingriffs die beste. Morgen wird es vermutlich nur noch die zweitbeste sein. Aber ich stellte mir bei jeder Patientin und jedem Patienten anschließend die Frage: Wie kann ich besser werden? Was bedarf es, damit das Resultat weiter gesteigert wird und wirklich das sinnvollste ist? Ob Herzchirurg, Orthopäde oder Zahnarzt: Ärztinnen und Ärzte müssen immer danach streben, perfekter zu werden. Wer aufhört, sich zu hinterfragen, und in dem Bestreben, besser zu werden, nachlässt, sollte Urlaub machen und darüber nachdenken, ob dieser Beruf tatsächlich der richtige für ihn oder für sie ist. Jeder

Mediziner und speziell jeder Chirurg muss fortwährend seine Methoden verfeinern. Ich suchte nach Wegen, um die chirurgischen Eingriffe im Sinne der Patienten zu erleichtern und einerseits die sofortige, aber dauerhafte Belastung zu erreichen und natürlich andererseits die schlimmen Entzündungen zu vermeiden. Welches Design ist für Kieferknochen am besten geeignet? Was bietet den sichersten Halt und wie erreiche ich eine perfekte Symbiose zwischen Knochen und Implantat?“, lauteten Stefan Ihdes Kernfragen. Fortan wurde die Knochenbiologie zum relevantesten Thema für ihn. Zunächst noch in der kleinen Garagenpraxis, später in der neuen Praxisklinik beobachtete er die jeweiligen Abläufe und passte neue Verfahrensweisen der biologischen Realität an.

Dass herkömmliche Implantate nicht die Lösung sein konnten, wurde ihm schon 1997 klar. „Für herkömmliche Implantate ist oft Knochenaufbau nötig, d.h. im Grunde genommen wird der Schädel der Patienten auf die Implantate zurecht operiert, anstatt dass von Anfang an Implantate verwendet werden, die von vorne herein zu dem individuellen Schädel passen. Das ist doch mittelalterliche Aschenputtel-Technologie!“, wettet Stefan Ihde.

„Ich musste die richtigen Schlüsse für chirurgische Vorgänge und zur Verbesserung der Implantatdesigns ziehen“, erklärt er seine wissenschaftliche Herangehensweise, deren Erkenntnisse in die technische Herstellung eigener Implantate einfließen. „Die neuen, glatten Oberflächen hatte ich ja schon ausgetauscht und es stellte sich heraus, dass die Schrauben in der sogenannten kortikalen Schicht des Knochens gut einwachsen, was man Osseointegration nennt. Mit der zusätzlichen Verwendung von Osteosyntheseschrauben (\*6) erreichte ich die Stabilisierung der lateralen

basalen Implantate, wodurch sich enorme Stabilitätsvorteile ergeben (\*4). Durch diese duale Integration, wie ich es nannte, ergab sich eine schnellere Belastungsmöglichkeit der Implantate verbunden mit einer langfristigen Lebensdauer. Das Implantat integriert sich nachhaltig. Insgesamt gesehen sind die Implantate kortikal abgestützt, mussten aber noch einwachsen, also osseointegrieren.“ (\*4)

So verbesserte Stefan Ihde sein Implantationsverfahren und das Implantatdesign stetig und verbarg sein Wissen nicht, sondern suchte den Diskurs mit versierten Kolleginnen und Kollegen. Je bekannter die Methode und seine Arbeit wurden, umso verärgerter wurden einige seiner Kollegen in der Umgebung. Effektiv machten ihn zufriedene Patienten bekannter und erzählten von seiner besonderen Hingabe an die Zahnimplantation, während im Hintergrund bekannte Country Stars melodische Songs zum Besten gaben. Die Anfragen von Kolleginnen und Kollegen nach Kursen oder Lehrstunden (meistens aus dem Ausland) nahmen damals schon zu. Sie wollten entweder die Implantation von Grund auf erlernen, oder das eigene Spektrum erweitern. Zahnimplantation wurde an den Universitäten nicht gelehrt und es wurde damals auch keine brauchbare Zusatzausbildung angeboten.

Zunächst wurde es jedoch Zeit für ein größeres Haus. Einerseits war die Praxis mittlerweile zu klein geworden, und nach Alessandra und William kündigte sich die Geburt von Sabine an. Marion und Stefan Ihde fanden in Gommiswald, nahe der Firma im Kanton St. Gallen, ein geeignetes Gebäude. „Wir mussten das Haus jedoch um- und die Praxis anbauen, was 16 Monate in Anspruch nahm“, erinnert sich Stefan. „Als Sabine ein Jahr alt war, konnten wir 1999 schließlich in die neue Klinik umziehen. Das war wunder-

bar. Endlich eine große Klinik mit richtigem Operationsaal, und zu Hause war ausreichend Platz für die Familie.“

In der Behandlungsstation konnte er interessierte Zahnärzte an seinen Methoden teilhaben lassen. Zunächst waren insbesondere Dentisten aus osteuropäischen Ländern interessiert. Nach und nach wurden seine Schulungen zu einer festen Einrichtung, worauf er auch international häufiger zu Vorträgen eingeladen wurde.

„Für die Oral-Chirurgie und Implantationsmethoden gab es noch keine Fachbücher, daher wollte ich meine Ergebnisse und medizinischen Analysen anderen Zahnärzten nicht vorenthalten, zumal ich einen Erfahrungsaustausch herbeiführen wollte. Doch Fachmagazine und zahnmedizinische Wissenschaftsverlage verweigerten die Veröffentlichung meiner wissenschaftlich fundierten Arbeit, weil sie nicht der damaligen Denkweise entsprach. Was ich lehrend mitteilen wollte, war nicht nur konträr zur gängigen Praxis, sondern stellte auch die herkömmlichen Implantate in Frage. Die Hersteller dieser Standardschrauben kamen in Erklärungsnot, weil mein Verfahren mit glatten Implantaten erfolgreicher war. Die herkömmlichen Titanschrauben sind ja angeblich gerade wegen der angerauten Oberfläche so teuer. In der Herstellung kosten diese Einsätze nur wenige Euro, im Verkauf jedoch mindestens 300 Euro. Da wird zum Leidwesen der Patienten mächtig viel Geld verdient. Dieses Geschäft habe ich mit meiner wissenschaftlich fundierten Arbeit ebenso kritisch offenbart, wie ich die gängigen Lehren der Medizin sachlich widerlegte. Ergo wurden meine wissenschaftlichen Analysen nicht publiziert. Getreu dem Motto: Es kann nicht sein, was nicht sein darf. Zumal die Lobby der herkömmlichen Implantate in unserer Branche sehr einflussreich ist und lange Krakenarme hat.“

Mehrmals bemühte Stefan Ihde sich um die Veröffentlichung in Branchen- und Wissenschaftsmagazinen in Europa. Doch trotz zunehmender Kursteilnehmer und einer wachsenden Anzahl von Befürwortern seiner bewiesenen Erfolge blieb es bei den Ablehnungen. „Da habe ich mich entschieden, meine Ergebnisse in einem wissenschaftlichen Buch zu veröffentlichen. Ich war mir sicher, einen unabhängigen Verlag zu finden, der nicht unbedingt etwas mit der Dentalbranche zu tun hatte.“

Ein kluger Plan, denn die Herausgabe eines Buches ist, anders als wissenschaftliche Artikel, kaum zu verhindern. Doch das Werk musste ja erst mal erarbeitet werden. Stefan Ihde vertiefte sich ins Schreiben und für das einfließende Wissen waren seine Kurse mit Fachgesprächen und Erfahrungsaustausch sehr hilfreich. Bei einem der Implantationskurse ergab sich ein Kontakt, der sein zukünftiges Leben maßgeblich beeinflussen sollte.

„Ein Kollege aus Serbien mit Praxis in der Schweiz wollte meine Methode kennenlernen“, erzählt er. „Dass sich dadurch mein Leben ändern würde, war nicht absehbar. Der Kollege absolvierte bei mir einen Kurs und brachte nicht nur seinen Assistenten, sondern sogar seinen ehemaligen Professor mit. Wir haben zusammen eine Patientin operiert und Prof. Lekovic war derart begeistert, dass er mich an die Universität einlud. *Die Verfahrensweisen müssen Sie bei uns unbedingt in Kursen vermitteln*, meinte er.“

Noch im gleichen Jahr veranstaltete Dr. Ihde in der zahnmedizinischen Fakultät der Universität Belgrad seine erste Veranstaltung. „Daraus ergab sich eine hervorragende wissenschaftliche Zusammenarbeit, die mir mein späteres Lehrbuch erst möglich machte. Wir haben drei Jahre lang

zusammen gearbeitet und viele Veranstaltungen durchgeführt. Gemeinsam setzten wir Implantationen mit basalen Implantaten bei Hunden durch und erkundeten die Knochenreaktionen. So konnten wir das Einheilungsverfahren genau studieren und beurteilen. Die Ergebnisse waren beeindruckend und wir behandelten mit dem Team von Prof. Lekovic auch eine stattliche Anzahl Patienten. Viele von ihnen kommen bis heute, also seit nunmehr rund 20 Jahren, regelmäßig in meine Praxis.

Meine Verfahrensweisen sprachen sich im Land herum und es entstanden zahlreiche Publikationen über meine Implantationsmethodik. Daraus ergab sich ein neuer Patientenstamm, den ich nach wie vor betreue. Niemand von ihnen hatte bisher ernsthafte Probleme mit seinen künstlichen Zähnen.

Während meiner zahlreichen Besuche in Belgrad lud mich Prof. Lekovic zu sich privat nach Montenegro ein, das damals noch zu Serbien gehörte. Das Land hat mich sofort fasziniert“, erzählt Stefan Ihde. „Einfach herrlich. Atemberaubende Naturregionen und ein ungewöhnlich sauberes Meer. Die heute autonome kleine Nation ist gerade mal so groß wie Schleswig-Holstein in Deutschland und bietet in schnell erreichbarer Nähe wirklich alle Naturwunder und kleine Städte. Beispielsweise die größte Schlucht Europas und den Naturhafen in der Bucht von Kotor. Schneebedeckte Berge einerseits, andererseits wunderbare Strände mit klarem Meerwasser und idyllischen Buchten. Damals reisten noch nicht häufig Touristen an, und neomodische Villen einiger weniger Superreicher gab es auch noch nicht. Das Land war noch im Schlaf, der Balkankrieg war noch an jeder Ecke präsent. Die Leute, die ich kennenlernte, waren sehr erstaunt, dass jemand aus Deutschland ihr

Heimatland überhaupt besuchte. Die Bevölkerung ist sehr gastlich und freundlich. Dort besteht ein ausgeprägtes Umweltbewusstsein. Schon 1991 wurde Montenegro zum Umweltstaat erklärt und die Natur steht unter dem Schutz der Regierung.“ Stefan Ihdes Begeisterung ist ansteckend und man bekommt sofort Lust, das Land zu besuchen. „Wenn man hier ein Ferienhaus kaufen oder mieten könnte, würde ich die Ferien mit meiner Familie in Montenegro verbringen, schöner kann man es eigentlich nicht haben“, erwähnte ich Prof. Lekovic gegenüber. Er wiederum kannte jemanden, der sein Häuschen verkaufen wollte, und organisierte alles rasant. Ich habe das kleine, rund 70 Quadratmeter große Ferienhaus besichtigt und spontan gekauft. Seinerzeit waren die Immobilien in Montenegro noch preiswert. Das Häuschen war einfach gebaut und nur spartanisch ausgestattet, kaum isoliert, und im Winter war es dort nicht leicht zu leben.

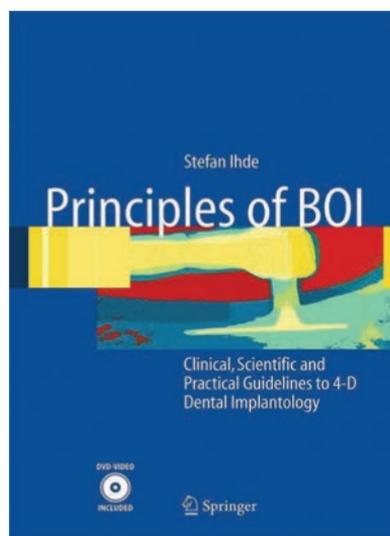
Ein paar Jahre später, das war 2003, habe ich ein größeres Haus, eine Art Resthof, mit etwas Land auf einer Anhöhe gekauft. Die Immobilienpreise zogen kontinuierlich an und es war klar, dass mittelfristig alles teurer würde. Jetzt oder nie, habe ich mir gesagt und ein interessantes Angebot wahrgenommen. Erst mal entstanden eine Unmenge an Auf- und Umbauarbeiten, die erst 2016 oder 2017 fertig wurden. Das alles musste ja auch bezahlt werden, und daher ging es langsam, Schritt für Schritt. Es handelt sich um eine Liegenschaft mit mehreren Gebäuden. Zuerst habe ich ein kleines Haus bewohnbar gemacht. Bis 2017 baute ich (rund 14 Jahre) am Anwesen. Wir legten Gärten in den schroffen Berghängen an, renovierten oder bauten Gebäude und Ställe. Immer wieder habe ich etwas erweitert oder verändert. Seit ca. 2009 lebe ich dort mit Antonina

und unserer Familie, sowie einigen Verwandten meiner Frau, die ausreichend zu tun haben. Schweine, Hühner, Truthähne, Katzen und Hunde kamen hinzu und ein großer, ebenerdiger Garten. Mittlerweile ist es zum Bauernhof mit Hausschlachtung und dem Anbau von Kartoffeln und Gemüse geworden. Wir planen gerade, Schafe anzuschaffen. Meine Familie ist quasi zum Teil-Selbstversorger geworden und die Kinder erleben die Natur und den Umgang mit Tieren hautnah.“ Hier kommt Stefan Ihde zur Ruhe, und wenn er nicht im Garten arbeitet, spielt er gerne Gitarre und singt hörenswert bekannte Country Songs.

Das Privatleben stand nach den Behandlungserfolgen vor rund 20 Jahren aber nicht oben auf seiner Agenda, und das bäuerliche Anwesen war Anfang des neuen Jahrtausends noch gar nicht geplant. Neben der kaufmännischen Leitung seines Dentalhandels und der eigenen Zahnpraxis kamen die Kurse in Gommiswald, viel später in Kiev und Belgrad hinzu. Aber das begonnene Lehrbuch erhielt oberste Priorität. Die Zusammenarbeit mit Zahnärzten sorgte für zusätzliche Erkenntnisse.

„Mir wurde bewusst, dass Zahnmediziner aus Osteuropa nicht nur besser strukturiert arbeiten und hervorragend ausgebildet sind, sondern in ihrem ärztlichen Handwerk auch flexibler, aufgeschlossener (mit weniger reichumsbedingten Flausen um Kopf) und auch lernfähiger antreten. Sie sind realistischer als Deutsche oder Schweizer. Durch die Lehrmethoden der Schulmedizin gehen die Kolleginnen und Kollegen von unseren Universitäten mit dem festen Glauben in den Beruf, sie wüssten schon alles und das Meiste sogar besser als andere. Man kann von einer tiefen *Universitätsgläubigkeit* sprechen, die unseren Medizinern während der Studienzeit anerzogen wird.

Dass sich alte Regeln und Strategien oft nicht mehr im Sinne einer patientengerechten Behandlung bewegen, sondern angepasst und ergänzt oder verworfen werden sollten, ist westeuropäischen Ärzten eher fremd als osteuropäischen. Osteuropäer standen staatlichen Systemen kritisch gegenüber und vertrauten ihnen und dem vermittelten Wissen weniger als im Westen. Das gilt interessanterweise bis heute und steigerte meine Lehrfreude. Es macht, salopp gesagt, einfach mehr Spaß mit ihnen. Zahnärzte, die in dem Glauben erzogen wurden, dass Zahnimplantate immer annähernd wie Zahnwurzeln aussehen müssen, hatten stets Probleme damit, sich kortikobasale Implantologie vorzustellen (\*5). In manchen Fällen sind Implantationen bei Parodontose-Patienten und anderen Erkrankungen erforderlich. Solche Anforderungen lassen sich nicht mit simplen, bisher gängigen Implantaten und auch nicht mit herkömmlichen Behandlungen erledigen. Meine Devise lautete schon sehr früh: Ich fange dort an, wo andere längst aufgegeben haben.“



Sein gesamtes Wissen kombinierte Stefan Ihde mit seinem Erfahrungsschatz, der sich auch aus der Zusammenarbeit mit versierten Kolleginnen und Kollegen ergab. Das geplante Buch füllte sich nach und nach, und 2005 war es dann so weit: Dr. Stefan Ihde veröffentlichte das erste richtungweisende Lehrbuch *Principles of BOI*. Das 400 Seiten umfassende

Werk sorgte für Aufregung in der Branche, weil es bisherige Standards und Lehrmethoden nicht nur anschaulich kritisierte, sondern nachvollziehbar als unvollkommen oder als schlichtweg falsch darstellte. Stefan Ihde legte schlüssig und umfangreich illustriert dar, warum welches Implantat wie und wo einheilt und warum sich herkömmliche Implantate nicht immer eignen. Insbesondere einer schneller auftretenden Belastung und den verschiedenen Knochenfunktionen widmete er einen großen Teil des Buches. „Für das Buch waren die Histologien der Tierversuche, die wir in Belgrad machten, wissenschaftlich ein wertvoller und viel beachteter Beitrag“, erklärt Dr. Ihde.

„Nicht wenige Zahnärzte konnten sich die von mir verwendeten Implantate und die individuellen Eingriffe zuvor nicht vorstellen. Die Knochen der Ober- und Unterkiefer bestehen aus unterschiedlichen Bereichen, und jeder Patient bringt andere Voraussetzungen mit. Das muss man ärztlich genau analysieren und bei der Wahl des Implantats ebenso berücksichtigen wie die geplante Methode. Die Erkenntnisse für dieses umfassende Buch kamen jedoch nicht nur aus meiner Praxis, es flossen die Erfahrungen weiterer Ärzte hinein, mit denen ich zusammenarbeite. Wenn Althergebrachtes ausdient und von neuen Methoden abgelöst wird, gibt es Gegenwind“, weiß Dr. Ihde zu berichten. „Schulmediziner lassen sich ungern erklären, dass ihre Lehren veraltet sind oder schon immer falsch waren. Aber der medizinische Fortschritt setzt sich durch, das ist sicher. Manchmal schneller, doch oftmals langsamer. Insbesondere dann, wenn sich auch die Einnahmequellen der Nutznießer durch neue Verfahrensweisen verringern.

Der Widerstand wurde auch deswegen groß, weil meine Methode die Verteilungskonkurrenz aus den Angeln hob

und ein Stückweit die Zahnmedizin selbst, wie sie einmal war, oder mancher Orts heute noch ist, überflüssig macht. Das Verfahren ermöglicht es Patienten, sich relativ risikolos von ihren meist schlechten Zähnen zu verabschieden und neue feste Zähne auf den kortikobasalen Implantaten zu erhalten. Viele Patienten wissen um den Zustand ihrer Zähne, und dass sie damit keine bissfeste Zufriedenheit mehr erreichen. Mit diesem Verfahren können wir nicht nur die verlorenen oder gerade entfernten Zähne ersetzen, sondern auch zahlreiche ästhetische Probleme beseitigen. Zum Beispiel kann Patienten geholfen werden, die übermäßig viel Kiefer und Zahnfleisch zeigen, ein Zustand, der im Volksmund als *Pferdegebiss* bezeichnet wird“, erläutert Stefan Ihde und zeigt zwei solcher Beispiele:



„Dank der polierten und dünnen Implantate können wir auch bei schwerster Parodontitis und beim Vorliegen von akuten Entzündungen sofort behandeln und helfen. Die Grundbehandlung dauert auch in diesen Fällen nur zwei bis drei Tage.



Diesen Patienten haben wir aus einer völlig desolaten Situation gerettet und ihn innerhalb von drei Tagen dental wieder auf die Beine gestellt. Solche Behandlungen in so kurzer Zeit sind mit herkömmlichen Methoden nicht einmal denkbar.

Wenn Sie mit desolatem, vermutlich auch schmerzdem Gebiss in eine Praxis kommen, wird Ihnen die Zahnärztin oder der Zahnarzt alle möglichen Behandlungsvarianten vorschlagen. Man lässt die kosten- und zeitaufwendigen Torturen über sich ergehen. Obwohl man weiß, dass man hier bald wieder sitzen wird. Das ist also Zeit- und Geldverschwendung. Die betroffenen Patienten sind nicht dumm, sie erkennen meistens genau, was der dentale Berufsstand mit ihnen veranstalten will. Dabei wünschen sie sich Lösungen, um dieses Elend endgültig hinter sich zu lassen. Mit meiner Methode wird dieser Wunsch wahr.

Und natürlich ist die Zunft erbost darüber, dass plötzlich ein Verfahren zur Verfügung steht, das Patienten aus ihrer Abhängigkeit vom zahnärztlichen Berufsstand befreit. Wissenschaftliche Untersuchungen meiner Methode weisen nach, dass die heutige kortikobasale Implantologie (\*5) für Patienten im Alter von über ca. 45 Jahren weitaus zuverlässiger ist als alle Zahnbehandlungen. Warum also mit den eigenen Zähnen weitermachen und lebenslang Behandlungen in Kauf nehmen?

Einen speziellen Streitpunkt verursachte meine lückenlos bewiesene Darstellung, dass sich die heimtückischen Entzündungen mit glatten Implantaten, wie ich sie verwende, vollständig vermeiden lassen. Ich dokumentierte die Histologien am Hundemodell. Die Implantationen verliefen hervorragend und wir alle wissen, dass Tiere ihre Zähne stärker belasten als Menschen. Hunde putzen sich nicht die Beißerchen und kauen auf allem Möglichen herum: Es gab weder Belastungsprobleme noch Entzündungen. Also verwachsen auch glatte Implantate einwandfrei mit dem jeweiligen Knochen, und sie funktionieren mit Sofortbelastung.

Seit diesen Erkenntnissen arbeite ich nur noch mit glatten Implantaten, weil die Periimplantitis keine simpel zu behandelnde kleine Entzündung ist, sondern lebenslang verheerende Auswirkungen haben kann.

Vor meiner wissenschaftlichen Analyse waren mir die Häufigkeit und der Umfang der Entzündungen, die medizinisch Periimplantitis heißen, in dem Ausmaß, wie ich es feststellte, gar nicht deutlich. Oft führten die nahezu zwangsläufig eintretenden Infektionen zum Austausch des oder der Implantate. Es wird also weiterhin herumgedoktert, ohne die Ursache zu verstehen. Oder, wie ich bereits erwähnte, um wider besseres Wissen Umsatz mit dem vermeidbaren Leid der Patienten zu erwirtschaften.

Die publizierte Beweiskette mit allen Folgeoperationen führte die bisherige Lehre nicht nur ad absurdum, sondern machte deutlich, dass schlichtweg bislang niemand sich bemüht hatte, die Periimplantitis clever zu behandeln (nämlich durch den chirurgischen Ersatz der großlumigen, mehrteiligen rauen Implantate durch polierte Implantate) und sie von Anfang an zu vermeiden. Die Ursache hätte jedem Mediziner klar sein müssen. Immerhin kannten und kennen alle Zahnärzte das ewig währende Drama mit den Entzündungen, doch sie können jeden Eingriff abrechnen und das Geschäft mit rauen Implantaten läuft noch immer hervorragend. Die Dinger werden tausendfach hergestellt. Und jetzt soll man sie plötzlich nicht mehr verwenden, nur weil es etwas Besseres gibt? Meine Antwort lautet *Ja*, weil es für alle Implantatpatienten schlichtweg medizinisch wesentlich angenehmer und komfortabler ist.

Die Periimplantitis wirkt sich in einigen Fällen so dramatisch aus, dass Implantate nach langen, sinnlosen Behand-

lungen wieder entfernt werden müssen. Spätestens dann bleibt dem oder der Leidtragenden nichts anderes mehr übrig, als auf kortikobasale Implantate auszuweichen. Auf diese Lösung müssen die Patienten aber bis heute selber stoßen: In der *Interdisziplinären Periimplantitis-Sprechstunde der Universität Zürich* (dort werden Patienten davon überzeugt, dass trotz Periimplantitis alles so weit in Ordnung ist mit den Implantaten) kommt es jedoch bis heute nicht zu solchen sachgerechten Beratungen.

In den letzten Jahren sind immer mehr wissenschaftliche Publikationen zum Thema Periimplantitis im Zusammenhang mit der Entstehung oder Metastasierung von Krebs im Mundbereich erschienen: Es zeigt sich demnach, dass raue Implantatoberflächen nicht nur chronische Entzündungen, sondern auch Mundkrebs hervorrufen und die lokale Metastasierung von entartetem Gewebe aus anderen Körperregionen begünstigen. Spätestens diese Tatsache sollten Zahnimplantologen der alten Schule aufhorchen lassen: Fehlanzeige. Die Wahrheit wird auch in diesem Punkt nicht zur Kenntnis genommen.

Die traditionelle Implantologie mit ihren Knochenaufbauten und ihren Tendenzen zu jahrelangen Entzündungen gehört ins Archiv der Medizingeschichte, aber nicht mehr in moderne Zahnpraxen. Leider haben sich in der Zahnmedizin viele dentale Quacksalbereien bis heute erhalten und die Krankenkassen bezahlen sie bereitwillig.“



*In diesem Patientenfall hat sich der Knochen um die herkömmlichen Implantate fast vollständig zurückgebildet. Dennoch bevorzugte es der Patient lange, mit dieser desaströsen Situation weiterzuleben. Nicht ganz freiwillig, denn ihm wurde gesagt, dass es keine Lösung gäbe. Natürlich können wir mit kortikobasalen Implantaten auch dieses Problem lösen und den Entzündungen ein Ende bereiten.*

---

*“Wenn Du neue Wege gehen willst,  
dann musst Du es alleine tun.”*

**– S.P. Jobs**

---

## Fachliches – Der mit dem Knochen spricht

„Die Entwicklung meiner Behandlungsmethode und der neuen Implantate geht auf viele kleine Detailerkenntnisse zurück, die sich aus Histologien ergaben, die wir ab dem Jahr 2000 in Belgrad erarbeiteten. Seinerzeit wurden viele Dinge klar und bewiesen und in das dental-implantologische Behandlungskonzept eingefügt:

- Bedeutsam war die Erkenntnis, dass selbst dann, wenn zwischen Knochen und Implantat ein direkter Kontakt besteht (quasi Osseointegration), dynamische Entwicklungen in Abhängigkeit von der auf den Interface-Bereich auftreffenden Last stattfinden. Diese Ereignisse können bei Implantaten, die nach der Methode der Osseointegration verwendet werden, nicht beobachtet und ausgenutzt werden.
- Bei kortikal verankerten, polierten Implantaten kann es durch Laständerungen zur Zu- oder Abnahme der Mineralisation des Knochens kommen. Dadurch kann der Knochen bei der Übertragung der Kaukräfte auf die Implantate unter- oder überlastet werden. Damit kommt es zur Osteolyse (\*7) im Bereich der Kraftübertragungsflächen des Implantats. Das Implantat wird sich dadurch zwangsweise lockern. In der Traumatologie spricht man von *steriler Lockerung*, die beispielsweise auch bei Endoprothesen (\*8) auftritt. Ich beobachtete während der Behandlung einiger Patienten unterschiedliche Lockerungsgrade, was mich erstaunte. Trotzdem hielten die Implantate und sie funktionierten über Jahre hinweg einwandfrei. Und ich lernte, dass bestimmte Knochenregionen im Ober- und Unterkiefer bei den meisten Patienten

so gut wie nie zur Osteolyse neigten. Dadurch entstand die strategische Implantologie und das von mir beschriebene Konzept des *supporting polygon*. Entscheidend für die weitere Behandlung bei solchen Implantatlockerungen ist die Frage, ob eine vertikale oder eine horizontale Beweglichkeit entstanden ist. Damit wurde aber auch zunehmend klar, dass die Kräfte der Kaumuskel sowie die Anzahl und Größe der Übertragungsflächen in einem günstigen Verhältnis stehen oder in ein solches gebracht werden müssen, um die Stabilität zu erreichen und zu erhalten. In zahlreichen Artikeln habe ich den Zusammenhang des Anwendungsnutzens von Botulinumtoxin in den großen Kaumuskel beschrieben (siehe Bibliografie-Nachweise N° 21, 22, 24, 26 am Ende des Buches), denn mit diesem Medikament können wir in der Kaumuskulatur sehr schnell und effektiv die Kräfte herabregeln, ohne dass beim Patienten Probleme beim Kauen auftreten.

- Weiterhin wurde klar, dass ein prothetisches Konzept anzuwenden ist, welches die (aus Sicht des Knochens) unerwünschten oder übergroßen Kräfte kontrolliert, minimiert oder vermeidet. Vorrangig muss die Wirkung zu kräftiger Druckkräfte (Überlast) auf die Implantate verhindert werden. Auf Zugkräfte reagieren Knochen andererseits mit der Entwicklung einer lokalen Osteoporose, und ein oder mehrere Implantate können sich ebenfalls lockern. Es gilt also, mit der Last im günstigen Last-Fenster zu bleiben, wenn man in Sofortbelastung arbeitet. Die Mineralisierung des Knochens um das Implantat herum vermindert sich unter Zugkraft, und das führt im Resultat zur Unterlastungsosteolyse. Auf Druckkräfte reagiert der Knochen positiv – mit Verbesserung der Knochendich-

te, soweit die tolerable Last nicht überschritten wird und soweit Cracks nicht akkumulieren können. Diese Zusammenhänge sind Zahnärzten nur schwer klar zu machen, weil ihnen in der universitären Ausbildung bis heute keine brauchbare Knochenphysiologie, sondern historische Märchen wie das von der Prothesendruckkatrophie (\*9) gelehrt werden. Für das Verfahren der kortikobasalen Implantologie ist es besonders wichtig, ein beidseitig gleiches, laterales Kaumuster einzustellen, das dann über die Jahre, während der Kontrollphase, erhalten wird. So verteilen sich Druck- und Zugkräfte gleichmäßig. Unterbleiben die Kontrollen, so können sich leicht einseitige oder anteriore Kaumuster entwickeln, und in der Folge können sich komplette Brücken inkl. der daran befestigten Implantate lockern. Dies ist zwar im Regelfall konservativ behandelbar, aber natürlich sollte es einfach vermieden werden.

- Die Überlastungsosteolyse (\*11) ist aufgrund des Implantatdesigns und seiner Oberflächenbeschaffenheit reversibel, wenn sie rechtzeitig behandelt wird: Das Implantat kann sich wieder festigen, wenn die Überlast beseitigt wird. Dies hängt mit der polierten Oberfläche der Implantate zusammen, die auch unter diesen ungünstigen Bedingungen einer Absenkung der Mineralisation im Bereich der Kraftübertragungsflächen nicht dazu neigt, von Bakterien besiedelt zu werden. Die Kraftübertragungsflächen sind ja *an der anderen Seite* des kortikalen Knochens befestigt, die fernab vom bakteriell besiedelten Mundraum liegt.
- Solche hervorragenden Bedingungen finden wir bei konventionellen, also rauen, großvolumigen Schraubenimplantaten nicht. Wenn sich diese herkömmlichen Im-

plantate lockern, wird die raue Oberfläche quasi automatisch bakteriell besiedelt und sie sind nicht mehr zu retten. Dieser Zustand ist nicht mehr behandelbar. Traditionell ausgebildete Zahnärzte haben große Schwierigkeiten damit, die Funktionsweise von dynamisch arbeitenden Implantatsystemen überhaupt zu verstehen. Sie glauben nicht an die Möglichkeiten dieser Implantologie, selbst wenn man sie ihnen mühsam erklärt. Die Gehirne der meisten *Schraubologen* (\*13), die Implantationen durchführen, sind anscheinend irreversibel *verbildet* und können neues Wissen nicht zuordnen oder gar anwenden.

- In der konventionellen Implantologie herrschte damals (und weitverbreitet bis heute) die Ansicht, dass ein Implantat am prothetisch gewünschten Ort zu setzen sei, und eine gute Ästhetik nur durch ein *Emerging Profile* zu erzielen ist. Das ginge jedoch nur durch Knochenaufbau, der mit entsprechenden Qualen für Patienten verbunden ist. Die Risiken und Kosten steigen zusammen mit der Behandlungszeit drastisch an. Die Technologie des Strategic Implant® geht aber einen anderen Weg: Lediglich der Kopf des Implantats wird am Ort einer prothetischen Versorgung platziert. Die kraftübertragenden Anteile des Implantats, d. h. die Basisscheiben der früheren BOI® Implantate bzw. die Gewinde moderner kortikobasaler Schraubimplantate, werden dabei in entfernte stabile, kortikale Knochenareale verankert. Deswegen sind die Implantate manchmal auch erstaunlich lang: Die korrekte Länge der einzelnen Schraube bestimmt sich also aus dem Abstand zwischen der gewählten Zielkortikalis und dem Ort, an dem der Kopf des Implantats positioniert wird. Es gibt also keine *guten* Implantatlängen wie in der

traditionellen dentalen Implantologie: Dort versucht der Schraubologe, Implantate von elf Millimetern oder mehr einzubringen, damit diese Implantate selbst nach dem Einsetzen der Periimplantitis und des vorhersehbaren *normalen* Knochenabbaus doch noch möglichst lange im Munde erhalten werden.

Bei konventionellen Implantaten tritt die Periimplantitis häufig (im Grunde: regelmäßig) auf, weswegen die Schraubologen diesen Zustand kennen. Sie kennen aber nichts anderes. Alle Knochenverluste oder Veränderungen des Knochens, die sie am Röntgenbild sehen, werden in dieser Zunft immer als Periimplantitis diagnostiziert und bezeichnet. Die im Bereich der Implantatgewinde der kortikobasalen Implantate mitunter auftretende Überlastungsosteolyse (\*11) hat andere Ursachen und sie kann (anders als die Periimplantitis) fachgerecht behandelt werden. Das hierfür notwendige Wissen fehlt den Schraubologen, weswegen sie als Nachbehandler nicht in Frage kommen. Sie würden nur Unheil anrichten, zumal Schraubologen von einer manchmal unfassbaren Hybris erfasst sind. Sie glauben nur an *ihre* Implantatsorten.

Die physiologischen Grundlagen der Knochen für beide Erscheinungen und deren simplen Differentialdiagnose (Periimplantitis vs. Überlastungsosteolyse) wurden von mir bereits im Lehrbuch *Principles of BOI* im Jahr 2004 angegeben. Faktisch kann man bei echter Periimplantitis nicht mit Aussicht auf Erfolg in die Behandlung eingreifen, anders als bei der Überlastungsosteolyse. Die richtige Differentialdiagnose (\*10) ist also wichtig.“

## Gegen den Strom

Stefan Ihdes Leitwerk *Principles of BOI* rief nach der Veröffentlichung also eine Menge Widersacher auf den Plan, aber letztlich erwies sich das Werk als erfolgreich und wegweisend. Parallel zu den Gegnern zollten ihm nicht wenige Zahnärzte großen Respekt. Sein Werk erläuterte die wissenschaftliche Grundlage der lateralbasalen Zahnimplantate, und die beschriebenen Ergebnisse hielten international schrittweise Einzug in die Zahnarztpraxen, die sich auf die moderne Implantologie spezialisierten.

Die umfangreiche Publikation stellte zugleich den Endpunkt der Entwicklung lateralbasaler Implantate dar. „Das Thema war nun umfassend bearbeitet und ich habe in diesem Werk die Möglichkeiten dieser Therapie und alle Zusammenhänge inklusive der Knochenfunktion auf der Basis der histologischen Grundlagen erklärt.“

Ein Blick zurück in die Vergangenheit zeigt, dass Veränderungen durch Innovationen schon immer von Entscheidungsträgern der Gesundheitssysteme und von Lehrinstituten kritisiert oder abgelehnt wurden. Ohnehin hatten Staaten noch nie ein glückliches Händchen im Umgang mit Innovationen.<sup>1</sup> Das gilt auch für Neuerungen, die für mehr Lebensqualität der Patienten sorgen. Als zu Beginn der 50er Jahre Zahnärzte damit begannen, anstelle eines künstlichen Gebisses Implantate einzusetzen, war der Widerstand ebenfalls sehr groß. Zahnkliniken, Kieferchirurgen, Gesundheitsbehörden und Krankenversicherungen wollten sich vom alten System mit Prothesen und kostspieligen Brücken nicht lösen. Die frühen Implantologen wurden

---

1 Charmant ausgedrückt.

verteufelt und als angebliche Betrüger gebrandmarkt. Die Ärzteschaft hatte mit ihrer ausgebufften Verteilungskoalition schon immer bewährte Methoden, um Innovationen zu blockieren. Mediziner mit tatsächlich helfenden Verfahren wurden und werden diffamiert, schikaniert und verleumdet, um sie zu verjagen. Dieses unredliche Verhalten beruht ausschließlich auf der ganz realen Verlustangst vor wirtschaftlichen Umsätzen.

Heute sind die Widerstände gegen die Implantologie an sich erloschen. Neue Techniken, wissenschaftliche Erkenntnisse, modernere Geräte und die wachsende Digitalisierung ermöglichten einen rasanten Fortschritt in der Medizin und somit auch für die Implantation von künstlichen Zähnen. Der Gegenwind wurde durch die Einflussnahme der marktbeherrschenden Implantathersteller aufgegeben, die sich Professoren an der Universität schlichtweg als vermeintlich authentische PR-Maßnahme einkauften. Damit wurde die Implantologie nicht wissenschaftlich anerkannt, aber an den Universitäten salonfähig. 1982 erkannte man die zahnärztliche Implantologie in den USA und Deutschland an, was in der Schweiz noch bis 1986 dauerte. Erst 1988 nahm man zahnärztliche Leistungen der Implantologie endlich in die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) mit einem Positionskatalog von zehn Gebührennummern (GOZ-Nr. 900-909) auf. Die Inhalte sind einzeln beschrieben und mit Honoraren beziffert.

Unmittelbar nach der *Anerkennung* der Implantologie in der Schweiz begann eine der dort tätigen Universitäten mit einer Studie über *Blattimplantate*. 1997 wurden die hervorragenden Ergebnisse publiziert, und dennoch wurde zugleich entschieden, dass man mit diesen Implantaten nicht mehr arbeiten würde. Man wandte sich (um der Drittmittel

willen) den Schraubenimplantaten zu, mit denen jedoch nie mehr so gute klinische Ergebnisse erzielt und publiziert werden konnten. Die Leidtragenden sind auch hier wieder die Patienten, die auf die Studien und den Lehrstoff der Universitäten überhaupt keinen Einfluss haben. Er wird mit Medizinprodukten (\*13) behandelt, denen sich die Universität (ausschließlich unter pekuniären Aspekten) zuwendet und die dann gelehrt und propagiert werden. Lehre verkommt zum Marketing, es werden nur noch Gebrauchsanweisungen vorgelesen. Dafür bräuchte es keine Professoren, das würden Raumpfleger auch noch schaffen.

Ende der 80er Jahre implantierten etwa 1.500 (ca. 2,5 Prozent), im Jahr 2006 bereits etwa 5.000 bis 7.000 Zahnärzte (ca. 8-12 Prozent der ca. 60.000 bundesdeutschen Zahnärzte) mehr oder weniger regelmäßig. (Quelle: dewiki.de/Lexikon/Zahnimplantat)

## KOLLEGENSTIMMEN

*Hello Sir, thank you so much for your wishes. Sir you are a great inspiration for us. We have learned amazing techniques from you. Can't thank you enough for what you have taught us. You are a legend and whatever we are able to achieve in life is just because of you. You hold a very special place in our hearts. Thank you for everything. Stay safe and healthy. Lots of regards*

# PATIENTENSTIMMEN

One evening, returning from the clinic after another examination, I found Professor Ihde in the hotel cafe where we both lived. There was a glass of white wine on his table, he was relaxed, and it seemed that he was serenely looking at something on his phone. I decided to talk while the doctor was not busy with work, went up to him, and asked one of the many questions I had about his research. It was necessary to see this: He immediately perked up, concentrated, and with glowing eyes, but very seriously, began to talk in detail about his work, answering my questions. At this time, his phone constantly made the sounds of incoming messages, and he, as if apologizing, said: „You know, colleagues around the world are now operating, we have different time zones, they ask me questions that I must answer to help them treat patients.“ It turned out that this relaxed posture at the cafe table did not mean at all that the doctor was resting with a glass of wine, even at that time he was working. Then I suddenly realized that the expression “Works a dentist” - not at all about him, because this person literally “Lives a dentist” - he operates, teaches, shares experience, creates, researches, searches and finds ways to solve the most difficult dental cases, and, as it turned out, is always ready to answer the questions of his curious patients. But he is also a father and a husband. You see, he is in a hurry to live, as if with all his essence confirming the words of Academician I.P. Pavlov, who said at the end of the 19<sup>th</sup> century: “If you are engaged in science, and you have two lives, you still will not have enough.”

## Sein Engagement kostete ihn die Ehe

Das umfassende Werk *Principles of BOI* erarbeitete Stefan Ihde 2004, wann immer es seine Implantations- und anderen beruflichen Termine zuließen. „Neun Monate habe ich akribisch in jeder freien Minute daran geschrieben. Abends und auch noch morgens vor dem Frühstück.“ Die Praxis, die Betreuung seiner Patienten, Analysen, Designforschung, Reisen und die Aufgaben im Bereich der Leitung des Dentalhandels wurden nun zusätzlich durch die Arbeit am Lehrbuch erweitert. Da blieb kaum Zeit für seine Familie und für seine Ehe übrig.

„Ich habe parallel weiterhin in Belgrad bis ca. 2004 meine Kurse gegeben. Die Anfragen nach Behandlungen und Schulungen stiegen stetig, womit auch steigende Absatzzahlen der hauseigenen Implantate verbunden waren. Die im Kanton St. Gallen fällige Steuerlast war jedoch so erheblich, dass wir uns entschlossen, in einen anderen Bezirk zu ziehen. Die Schweiz hat kein einheitliches Steuersystem und 2002 zogen wir in den Kanton Schwyz, wo bei gleichem Einkommen viel niedrigere Steuern anfallen. Zu den einheitlichen Bundessteuern kommen in der Schweiz regional unterschiedliche Körperschafts- und Einkommenssteuern. In der Region Schwyz zahlten wir also wesentlich weniger Abgaben als in St. Gallen. Beide Kantone grenzen aneinander, was uns den Umzug erleichterte. Für die Kinder fanden wir passende Schulen, was zwar nicht ohne Protest ablief, aber sie standen ja noch am Anfang ihres Lebenswegs.“

Die Jahre waren beruflich und geschäftlich erfolgreich. Privat lief es jedoch konträr dazu. „Marion war bisher mei-

ne wichtigste Ratgeberin und unterstützte mich in meinem ärztlichen Forschungsdrang. Sie kombinierte in den ersten Jahren die Mitarbeit im Dentalhandel prächtig mit dem Familienleben und der Kindererziehung“, erinnert sich Stefan Ihde. „Ich weiß, dass es mir umgedreht nicht so gut gelang. Mein zeitintensives berufliches Engagement belastete Marion stärker, als ich es wahrnahm, und dann kam auch noch die Arbeit an dem Buch hinzu. Einige Jahre zuvor hatten wir noch gemeinsame Aufgaben im Dentalhandel gehabt, und die Familie und der Beruf hatten unter einem gemeinsamen Dach, quasi zu Hause stattgefunden.

Doch 1999 zog zunächst die Praxis in die größeren Räume nach Gommiswald ein und später auch die Firma. Ich konzentrierte mich auf die Zahnarztarbeit. Meine Frau strebte jedoch eine Ehe mit weniger stressigem Tages- und Wochenablauf an, so, wie sie es offenbar von ihren Eltern kannte. Jedenfalls war das mein Eindruck. Ich hatte auch wenig Lust, mit ihren Eltern über die Frage zu diskutieren, wie viel ich zu arbeiten habe. Die Einmischung in unsere Ehe erschreckte mich. Marions Vater war früher in der Baubranche selbstständig gewesen und setzte sich schon mit rund 45 Jahren wirtschaftlich erfolgreich zur Ruhe. Dazu kann man einerseits nur gratulieren, andererseits ist das nicht jedermanns Sache. Er regte intensiv an, dass ich es auch so handhaben solle, was mir aber missfiel. Das trug zur Krise in unserer Ehe bei. Es entstanden Missverständnisse, Verärgerungen und Enttäuschungen auf beiden Seiten. Sicherlich war ich zu diesem Zeitpunkt im Kopf nicht frei genug, um die Situation richtig zu bewerten. Marion zeigte indes kein Verständnis mehr für meinen beruflichen Einsatz und ich merkte nicht, dass ich mich dem Familienleben zu stark entzog. Es kam, wie es vielleicht auch ohne die zeit-

intensive Arbeit gekommen wäre: Wir lebten uns auseinander und wurden Ende 2004, Anfang 2005 geschieden.“

Die Scheidung verlief ohne Streit. Der Trennungsschmerz saß tief, doch die materielle Einigung regelten Marion und Stefan Ihde gütlich. Alessandra und Sabine blieben bei ihrer Mutter, William zog zu seinem Vater. „Er wechselte im gleichen Jahr auf ein Internat in England“, erklärt sein Vater nachdenklich. „Alessandra hatte sich schon vorher für ein Mädcheninternat am Bodensee entschieden. Damit lösten sich die festen Strukturen des Familienlebens schrittweise auf, was man durchaus auch positiv hätte bewerten und nutzen können.“

Nach der Trennung konnte ich ruhigen Gewissens so oft in Montenegro sein, wie es mir zeitlich passte. Wirklich wohlgefühlt habe ich mich in der Schweiz ja schon als Jugendlicher nicht, als ich noch mit meinen Eltern dort wohnte. Marion konnte sich jedoch schon vor der Scheidung nicht für den Balkan begeistern, sie wurde auch mental zur Schweizerin. Das führte zu Differenzen beim gegenseitigen Verständnis. Sie wollte auch im Hinblick auf ihre spätere Rente und wegen der Sicherheit mit der Schweizer Beständigkeit im Land bleiben.“

Marion lebt heute schon seit über 30 Jahren in der Schweiz, sie hat ihren Bekannten- und Freundeskreis, liebt das beständige Leben, während es für Stefan Ihde zur Beständigkeit gehört, sich fortwährenden Veränderungen anzupassen, auch mal in anderen Ländern zu leben und zu arbeiten, stets mit dem Ziel, die richtige Implantologie europa- oder gar weltweit voran zu bringen. Auch der Wunsch, anderen zu helfen, vor allem Kollegen oder Kolleginnen, ist ein prägendes Element seines Wesens. „Ihnen

mein Fachwissen zu vermitteln multipliziert meine Arbeitskraft und mein Wissen zum Vorteil aller Patienten. Wenn die Kursteilnehmer ihre ersten Kurse absolvieren, sind sie noch skeptisch, vorsichtig und unsicher. Später operieren sie begeistert selbst und senden mir viele Fragen per E-Mail oder per WhatsApp. In den Folgekursen schauen wir uns gemeinsam Röntgenbilder an, besprechen immer wieder Details, bis sie alles verinnerlicht haben. Dann sehe ich sie oft ein paar Jahre nicht mehr, um sie dann unverhofft auf Kongressen zu treffen. Dann ist die Wiedersehensfreude groß und sie bedanken sich bei mir für die Ausbildung. Viele von ihnen erzählen mir von ihren Implantationserfolgen und dem Wohlstand, den sie erlangt haben. Das war und ist auch immer Balsam für mich. Nach der Scheidung haben mir Lob und Dankbarkeit verbunden mit den Erfolgen meiner ehemaligen Kursteilnehmer geholfen, Zweifel an meinem Engagement auszuräumen. Die Scheidung nagte sehr an mir, denn letztendlich habe ich meine Ehe unbewusst der Methode und ihrer Verbreitung geopfert, d. h. ich war mehr für meine Patienten da als für meine Familie.

Meine Kinder William und Alessandra besuchten später jeweilige Internate in England, die jedoch nicht weit voneinander entfernt waren. Das hat sich prima bewährt. Ihre Selbstständigkeit und natürlich ihre Sprachausbildung wurden gefördert. Meine jüngste Tochter Sabine blieb bei ihrer Mutter. Sie machte später ihr Abitur und studiert auf Empfehlung ihrer Mutter für das Lehramt, was ihr auch gut zu liegen scheint.

Rückblickend denke ich, dass die unterschiedlichen Ausbildungswege (und auch geplante Zeiten der Ausbildung ausserhalb der Schweiz) für alle drei Kinder richtig waren. Sie haben das Beste daraus gemacht. Ihrer Mutter fehlten

die beiden Kinder die in England waren sehr, sie sah die Vorteile der externen Ausbildung und die Art der Ausbildung nicht umfänglich ein, das war mit den Mutterinstinkten nicht vereinbar. Ich war ja selbst neun Jahre im Internat und wusste, dass dieser Ausbildungsweg angenehm und erfolgreich sein kann.



*Sabine im Alter von ca. 6 Jahren bei einem Besuch in der Praxis in Gommiswald. Mittlerweile ist das kleine Mädchen von damals eine gestandene Frau geworden und ist als Lehrerin ausgebildet.*

Die Trennung war damals eine schlimme Zeit. Ich schrieb weitere Publikationen und verweilte oft in Montenegro, wo ich Abstand zur Arbeit am Patienten fand und Zeit für mich hatte“, erinnert sich Stefan Ihde. „Im Grunde war es wohl so, dass meine Frau mehr und mehr zur Schweizerin wurde, während ich einfach Deutscher blieb. Damit änderten sich ihre Ansichten und Ansprüche, und ich konnte dem offenbar nicht mehr gerecht werden. In der Schweiz zu leben erfordert für einen Ausländer einen großen mentalen Schritt, und es machte für mich keinen Sinn, dort zu assimilieren. Die Schweiz wurde vom Geld anderer reich. Echte Leistungsträger werden im eigenen Land nicht gewünscht oder unterstützt. Die Gleichmacherei ist Staatsdoktrin. Das sieht man schon an den horrenden Steuern, die bei größe-

rem Einkommen bezahlt werden müssen, ebenso an der Struktur der Rentenversicherung“. Die Schweiz ist eben ein Land von *Büezern* und Mietern. Und mit dem Demokratieverständnis dort konnte ich auch nicht leben. Auf diese Weise funktioniert Demokratie nicht, denn Wahlen in der westlichen Welt sind degeneriert. Wer die cleverste Idee hat, die Leistungsträger noch schlauer berauben zu können, um die Beute anschließend umzuverteilen und sich selber zu bereichern. Das gilt für den gesamten Staatsapparat. Demokratie ist somit heute ein Beraubungsinstrument. Deswegen wird sie an Ansehen verlieren und verloren gehen. Staaten erkranken und leiden dann unter einer dissozialen Störung. Schon bald wird das betroffene Land kein freies Land mehr sein. Und in solchen Ländern zu leben und vor allem zu arbeiten macht keinen Sinn, wenn man auf der Seite der Netto-Einzahler steht. Es entwickelt sich eine Tyrannei der Mehrheit über die leistungsbereite Minderheit.“

Was kann dagegen getan werden, was kann der Einzelne tun? Für Stefan Ihde ergab sich die Lösung aus mehreren Schritten. Zum einen muss es darum gehen, solchen Systemen möglichst wenig Geld zukommen zu lassen, damit sie nicht zu viel von der Lebensleistung des Einzelnen stehlen können. In Deutschland kann heute schon einfache Nachbarschaftshilfe als Steuerhinterziehung mit hohen Strafen belegt werden. Daran erkennt selbst der Laie, wie kaputt und lebensfeindlich das System jetzt schon ist, und wie weit es auf dem Weg in den Sozialismus schon gekommen ist.

Eine gute Lösung: Reduzierung des Einkommens und des Verbrauchs auf das Nötigste, damit geht automatisch die Reduktion der Steuerzahlungen einher. Die Selbstversorgung in Montenegro ist ein guter Schritt auf diesem Weg.

Und gelegentlich muss man eben das Wohnsitzland wechseln, und zwar dann, wenn die Gesetze im Wohnland immer krasser und ausbeuterischer werden. Es scheint, dass die meisten Nationen nach dem Zweiten Weltkrieg früher oder später diesen Weg eingeschlagen haben. Sowieso wird das Leben in Ländern mit hoher Staatsquote früher oder später ungemütlich bis unerträglich, und unsozial, so unsozial wie der **Sozialismus** eben auch ist. Zur Erinnerung: Das Deutsche Reich hatte 1871 bis 1914 eine Staatsquote von nur zwölf Prozent (!) und war ein kompletter, sicherer, gut funktionierender Staat.

„Ich konnte live beobachten, wie nach der Umwälzung von 1989 in der Tschechoslowakei (und der späteren tschechischen Republik) im Zeitraum von 1989 bis ca. 2000 ein enormer wirtschaftlicher Fortschritt erzielt wurde. Dies war nur deswegen möglich, weil dem Land eine *regierende* Regierung fehlte. Erst als sich nach 2000 und speziell nach dem EU-Beitritt von 2004 die Zahl der Gesetze vervielfachte, endete der Traum vom Glück und das Land erlag der gleichen bürokratiebedingten Systemerkrankung wie alle anderen EU-Länder auch.

Ab 2006 hatte ich also Zeit, um meine Lehrreisen auszuweiten und ich habe seither einen grossen Teil der Welt live gesehen und oft mehrmals im Jahr. Diese Reisen führen mich durch Südamerika, Russland, Kasachstan, Belarus, viele EU-Länder, Israel, den Libanon, Syrien, den Irak und den Iran, den Nord-Sudan und einige Länder Nordafrikas, und viele asiatische Länder.“

---

*“Um klar zu sehen, genügt oft  
ein Wechsel der Blickrichtung.”*

**– Antoine de Saint-Exupéry**

---

## Brasilien, chirurgische Inspiration inklusive

Als die Last der Arbeit am ersten Lehrbuch von ihm abfiel und auch die Scheidung erledigt und langsam verarbeitet war, atmete Stefan Ihde durch. Die Geschäfte des Dr. Ihde Dentalhandels liefen ebenso ausgezeichnet wie sein Praxisbetrieb für Implantationen.

Nach einiger Zeit auf *Freiers Füßen* war Stefan Ihde für eine neue Beziehung offen. „So was funktioniert ja nicht auf Anforderung und ich sah mich zwanglos um“, schmunzelt er. Es passierte in Davos. Dort, im mondänen und prominenten Ort, begegnete ihm eine ausgesprochen kluge und attraktive Ärztin. „Davos ist nicht nur als Ferienort der Reichen und Schönen berühmt, sondern in Fachkreisen auch für die Forschungsinstitute einer Osteosynthese-Arbeitsgemeinschaft. Der in Kurzform AO genannte Arbeitskreis wurde 1958 von einigen Ärzten gegründet und in den 60ern erweiterten sie ihn um eine Stiftung. Die AO ist eine interessante Einrichtung, die sich mit der Forschung, Entwicklung und den Lehren der Unfallchirurgie, speziell operativen Behandlungen von Knochenbrüchen, beschäftigt. Davos ist dafür richtig, denn Skiunfälle sorgen jedes Jahr für jede Menge unterschiedlichster Knochenbrüche. Bei einer Veranstaltung begegnete ich der Chefin der klinischen Forschungsabteilung. Brigitte beeindruckte mich sofort. Als Chirurgin und Epidemiologin hatte sie es weit gebracht.

Immerhin ist die Chirurgie auch heute noch eine klassische Männerdomäne. Brigitte war klug, anziehend und charmant. Wir fanden schnell Gesprächsstoff und haben uns anschließend immer öfter getroffen. Na ja, dabei haben wir uns dann von medizinischen Themen entfernt“,

erinnert sich Stefan Ihde lächelnd an die Zeit mit Brigitte. „2006 lud die AO zu einem Kongress in Sauipe in Brasilien ein, der in einem tollen Resort am Meer stattfand, und ich konnte sie begleiten. Abgesehen von der traumhaften Lage und dem Komfort der Anlage war ich davon fasziniert, wie die Mediziner der AO miteinander umgingen. Manche brachten ihre Ehepartner und Kinder mit, alles wirkte familiär entspannt, dennoch wissenschaftlich und beruflich effektiv organisiert. Die lehrreichen und fundierten Veranstaltungen fanden mein Interesse, weil nicht die Titel oder beruflichen Positionen der Ärzte relevant wurden, sondern das jeweilige Wissen und was sie mitzuteilen hatten. Als chirurgischer Dentist war es für mich außerordentlich lehrreich, davon abgesehen haben wir den Aufenthalt genossen. Es war eine herrliche Woche.“

Besonders die vielfältige Posterpräsentation rund um orthopädische und chirurgische Themen studierte der Zahnarzt aufmerksam. „Die Behandlung von Knochenbrüchen und die neuesten Erkenntnisse darüber fesselten mich und die Prinzipien zeigten mir, dass ich mit meiner Methode der oralen Implantation auf dem richtigen Weg war. All die vielen beispielhaften Osseofixationsanwendungen in der allgemeinen Knochenchirurgie lehrten mich, dass diese Methode auch für dentale Implantate angewendet werden kann. Das war wirklich eindrucksvoll. Ich wurde inspiriert und unbewusst resultierten aus dem neuen Wissen konkrete Gedanken für orale chirurgische Vorgehensweisen“, erklärt Dr. Ihde. „Zuhause habe ich den Aufenthalt und die wissenswerten Informationen reflektiert und mir gedacht: Was in der orthopädischen Chirurgie seit Jahrzehnten erfolgreich angewendet wird, sollte auch in der dentalen Implantologie zum Durchbruch kommen: Verankerung im

harten Rindenknochen, der sogenannten *Kortikalis*.“ Mit seinen BOI® Implantaten hatte Stefan Ihde seit zehn Jahren intuitiv nichts anderes gemacht, als kortikale Abstützung auszunutzen, und jetzt wurde auf einmal klar, dass dies der richtige Weg war. Bei der Posterpräsentation wurde an vielen Beispielen der Traumatologie deutlich, dass vermutlich die Schraubenform von Implantaten (statt der Scheibenform) noch größere Entwicklungsmöglichkeiten hat.

„Die Zeit mit Brigitte war traumhaft und einzigartig in jeder Hinsicht. Warum wir nicht zusammen geblieben sind? Ich hatte mich zu schnell und zu sehr verliebt und unsere Wege führten für mich nicht sichtbar und zügig aufeinander zu. Trotzdem eine wichtige und unvergesslich schöne Zeit, *nicht jede große Liebe führt zu einem Happy End* formulierte Reinhard Mey zutreffend.“

Fortan widmete sich Stefan Ihde den *kortikobasalen Schrauben*, wie er diese Technologie später taufte. Tatsächlich war die Entscheidung, zu der ihm auch ein zahnärztlicher Freund aus Süddeutschland geraten hatte, letztlich wegweisend für das Projekt. Alle mit den lateralbasalen Implantaten gewonnenen Erkenntnisse konnten übernommen werden. Insbesondere zeigte sich, dass das Wissen über die Knochenfunktion, welches sich aus den jahrelangen Forschungsarbeiten ergeben hatte, 1:1 auf die basalen (kortikobasalen) Schraubenimplantate anwendbar war. Sie sind poliert, also nicht rau, und konnten wie die BOI® Implantate für die Sofortbelastung angewendet werden. Vom großen Wissensschatz abgesehen, war die zwanglose und themenorientierte Zusammenarbeit der AO faszinierend. Am Beispiel dieser Stiftung orientierte sich später die in München gegründete *Internationale Implantatstiftung* (IF; [www.implantfoundation.org](http://www.implantfoundation.org)) mit einem heute weltweit

agierenden Berufsverband als Know-how-Zentrum für kor-tikobasale Implantologie und eine moderne, bezahlbare und risikoarme Methode der oralen Implantologie.

## PATIENTENSTIMMEN

*„Nach langer, intensiver Recherche fand ich Simpladent, das von Dr. Stefan Ihde entwickelte Sofortbelastungskonzept, das mich sofort faszinierte und von den vielen positiven Rückmeldungen seiner Patienten völlig überzeugte. Ich entschied mich dann recht spontan für die Behandlung, und nach einem Erstgespräch mit Dr. Ihde in Eching wurde der Operationstermin für Anfang August 2019 fixiert. Ich reiste mit meiner Frau nach Montenegro zu Dr. Ihde in seine Privatpraxis. Nach drei Tagen hatte ich neue Zähne und damit eine vollkommen neue Lebensqualität. Insgesamt verbrachten wir zwei Wochen in Montenegro, wo wir die Operation mit einem Urlaub verbinden konnten. Am vorletzten Tag wurde von Dr. Antonina Ihde die erste Nachkontrolle gemacht. Bereits während der Behandlung blieb viel Zeit, die blaue Adria und das schöne Sveti Stefan und Budva (inklusive der Unterkunft im Hotel Adrovic) in vollen Zügen zu genießen. Seit der Behandlung kann ich unbeschwert essen und lachen, hatte nicht einen einzigen Tag ein Problem. Ich möchte mich ganz herzlich bei Dr. Ihde, seiner Frau Dr. Antonina Ihde und dem gesamten Team bedanken. Ich habe mich während der gesamten Behandlung immer sehr wohl gefühlt und sie haben mir ein Gefühl der Sicherheit vermittelt.“*

*– Franz S., Österreich*

## Von der Inspiration zur Umsetzung – feste Zähne für alle!

Die chirurgischen Erkenntnisse aus dem AO Resort inspirierten Stefan Ihde zur konkreten Vorgehensweise. Plötzlich schien das Ziel greifbar nahe. „Alle bisher angewendeten Vorgehensweisen haben unterschiedliche Nachteile für die Patienten“, erklärt er sein Fazit. „Bei künstlichen Hüftgelenken wird der lange Implantatschaft möglichst tief in den Knochen des Oberschenkels eingeführt, wo er sich verklemmt. Eine andere Einschubrichtung oder eine andere Verankerungsmöglichkeit, die die Verwendung der Kortikalis des Oberschenkelknochens ermöglicht, gibt es leider nicht. Hüft-Endoprothesen und Kniegelenksprothesen sind sozusagen ein Sonderfall der orthopädischen Chirurgie, bei dem vom Prinzip her die Knochenkompression angewendet wird (soweit nicht zementiert wird). Herkömmliche dentale Implantologie versuchte mit möglichst kurzen Implantaten auszukommen, weil man erreichen will, dass im Falle des Auftretens der Periimplantitis nicht so große Mengen des Kieferknochens zerstört werden würden. Damit hätte man dann noch einen zweiten Behandlungsversuch. Denn je länger die (traditionellen) Implantate sind, umso mehr Knochen kann prinzipiell auch verloren gehen. In der kortikobasalen Implantologie verwenden wir hingegen viel längere, aber dünne und polierte Implantate, und dennoch tritt Periimplantitis nie auf. Ein unschätzbare Vorteil.“ Stefan Ihde stellte fest, dass mit sehr dünnen Implantaten erfolgreich gearbeitet werden kann, wenn die Oberflächen poliert sind und wenn sie in der Gegenkortikalis verankert werden, die er fortan als 2. bzw. 3. Kortikalis bezeichnete.

Der Hauptgedanke der *Osseointegration* besteht darin, dass der Knochen an und um eine raue Implantatoberfläche besser an das Implantat heranwächst. Wie man heute weiss (wenn man es wissen will), wurde das wissenschaftlich nie begründet oder dokumentiert und hat gravierende, schon erläuterte Nachteile. „Als bessere Methode habe ich aus meinen jahrelangen Erfahrungen und den Erkenntnissen aus der klassischen Chirurgie heraus die *Osseofixation von Dentalimplantaten* entwickelt. (\*5)

Einerseits wird das Implantat als Halterung des späteren Kunstzahns bei schraubbaren kortikobasalen Implantaten nicht seitlich, sondern **von oben** tief im Knochen des jeweiligen Kiefers verankert. Dadurch ergeben sich nicht nur der Vorteil sofortiger Stabilität, sondern Einsatzmöglichkeiten filigraner Implantate mit geringerem Durchmesser. Die sind natürlich nicht rau, sondern poliert und hochglänzend. Das hatte ich ja schon einige Jahre vorher an den lateralbasalen Implantaten geändert, um Entzündungen zu vermeiden. Der Unterschied war enorm und überzeugend: Sofort nach Umstellung auf die polierte Variante der Implantate blieben die gefürchteten Entzündungen aus. Die Osseofixation nach meiner Methodik schließt die Periimplantitis aus, und der neue Zahn kann schon sehr bald nach dem Aufsetzen verwendet werden. Der Patient wartet also nicht auf das Einheilen der Implantate (die Implantate heilen ohnehin später ein, während sie schon in Funktion stehen), er wartet auf die Arbeit des Zahntechnikers. Das freut Patienten und Zahnarzt gleichermaßen, zumal die eigentliche Operation auf diese Weise relativ schnell über die Bühne geht und der Patient bald schmerzfrei zu beißen kann.“

In Verbindung mit präzise passenden Implantaten erwies sich die innovative, strategische Erweiterung seines chirurgischen Spektrums als großartiger Erfolg der Zahnmedizin. Alle besonderen Vorteile, insbesondere die Sofortbelastung in Verbindung mit den rasanten Heilungsprozessen, waren sprichwörtlich bald in aller Munde und sind als **Strategic Implant®** in die Geschichte der Zahnmedizin eingegangen.

„Auf diese Weise lassen sich mehrere Zähne auf einmal implantieren. Ausreichende chirurgische Erfahrung und spezielles Wissen über das Verfahren vorausgesetzt, können wir in einem Operationsdurchlauf beispielsweise den gesamten Ober- oder Unterkiefer, d. h. beide Kiefer zusammen erledigen. So ist es machbar, bis ins hohe Alter hinein ein vollständig neues Gebiss in kürzester Zeit zu erhalten. Es ist sofort belastbar und bereitet in unfassbar kurzer Zeit keine schmerzhaften oder die Funktion beeinträchtigenden Probleme“, erklärt Dr. Ihde.

„Es wird sicherlich Nachahmer geben, die gibt es ja jetzt schon. Das Problem ist nicht die Produktion der Implantate, das Problem ist, die integrierte Ausbildung der Anwender zu organisieren. Zahnärzte und Zahntechniker benötigen ebenfalls eine spezielle Ausbildung für die Herstellung der neuen Zähne, damit alles perfekt zusammenpasst“, erklärt der zweifache Weltmeister dieser exklusiven chirurgisch zahntechnischen Wissenschaft.

„Meine Kurse wurden über die Jahre konzentrierter und wesentlich aufwendiger, weil sich die neue Methode leider nicht kurzfristig vermitteln lässt. Das liegt nicht daran, dass sich die Patienten unterscheiden, sondern unter anderem daran, dass die Implantologen sehr viel von ihrem früher

gelernten Wissen vergessen müssen, bevor sie die Regeln der Osseofixation lernen und anwenden können. Das alte Wissen stört also.

Alle Patienten unterscheiden sich. Die Methode des Einsetzens ist heute mit weltweit anerkannten Regeln für das Vorgehen genormt. Meistens sind die Zähne ja desolat und dafür gibt es immer unterschiedliche Ursachen. Krankheiten, Unfälle, verunstaltete Zähne, zu große Lücken und so weiter. Bis eine Kollegin oder ein Kollege alles so weit gelernt hat, um die individuellen Situationen zahnmedizinisch beurteilen zu können, benötigt es Zeit und ausreichend Übung, man muss viele Behandlungsfälle studieren. Es geht darum, die Grundlage zu unterrichten, mit der die Anwender des Verfahrens dann selbstständig arbeiten und ihre eigenen Erfahrungen machen können.

Neben notwendiger Theorie lässt sich die Praxis nur mit Patienten und ganz unterschiedlichen anatomischen Situationen erlernen. In die Ausbildung muss viel Zeit investiert werden, und nach den ersten eigenen Operationen stehe ich über die eigentliche Ausbildungszeit hinaus beratend und die Ergebnisse kontrollierend zur Verfügung. Zudem müssen die jeweiligen Zahntechniker ebenfalls eingewiesen werden, was auch nicht in wenigen Tagen erledigt ist. Viele Zahntechniker verbringen in unserem Team zwei bis drei Monate (verteilt über ein bis zwei Jahre) bis sie fachlich fit sind.

Es gibt ja ganz unterschiedliche Formen der Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Techniker: Oft ist es (leider) so, dass der Techniker viel mehr weiß als der Zahnarzt, d. h. der Techniker erklärt dem Zahnarzt, was zu tun ist. In unserem Fachgebiet müssen beide Partner genau wissen, wie

sie kooperieren müssen, damit das Ergebnis stimmt. Die Ausbildungen von Techniker und Zahnarzt laufen am besten parallel ab.

Was mit ein paar Kursen Ende der 1990er Jahre anfang, hat sich seit einigen Jahren zu einer umfänglichen Ausbildung erweitert. Natürlich soll meine Methode perfekt und ohne Komplikationen angewendet werden, was besondere Voraussetzungen notwendig macht. Um die Qualifikation der durchführenden Ärzte und die geschützte Qualität der Implantate zu sichern, gründete ich 2011 das Unternehmen Simpladent® GmbH. Alle Implantate bekamen das erforderliche „CE“-Siegel für Europa und die Firma ist für die Ausbildung der Zahnärzte und für Zahntechniker ebenso verantwortlich wie für den Vertrieb des Strategic Implant®. Zudem zählt die breitere Bekanntmachung der Implantationsmethode mit allen Vorteilen zu den Aufgaben der Simpladent® GmbH. Die 1990 gegründete Firma *Dr. Ihde Dental AG* (quasi Nachfolgerin der Vertriebsfirma meines Vaters) richtete ihre Vertriebstätigkeit auf Zahnärzte aus. Die Simpladent Praxen richten ihre Vertriebstätigkeit auf die Endverbraucher (auf die Patienten) aus.

Die Praxen in allen Ländern vergrößern sich zunehmend, und so können jedes Jahr mehr Patienten behandelt werden. In letzter Zeit registriert Simpladent auch vermehrt Anfragen nach Franchise-Verträgen, d.h. viele der Kursteilnehmer würden auch gerne eine Simpladent Praxis betreiben. Dies wird wohl in der Zukunft häufig realisiert werden.“



---

*“Eine Kerze verliert nichts von ihrer  
Leuchtkraft, wenn man eine andere  
Kerze damit anzündet.”*

*– Willy Meurer*

---

**SIMPLADENT®**

**Was 1994 in einer Garage begann**, ist von Dr. Stefan Ihde über die Jahrzehnte hinweg zur besten und für Patienten komfortabelsten Implantationsmethode der heutigen Zahnmedizin entwickelt worden.

Der Name seines Verfahrens mit der speziellen Zahntechnik lautet Strategic Implant® und ist heute ein geschütztes Warenzeichen in vielen Ländern. Der Begriff *basale Implantologie* wurde im Jahre 1999 erstmals verwendet. Zur Jahrtausendwende begann damit einer der größten Durchbrüche in der dentalen Implantologie: Die Technologie der Sofortbelastung wurde entwickelt, Einheitszeiten für Implantate fielen damit weg, ebenso der Knochenaufbau.

Doch erst durch seine innovative, strategisch durchdachte und chirurgisch spezielle Methode revolutionierte Dr. Stefan Ihde die Zahnimplantation von Grund auf. Ehre, wem Ehre gebührt: Mit Hilfe des Strategic Implant® wurde das Problem des reduzierten Knochenangebots gelöst. Zudem können heute auch Diabetiker, Menschen mit Bluthochdruck und Raucher sowie Patienten mit anderen Begleiterkrankungen behandelt werden. Jedes Implantat wird im Kortikalknochen verankert, und zwar an der zum späteren Zahn abgewandten Seite. Dieser kortikale Knochen – auch wenn er oft nur einen Millimeter dick ist – weist hohe Stabilität auf, er vermag sofort die Kaulast aufzunehmen und resorbiert im Laufe des Lebens praktisch nicht. Knochenaufbau, Sinuslift, Wartezeiten und Knochentransplantate sind daher heute gar nicht mehr nötig.

Mit Stand 2020 erlangten bisher sechs hervorragende Zahnärztinnen und 45 versierte Ärzte in verschiedenen Nationen die Befugnis, andere Dentisten in seiner Methode der sofort belastbaren Implantation ausbilden zu dürfen.

Bis heute wurden schon mehr als eine Million neuer Zähne im Strategic Implant® Verfahren mit den geschützten Implantaten beschwerdefrei eingesetzt. Und jährlich werden es rund um den Globus mehr. In Deutschland, der Schweiz, in Serbien, in Kiew (Ukraine) und in Moskau bietet Simpladent® Schulungen für anschließend qualifizierte Zahnmediziner der Strategic Implant® Methode an, ebenso wie hochwertige Implantatchirurgie für Patienten bis hin zu komplexen Herausforderungen.

In anderen Ländern Europas und in Südamerika haben sich selbstständige Schulungszentren gebildet, die laufend unterstützt werden. Die Übersicht zu bewahren und die Einhaltung der Termine ist gleichwohl eine Herausforderung für den Ausnahmezahnarzt.

Verkehrstechnisch perfekt auf halber Strecke zwischen Flughafen und München gelegen, ist die deutsche Praxis-klinik für Implantationen und als Ausbildungszentrum im Gebäude der Dr. Ihde Dental GmbH untergebracht. „Hier schulen wir auch Zahntechniker und vollziehen den Wandel von der bisher rein manuellen zur digitalen Fertigung“, erläutert Dr. Ihde. Dieser Ausbildungsschritt ist besonders wichtig, weil es nur mit digitaler Technologie gelingt, wirklich ausreichend große Mengen von Brücken herzustellen. Die Effizienz im Laboralltag steigt ungemein an.

## PATIENTENSTIMMEN

*„Einfach alles! Methode, Qualität, Stefan und das gesamte Team, Preis-Leistung und natürlich die offene und lockere Stimmung. Top top top.“*

*– Maurus F.*



*Firmengebäude in Gommiswald/Schweiz.*



*Schulungsräume für Zahnärzte und Zahn-techniker in Eching/München. Das Büro von Stefan Ihde befindet sich direkt im Schulungsraum. Die Studierenden und auszubildenden Zahnärzte und Chirurgen sind 7/24 an der Behandlung beteiligt.*





„Worte lehren, Beispiele erziehen.“ Dieser Satz macht klar, warum es geht: Praxisbeispiele werden während der Behandlungen beobachtet. Erst die Beispielbehandlungen mit Patienten führen zum eigentlichen Verständnis.

Zahnärzte mit deutscher Ausbildung können sogar ihre eigenen Patienten nach Eching mitbringen und dort unter Aufsicht behandeln.



*Dr. Ihdes Behandlungsstühle aus den 50er Jahren wurden in den USA entwickelt. Der Dentalez verfügt über wunderbare Sitzpolster auf einem Holzgestell. Sie sind Juwelen unter den Behandlungsstühlen. Die Restauration ist aufwendig und die Beschaffung kostspielig. Dennoch sind nur solche Stühle in seinen Praxen. Einige Patienten schlafen mitunter während der Behandlung selbst ohne Sedierung wohlig ein.*

---

*“Nicht da ist man daheim, wo man  
seinen Wohnsitz hat, sondern dort,  
wo man verstanden wird.”*

*– Christian Morgenstern*

---

## Ein neuer Lebensabschnitt

Im Jahr 2009 veränderte sich Dr. Stefan Ihdes Leben unverhofft und nachhaltig. Ein Kurs für Implantate in Minsk, der Hauptstadt Weißrusslands, wurde zum Glückstag der besonderen Art. „Für die Kurse in Weißrussland und im russischen Moskau brauchte ich einen Übersetzer oder eine Dolmetscherin mit profunden Kenntnissen zahnärztlicher Terminologie. Ich spreche heute zwar ganz gut Russisch, aber damals war ich Anfänger, wobei mein Wortschatz bis heute nicht dafür ausreicht. Ich halte meine Vorträge und die Schulungen in englischer Sprache, das musste jemand simultan übersetzen“, erzählt Dr. Ihde und lernte die Zahnärztin Dr. Antonina Rusak kennen. „Eine gut ausgebildete Zahnärztin mit ausgezeichneten Englischkenntnissen und dem Talent, meine Aussagen fachlich korrekt sofort ins Russische zu übersetzen. Das funktionierte in Minsk so gut, dass ich sie bat, mich bei weiteren Schulungen zu unterstützen. Und da sie noch ohne eigene Zahnarztpraxis tätig war, stimmte sie zu. Sie begleitete mich zu weiteren Kursen und wir verstanden uns prächtig.“ Die gertenschlanke, lebenslustige und kluge Frau hatte es Stefan Ihde quasi vom Fleck weg angetan.

„Besser hätte es nicht passen können. Ich bin mir sicher, dass das Schicksal seine Weichen für mich stellte“, erzählt Dr. Ihde, der die Gemeinsamkeiten mit der attraktiven Zahnärztin genoss.

„Nach relativ kurzer Zeit machte ich ihr, im Herzen und im Kopf überzeugt, einen Heiratsantrag“, schmunzelt er, „sie ließ mich abblitzen, das war ein harter Schlag.“ Doch Fehlschläge haben Stefan Ihde noch nie aus der Bahn gewor-

fen. „Wir reisten und arbeiteten weiterhin oft zusammen und bei nahezu jedem Treffen wiederholte ich meinen Antrag, ohne Erfolg.“

„Sein Charakter verbunden mit seinem Erfolg und der Gabe, Wissen so verständlich und fesselnd zu vermitteln, beeindruckten mich“, erinnert sich Antonina Ihde schmunzelnd. „Er bewies Einfühlungsvermögen und ließ seinen Charme spielen. Allein das letzte Quäntchen fehlte mir noch“, lächelt sie in Erinnerung. „Ich bewundere noch heute seine Hartnäckigkeit. Wenn er sich ein Ziel gesetzt hat und von etwas überzeugt ist, lässt er nicht locker, egal, wie lange er braucht. Da kann ihm auch niemand reinreden, er glaubt fest an sein Ziel.“

„Es waren wohl um die 30 Anträge“, lacht Stefan Ihde, „der wievielte endlich erfolgreich war, kann ich heute gar nicht mehr sagen. Es war in Montenegro, als sie endlich eine meiner zahlreichen Einladungen annahm, mich auf dem halbfertigen Anwesen zu besuchen. Zur Krönung ihres Besuches hörte ich das ersehnte Ja auf meinen erneuten Antrag. Erst war ich perplex, dann konnte ich mein Glück kaum fassen.“

Antonina erinnert sich: „Stefan fällt Entscheidungen innerhalb von kurzer Zeit. Er wägt sehr schnell sehr viele Optionen ab<sup>1</sup>, er ist ausserordentlich intelligent und zugleich

---

*1 Bei einer anderen Gelegenheit erzählte Antonina von ihren ersten gemeinsamen Operationen: „Mich hat überrascht wie es möglich ist, dass ein Chirurg nicht zwei Stunden lang eine Totalimplantation plant, sondern das Röntgenbild in wenigen Augenblicken komplett überblickt und dann sofort operiert. Später habe ich gesehen, dass Stefan Standard-Behandlungsweisen benutzte und Standard-Behandlungspläne umsetzt. Seine Vorgehensweisen wurden später zu IF-Methoden weiter-*

erfühlt er die Situation. Diese Eigenschaften sind die Grundlage für seinen Erfolg. Bei seinen ersten Anträgen war ich mit der Situation überfordert, ich braucht Zeit, um mich mit der Idee anzufreunden.“

Ende April 2010 feierten sie eine wunderbare Hochzeit in Montenegro. „Antonina war zu diesem Zeitpunkt schon schwanger, und eigentlich wollten wir dieses nette Geheimnis auch noch nicht lüften. Aber irgendwie sickerte es am späten Abend des Hochzeitstages doch noch durch.“

Die kirchliche Hochzeit wurde verschoben, weil im Prinzip eine ökumenische Feier angestrebt war, was sich aber als nicht durchführbar erwies. Nach vielen Jahren Erfahrung auf dem Balkan und in Osteuropa generell war es für Stefan Ihde kein großer Schritt mehr, sich serbisch-orthodox taufen zu lassen und auch die bisherige religiöse Bindung in den Westen abzuschneiden. „Ich dachte mir nicht viel dabei. Schon bald konnte dann auch die kirchliche Trauung in Montenegro stattfinden. Dass diese religiöse Umorientierung Folgen haben würde, war anfangs gar nicht abzu-

---

*entwickelt. Es ist ihm egal wie chaotisch ein Gebiss vor der Operation aussieht: Am Ende der Operation sitzen alle Implantate an einer vorher festgelegten Stelle, sie werden unter Berücksichtigung des Knochenangebots und der zu erwartenden Knochenqualität an genau einem idealen Ort. Das Standardisieren von Behandlungsmethoden ist eines der Grundprinzipien der russischen Medizin schlechthin, das hatte ich gelernt. Stefan setzte erstaunlicher Weise exakt diese Methode der Kategorisierung in die Realität der oralen Implantologie um. Er erfand den Begriff des **Strategic Implant**<sup>®</sup> und er lehrt die Vorgehensweise die sich hinter diesen beiden Worten verbirgt. Indische Implantologen, die bekanntlich ihren grossen Lehrern stets enormen Respekt zollen, einigten sich vor Jahren darauf, den 24. Juli eines jeden Jahres zu seinen Ehren als **Strategic Implantology Day** zu feiern.“*

sehen: Ich fand mich plötzlich in einer sehr ursprünglichen kirchlichen Umgebung, ohne Prunk und großes Orgelgedöse. Ich erwachte in einer Welt, die ohne Kirchensteuer auskam und in der Religion nicht in der Schule gelehrt wurde und nicht (wie Mathe und Biologie) benotet (!) wurde. Einer Welt ohne Serien-Kommunion von wehrlosen kleinen Kindern. Und indem ich die alten religiösen Ideen abschüttelte (sie machten mich nur noch erschrocken), fielen bald und dann fortwährend die eine oder andere alte Gewohnheit und Denkweise mit in den Mülleimer. Die westlichen Kirchen manipulieren ihre Mitglieder von frühester Jugend an, und damit beeinflussen sie das Denken und Handeln eines jeden Einzelnen bis hoch in die Regierung. Kaum jemand weiß, dass in Deutschland eine so enge Verquickung von Kirche und Staat vorliegt, dass z. B. Bischöfe eben nicht von ihrer Kirche bezahlt werden, sondern bei der Bundesrepublik Deutschland auf der Lohnliste stehen. Eine reale Trennung von Kirche und Staat ist somit gar nicht vorgesehen. Und große Teile der karitativen Tätigkeiten (gerade auch im Migrantenvereich) werden in Deutschland beinahe kostenfrei von den aktiven Gläubigen erbracht, wofür die Kirche dann an den Staat richtige Rechnungen ausstellt und sich so finanziert. Hieraus erkennt man, wer in Wirklichkeit von der Migrantenkrisis profitiert und warum diese nicht eingedämmt werden kann.

Die schon in frühen Jahren beginnende religiöse Gehirnwäsche erklärt auch, warum der voraussichtliche Berufserfolg des Einzelnen bekanntlich von der Religionszugehörigkeit abhängt. Den orthodoxen christlichen Religionen fehlt diese Art der Indoktrinierung. Heute (nach dem letzten Schisma) sind die Landeskirchen quasi Franchisebetriebe des Patriarchats in Moskau, sind in ihrer täglichen Arbeit

nicht gleich und es fehlt ihnen an der indoktrinierenden Komponente. Dennoch sind die Betriebe nicht ganz einheitlich, es bestehen nationale Unterschiede, was u. a. mit der Anpassung an die jeweilige politische Situation zusammenhängt. Nicht einmal das Weihnachtsfest wird bei allen orthodoxen Stämmen am gleichen Tag gefeiert. Staat und Kirchen sind getrennt, was ich als wohltuend empfinde. Gelegentlich (und in Zukunft dürfte das wohl öfter vorkommen<sup>2</sup>) erwachen Kirchen aus ihrem Dämmer Schlaf

---

2 Es sei an dieser Stelle daran erinnert, dass die westlichen „demokratischen Staaten“ eine seit jeher und fast überall schlecht funktionierende Erfindung der Neuzeit sind. Zuvor wurden in Europa Regionen von Fürsten und Kirchenfürsten regiert, die ihr Land wie ein Familienunternehmen führten und es erfolgreich gegen äußere Einflüsse beschützten. Sie entwickelten „ihr“ Land im eigenen Interesse weiter. „Modernen“, demokratisch gewählten Politikern fehlt es ganz offenbar nicht an Eigeninteresse, jedoch sind ihre Eigeninteressen und die Interessen des Landes, welches sie regieren, eben nicht gleich gelagert, was auch damit zusammenhängt, dass ihre Wirkungszeit limitiert ist. Zu welchen fieseren Verhältnissen dies führen kann, werde ich am Beispiel der Schweiz bzw. des orthodox-katholischen Kantons St. Gallen (der Name ist Programm...) ab Seite 141 dieses Buches erläutern.

Nach dem Zweiten Weltkrieg war es die Aufgabe vor allem der Vereinigten Staaten von Amerika, solche Familienunternehmen-Staaten zunächst als Schurkenstaaten medial zu diskreditieren, um sie anschließend militärisch zu zerstören oder anderweitig zu destabilisieren. Der Iran, Irak, Libyen, Jugoslawien, Afghanistan sind nur einige Namen, die auf der langen Opferliste stehen. Jugoslawien beispielsweise war vor dem Balkankrieg (zu Zeiten Titos) ein sehr produktives und wohlorganisiertes Land, in dem es der Bevölkerung an nichts fehlte, ein Land mit einer wortreichen (serbischen) Hochsprache, Universitäten und funktionierenden rechtsstaatlichen Regelungen (soweit es solche in Familienbetrieben überhaupt braucht). Da es aber dem militärisch-industriellen Komplex der USA ernsthafte Konkurrenz bot, wurde es medial diskreditiert und sodann militärisch zerstört. Hieran hat sich zu meinem großen Bedauern sogar die Bundesrepublik Deutschland als NATO-Armee beteiligt. Kroatien ist nach dem Balkankrieg ein stabiles und rein

und greifen beherzt in das Tagesgeschehen ein. So z. B. in

---

katholisches Staatsgebilde geworden, weswegen wir zu Recht feststellen können, dass der Vatikan Kriegsgewinner Nr. 1 des letzten Balkankrieges war.

Dem russischen Reich hatte man um 1917 den Virus des Sozialismus zukommen lassen und mit der Zarenfamilie und allen Firmenbesitzern und Großgrundbesitzern erlag sogleich die Führungsebene des Landes inklusive ihrer kompletten Familie und aller Nachkommen den Folgen der Revolution. Erst nach dem wirtschaftlichen Zusammenbruch des Sozialismus, der Anfang der 1990er Jahre über Nacht offenbar wurde, übernahm der seit jeher gut ausgebildete und national denkende russische „Deep State“ (vormals KGB genannt) das Ruder. Zielgerichtet entwickelte sich eine außerordentlich gut organisierte, rechtsstaatlich arbeitende „Russische Föderation“, die das Land erfolgreich reorganisierte und beschützte und die durch den Präsidenten und sein Team wie ein Familienunternehmen geführt wird. Und selbstverständlich wird dieses Land heute auch wieder medial diskreditiert, und zwar ausgerechnet von den Ländern, die von ihrer eigenen (dringend notwendigen) Perestroika noch meilenweit entfernt sind.

In vielen mitteleuropäischen Ländern haben die „demokratischen Regierungen“ deutlich sichtbar versagt, weswegen damit zu rechnen ist, dass früher oder später wieder weltliche und/oder kirchliche Fürsten das Ruder übernehmen müssen. Gerade in Schlesien und Ostpreußen, aber auch in Deutschland schlechthin kann es über Nacht zu solchen Entwicklungen kommen, denn die Familien der Großgrundbesitzer wurden (anders als in Russland vor 100 Jahren) eben nicht ausgemerzt, sondern lediglich vertrieben und faktisch enteignet. Es steht also eine neue, unverbrauchte, sorgfältig ausgebildete und international erfahrene Elite bereit, die sich ihr Eigentum unter anderem auf rechtsstaatlichem Wege zurückholen kann. Das wäre ein möglicher Plan und Ausgang des wohl bevorstehenden Systemwechsels. Dass Russland sich im Zuge einer solchen Entwicklung von ehemaligen ostpreussischen Gebieten (Kaliningrad) nur zu gerne trennen würde, davon kann man ausgehen. Die Erstellung einer direkten deutsch-russischen Grenze wurde durch die Neuerfindung von Polen lange verhindert. Wie beim Malefiz (Barricade)-Spiel wurde eine vatikanische Blockade elegant dazwischen positioniert. Ein solcher naher Zusammenschluss der beiden Länder (DE/RU) wäre der Albtraum für die USA, aber für Europa wäre es eine dringend nötige, stabilisierende Massnahme.

Der 2. Weltkrieg wurde in Deutschland von „tragenden Kräften“ voran-

---

getrieben, und welche Kräfte das waren, lässt sich auf der nachfolgenden Abbildung aus dem deutschen Reichstag (!) von 1922 ersehen:



Nach rückwärts gerichtete Gesinnungen (Waffenstudenten und religiöse Corps) vereinten sich mit der grossen deutschen Kirche, um mediale Situation zu schaffen, die für den kleinen Mann den Krieg für gerechtfertigt erschienen liess. Im Prinzip ein Bild wie aus dem Kaiserreich, nur mit dem Unterschied, dass der Kaiser so ein Gebräu nie zugelassen hätte, weswegen er ja zuerst im 1. Weltkrieg abgeschafft werden musste. Die Region Polen ist sodann nach dem Zweiten Weltkrieg dem Kriegsgewinner Nr. 1, nämlich dem Vatikan zugefallen, wohingegen die vorhergehenden Eigentümer, die überwiegend preußisch-protestantische Großgrundbesitzer, abgeschoben wurden. Bekanntlich existierte Polen zwischen ca. 1795 und 1920 gar nicht mehr. Vorher bestand in der gleichen geografischen Region ein Land namens **Polen-Lithuanien**, ein für damalige Zeiten wirtschaftlich extrem erfolgreiches, weil **multikulturelles** und **religiös gemischtes** Land. In der Schule haben wir gelernt, dass der 1. Weltkrieg 1918 endete. Auch das war nicht ganz richtig (es gab keinen „Abpiff“, wie 1945), denn das Ende des Krieges muss korrekter Weise mit 1923<sup>1</sup> angesetzt werden, denn erst dann kam es zum abschliessenden Friedensschluss/Friedensdiktat. In der Zeit zwischen 1918 und 1923 haben die verschiedenen Interessensgruppen nach Herzenslust lokal nachgekartelt, und so kam es quasi unbemerkt zur Neubildung von „Polen“. Die Überlebenden und Kräftigen nahm sich was sie wollten und was unbewacht oder wehrlos herum lag. Ich schlage vor, davon auszugehen, dass die Kreuzzüge des Mittelalters, die Inquisition in Mittel- und Südamerika, die Weltkriege und der

## Montenegro im Jahre 2020. Montenegro verfügt über eine

*Balkankrieg nicht anderes als identisch geplante und durchgeführte Ereignisse waren, geplant von dem effektiven Kriegsgewinner. Gewonnen hat immer das gleiche Land. Ein Land, in dem es außer dem „Radio Vatikan“ keine freie Presse gibt und welches im Grunde genommen nichts anderes beheimatet als einen weltweit durch Unterdrückung, Gehirnwäsche und Angstmache regierenden Konzern, dessen tätiger Geschäftsführer als „Papst“ bezeichnet wird. Zudem eine echte Steuer-oase.*

**1** Gerwarth Robert, *The Vanquished Penguin History*, ISBN 978-0141-97637-2

*Dass diese Firma keine weiteren Inhaber haben sollte als den lieben Gott, das muss einem schon sehr früh eingeredet werden, um es dann dauerhaft zu glauben. Konkurrenzunternehmen werden stets als „Sekten“ diskreditiert. Die Schweiz war das einzige Land der Region, welches in den Wirren all dieser Kriege auf wundersame Weise nicht militärisch berührt wurde. Dies wohl deswegen, weil das Land der Wertaufbewahrung diene. Deswegen bestand und besteht für die Schweiz offenbar sogar die Möglichkeit militärische Ressourcen in den Vatikan abzuordnen, die sogenannte „Schweizergarde“, die vermutlich eher als Faustpfand ausgedacht und vereinbart war. Denn der Vatikan konnte seine Interessen nie durch eine eigene Armee durchsetzen (wie es z.B. die USA über die eigene Armee und später über die NATO konnte). Deswegen machte es (zumindest damals) Sinn, sich junge Männer als Garantie für die deponierten Werte aushändigen zu lassen.*

*Es ist schade (vielleicht auch systemisch so gewollt), dass in unseren Schulen die Fächer Religion, Geschichte und Erdkunde getrennt voneinander unterrichtet werden. Denn in der Realität wurde die Landkarte in weiten Teile mehr durch Religionen geprägt als durch irgend etwas anderes. Im Geschichtsunterricht lernen wir, dass dieser und jener Herrscher sich so oder so entschieden hat, und wir lernen nicht, dass dieser Herrscher dies mutmasslich zuvor mit dem örtlichen Bischof besprochen hat, der ihm seine Wünsche und Ratschläge mitteilte. Durch die Trennung der Schulfächer erlangen die Schüler keine echte Übersicht über politisch-religiöse Zusammenhänge, und manch einer ist der Meinung, dass alle diese wegfallen, weil er aus der Kirche ausgetreten ist. Das ist natürlich nicht der Fall: Die katholische Kirchenführung besteht aus nicht demokratisch legitimierten, zentral gelenkten Entscheidern, denen es auf die Meinung der Mitglieder gar nicht ankommt. Wie die Situation in England zeigt, kommt es den kirchlichen Machtha-*

serbische Bevölkerungsmehrheit (> 50 %), wohingegen nur eine Minderheit von Menschen (ca. 15 %) sich korrekt als ethnische *Montenegriner* bezeichnen können. Daneben gibt es in der nördlichen Küstenregion einige Katholiken (Nachfahren von fußkranken Österreichern, die es nach dem Ende von K&K nicht nach Hause geschafft haben) und geschätzt 25 bis 30 Prozent Muslime albanischer Abstammung, die vom Bevölkerungsdruck nach Norden geschoben werden. Nachdem der über Jahrzehnte diktatorisch regierende Präsident sich mit der serbischen Mehrheit angelegt hatte, indem er serbisch-orthodoxe Priester ausweisen oder internieren ließ, nachdem er seine eigene *montenegrinisch-orthodoxe Kirche* installiert hatte, eine mutwillige Totalzerstörung eines Kirchengebäudes im muslimischen Süden nicht bestraft hatte und zudem Geheimverhandlungen mit Vertretern der katholischen Kirche in Kroatien aufnahm (!), machte die serbisch-orthodoxe Kirche mobil. Während bei *normalen Wahlen* weniger als 50 Prozent der Bevölkerung an die Urne gingen, erschienen im Jahre 2020 plötzlich 76 Prozent zur Wahl: Die serbisch-orthodoxe Kirche hatte ihre Mitglieder zur Wahl befohlen und sie waren alle hingegangen. Über Nacht änderte sich die politische Situation. Die neu gewählte (vormals oppositionelle) Regierungskoalition wurde dann mit eiserner Hand vom Metropolit der serbisch-orthodoxen Kirche in Mon-

---

*bern auch nicht auf den Glauben der Mitglieder an: Bekanntlich ist die oberste Kirchenführung in England katholisch, während die Bevölkerung anglikanisch geführt wird. Wer Geografie, Geschichte und Religion gemeinsam betrachtet und den Fernseher ausgeschaltet lässt, der wundert sich nicht darüber, dass England sofort in den 2. Weltkrieg eintrat, als der deutsch-polnische Konflikt im September 1939 ausbrach. Wir dürfen gespannt auf die vor uns liegende nahe Zukunft blicken. Mein Tipp ist, dass da nochmals nachgekartelt werden wird, gezündelt wird ja schon lange.*

tenegro zusammengehalten, um das Ergebnis des Wahlgangs nicht zu gefährden. Erstaunlich schnell erlagen kurze Zeit später genau jener montenegrinische Metropolit und der korrespondierende serbische Patriarch in Belgrad dem „*Coronavirus*“. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt...

Ich gehörte in dieser Corona-Zeit mit guten Gründen zu den Corona-Leugnern, was mir viel Kritik eingebracht hat. „*Coronavirus*“ ist für mich gleichbedeutend mit raschen Schritten zur Abschaffung der sogenannten (ausufernden) *Demokratie* und des maroden Parteiensystems in den westlichen Ländern, und es steht auch für nachfolgenden Ersatz durch ein oligarsch strukturiertes, aristokratie-gesteuertes System nach altem Vorbild. Corona – die Krone (und zwar nicht die im Mund) – der Name ist Programm.

Aber nicht nur eine neue (für mich sehr vorteilhafte) religiöse Situation fand ich vor in Montenegro, auch geschichtliche Tatsachen werden auf dem Balkan ganz anders berichtet als in Deutschland. So lernten wir beispielsweise in Deutschland, dass der Erste Weltkrieg begann, nachdem durch einen nationalistischen Chaoten der österreichische Kronprinz Franz Ferdinand und seine Frau Gemahlin ermordet worden waren. Ich begriff damals als Schüler nie, warum man deswegen gleich einen Weltkrieg anzetteln musste, es hätte doch gereicht, eine Strafexpedition nach Sarajevo zu unternehmen und den Schuldigen (der ja vorgeblich sogar mit Namen bekannt war) zu ermitteln und zu bestrafen.

Serbische Historiker haben inzwischen erforscht, dass der Kronprinz nicht von einem bosnisch/serbischen Extremisten ermordet wurde, sondern von seiner eigenen Wachmannschaft, die dafür mehrere Anläufe während des gesamten

Tages brauchte. Diese Erkenntnis wirft ein komplett anderes Licht auf den Vorgang: Österreichische Kriegshetzer wollen einen friedliebenden Kronprinzen (der von den Medien als etwas *schräg* dargestellt wurde, zumal er nicht standesgemäß geheiratet hatte) aus dem Weg schaffen, um im Tumult grünes Licht für den Krieg zu geben. Katholiken gegen die Orthodoxie. Und so wurde die Ermordung des Prinzen von Wien aus befohlen und eingefädelt. Der Weltkrieg war auf diese Weise sicher auf den Weg gebracht worden die Schuld konnte den Serben in die Schuhe geschoben werden, der Bündnisfall war ausgelöst. Besser ging es doch gar nicht.

Was den letzten Balkankrieg anbetrifft, so hatte sich die NATO-Agitationsmaschine schon wieder auf Serbien gestürzt, dort wurde also *der Feind* wieder neu erschaffen. Sodann wurden medial ein paar Gräueltaten konstruiert, die sowieso niemand ernsthaft geglaubt hätte, hätte man sie nicht gebetsmühlenartig täglich in den Medien wiederholt. Die NATO-Kriegsmaschine wurde angeworfen, und zwar von der damals neu gewählten rot-grünen deutschen Bundesregierung. Ganz vorne mit dabei war der deutsche Außenminister Joschka Fischer, der durch seine Ausbildung und Vorerfahrung als taxifahrender, gewalttätiger Extremist bestens auf den Job vorbereitet war. Aufgrund seiner Vorgeschichte hätte man ihm als Besucher den Zutritt zum Kanzleramt aus Sicherheitsgründen verweigert, als Außenminister durfte er hinein. Vor dem Regierungswechsel war noch erheblicher externer Druck auf die vormalige deutsche Bundesregierung ausgeübt worden. Helmut Kohl saß die Sache aus, er sandte keine Soldaten und keine Jets, er überließ die Entscheidungen der nachfolgenden rot-grünen Regierung. Diese folgte brav den NATO-Befehlen,

ließ die Bundeswehr in der NATO-Tarnung ausrücken, und so beteiligte sich Deutschland an der Ermordung unzähliger Serben und der Zerschlagung Jugoslawiens mehr als aktiv Beteiligte. Somit war Serbien „selbst schuld“. So war es abgemacht worden. Der angeblich besonders schuldige ehemalige Präsident Slobodan Milošević wurde per EU-Sonderkommando aus Serbien entführt und kam nach Den Haag, wo er in der Haft verstarb, während sein Prozess lief. Bei Wikipedia ist nachzulesen, dass es deswegen nicht zu einem Urteil kam. Richtig ist, dass der Abschlussbericht klarstellte, dass Slobodan Milošević nicht an den angeblichen Gräueln die Schuld hatte und dass der überwiegende Teil der Vorwürfe gegen ihn nicht gestimmt hatte. Dennoch hatte die Macht des Faktischen gewirkt und sie wirkt bis heute nach. Die Medien hatten uns das vorgemacht, was wir zu lesen hatten. Die Geschichte wurde genauso geschrieben, wie die Agitatoren sie für das weitere Vorgehen brauchten.

Dass die Sicht der Dinge in vielen Ländern anders ist als in Deutschland, lernte ich später auch in der Ukraine und speziell in Russland, daneben auch in zahlreichen anderen Ländern Europas im Rahmen vieler Jahre, in denen ich meine Lehrreisen durchführte. All diese Erkenntnisse und viele andere Beobachtungen haben dazu geführt, dass ich nicht nur vom protestantischen-katholischen Glauben abgefallen bin, sondern auch vom Glauben an den Rechtsstaat Deutschland, an meine deutsche Heimat, die ich bereits 1989 verlassen hatte. Aus hautnaher eigener Erfahrung verließ mich auch der gute Glaube an die Schweiz und was ich dort beobachten konnte und erleben musste, das lesen Sie in wenigen Seiten.

Eine Erfahrung stimmt mich positiv: Die Geschichte Russ-

lands zeigt, dass es selbst nach der dunkelsten Nacht noch plötzlich einen Anstoß zur Perestroika gab und dass dieser Weg auch von einer aufmerksamen und zielgerichtet arbeitenden Regierungsmannschaft unaufhaltsam fortgesetzt wird. Aus der Anarchie von 1990 hat sich ein verlässlicher, stabiler und wohl organisierter Rechtsstaat entwickelt, von dem man in Deutschland wie auch in der Schweiz aktuell nur träumen kann.“



Antonina und Stefan Ihde begannen schon kurz nach ihrem ersten Zusammentreffen eine fruchtbare Zusammenarbeit im Bereich der Lehre und als wissenschaftliche Autoren. Bereits im Jahre 2011 wurde das erste gemeinsame Werk *Immediate Loading* in englischer Sprache und

kurz danach die russischsprachige Version durch IF-Publishing in München publiziert.

Antoninas Eltern verstehen sich mit ihrem Schwiegersohn bestens. „Wir sind uns nicht fremd“, erklärt Stefan Ihde, „unsere Kulturen und die Mentalität sind sich sehr ähnlich. Und da ich schon ein wenig Russisch sprechen konnte, heute natürlich noch besser, konnten wir sofort miteinander reden. Tonjas Oma (Tonja, Kosename von Antonina) erzählte eines Abends, dass ihr Mann damals erst sehr spät aus dem Zweiten Weltkrieg zurückkam. Er war als Kriegsgefangener Zwangsarbeiter, anscheinend mit guter Behandlung, und blieb auch nach Kriegsende längere Zeit in Deutschland. Vermutlich gefiel ihm das besser, als schnell nach Russland

zurückzukehren, welches ja auch neue Grenzen erhalten hatte.“



*Antonina und Stefan Ihde in Seattle/USA  
anlässlich der Hochzeit seines Cousins  
Christian.*

Das Liebesglück stellte nicht nur die Weichen in den Ehehafen, sondern auch für Stefan Ihdes Umzug nach Montenegro. „Tonja fühlt sich dort so glücklich wie ich. Ich zog endgültig von der Schweiz nach Montenegro um. Antonina verstand meinen Traum, den wir gemeinsam und mit tatkräftiger Unterstützung ihrer Familie über die

Jahre umsetzten. Alleine hätte ich das sicherlich nicht geschafft, es brauchte viele Hände, Erfahrung im Bau, Improvisationstalent und natürlich Geld, das ja auch nicht immer in der erforderlichen Größenordnung vorhanden war. Vorher muss man es ja erst mal verdienen. Es ging Stück für Stück und verbrauchte Jahre, um so zu werden, wie es heute ist. So richtig fertig wird man wohl nie, aber nun ist es ein sehenswerter Hof mit mehreren Wohngebäuden, Tieren, Gärten, Ackerfläche und ausreichend Wohnraum für die Familie. Eine kleine Hausschlachterei kam hinzu, und gerade planen wir die Anschaffung einiger Schafe. Wir sind autark und können uns selbst versorgen. Bio ohne Siegel, alles aus eigenem Antrieb und eigener Herstellung.

In Montenegro habe ich meinen privaten Lebenswunsch umgesetzt und wir sind glücklich.“

Mit der Zeit wurde Wohnraum zunehmend wichtig, denn die Familie vergrößerte sich. „Als unser erster gemeinsamer Sohn Daniel 2010 auf die Welt kam, konnte man unsere kleine Farm von heute höchstens erahnen. Als sich 2015 Zwillinge ankündigten, hatten wir schon allerhand geschafft.“ Im Naturell eher pragmatisch als sentimental, wird Stefan Ihde durch die aufgerufene Erinnerung dennoch still und nachdenklich. Die Erinnerung schmerzt. Auch diese Geburt passierte zu früh und verlief dramatisch und tragisch zugleich. Joe Merles Zwillingbruder schaffte den Weg ins Leben nicht.



*Antonina und Stefan Ihde mit ihrem Sohn Daniel, 2010.*

„Daniel hat sich als Frühgeburt schon im siebten Monat ins Leben gemogelt. Das Personal und die Klinikausstattung in Melinje (Montenegro) sind auf Geburten spezialisiert und

daher gab es keine ernsthaften Probleme. Aber nun war Antonina mit Zwillingen schwanger und wir wollten ganz sicher gehen. Das Krankenhaus in Podgorica erschien uns besser geeignet, zumal die Hauptstadt von Montenegro näher an Belgrad liegt. Doch der Schein trügt. Die Zwillinge kamen ebenfalls viel zu früh und weder das Personal noch die Ausstattung waren auf komplizierte Frühgeburten eingestellt. Unsere Neugeborenen hätten sofort in eine Spezialklinik nach Belgrad geflogen werden müssen. Das wurde aber erst veranlasst, als eines der Kinder verstarb. In der Belgrader Frühchenstation überlebte Joe Merle. Das waren fürchterliche Tage, bis der Kleine über den Berg war.“ Aus dem Frühchen ist ein aufgeweckter Junge geworden, der mit seinem größeren Bruder keinen besseren Spielplatz als den familiären Bauernhof finden könnte.

Das Ehepaar betreibt in Montenegro zusätzlich eine kleine Zahnarztpraxis, die ebenfalls im Anwesen untergebracht ist. Dort werden vor allem ausländische Patienten behandelt, von denen es in Montenegro viele gibt. Ihren Beruf muss Antonina Ihde für die Familie also nicht aufgeben. Die Kinder wachsen in einer Großfamilie mit Tonjas zugezogenen Verwandten und einer weißrussischen Nanny auf. „Das ist eine ursprüngliche Lebensweise, quasi in einer Mehrgenerationen-Familie, die in den westlichen Industrienationen abhanden gekommen ist“, meint Stefan Ihde rundum zufrieden.

Heute werden der Dr. Ihde Dental Unternehmensgruppe und das Unternehmen Simpladent® von klugen und verantwortungsvollen Mitarbeitern geführt, während sich der Chef auf das Wesentliche konzentriert: Mehrere spezifische Lehrbücher hat Stefan Ihde in den zurückliegenden Jahren verfasst, die in acht Sprachen erschienen. Über die

Grenzen Europas hinweg ist der zweifache Weltmeister als Oral-Chirurg auf Reisen und verschaffte nicht nur einigen Tausend eigenen Patienten einen sorglosen Biss, sondern bestens ausgebildete Simpladent® Zahnärzte führten bislang weit mehr als eine Million Implantationen nach seiner Methodik und mit eigens dafür hergestellten Implantaten durch. Zu den ärztlichen Engagements in seiner Münchener und Schweizer Praxis kam 2015 neben zahnmedizinischen Auftragsarbeiten in Kiev oder Moskau auch die Tätigkeit in einer Beleg-Praxis in Belgrad hinzu. „Das passt hervorragend, weil Belgrad und Montenegro perfekt zu erreichen sind“, erklärt er.

„Bei einem meiner Kurse lernte ich die Zahnärztin Dr. Olga Šipić kennen. Zusammen mit einer versierten Kollegin betreibt sie in Belgrad eine kleine, elegante Praxis, die wir für einen Implantationskurs mieteten. Beide Zahnärztinnen interessierten sich ebenfalls für Zahnimplantationen nach meiner Methode und mit unseren Implantaten. Schon bald nach dem Kurs hatten sie eigene Patienten, und so entwickelte sich eine Zusammenarbeit, die bis heute patientenorientiert und in angenehmer Atmosphäre stattfindet. Sie orientierte ihre damals fast neue Praxis schon bald auf Implantatbehandlungen und spezialisierte sich.

Um die Ausbildung realisieren zu können, beantragte ich mit ihrer Hilfe meine Zahnarztzulassung in Serbien und sie stellte mich als Zahnarzt an. Sehr rasch entwickelte sich die Praxis in Belgrad für mich zu einem Zentrum für die Ausbildung von Implantologen und Zahntechnikern. Es erwies sich dabei als günstig, dass Serbien (wie auch Montenegro) die visafreie Einreise für alle Ostblockstaaten und zugleich für westeuropäische Länder ermöglichte. So konnten sich auf den Kursen Implantologen aus sehr vielen Ländern un-

kompliziert treffen um zu lernen und um Erfahrungen auszutauschen.

Ganz wichtig ist natürlich die zuverlässige Patientenbetreuung, und das klappte von Anfang an hervorragend. Wir kooperieren nach einem langfristigen Dienstplan, und seitdem bin ich jeden Monat für einige Tage in Belgrad beschäftigt. Dr. Olga Šipić und ihre eng befreundete Kollegin Dr. Tamara Jovanović sind ganz ausgezeichnete Zahnärztinnen. Sie zählen heute sicherlich zu den besten Prothetikerinnen auf dem Balkan und behandeln Patienten aus der ganzen Welt. Dr. Olga Šipić und ihr Team entwickelten einen extrem guten Ruf bei den Patienten, und so war es nicht verwunderlich, dass die Zahl der monatlich zu implantierenden Kiefer beständig zunahm.

Ich nutzte die Chancen die sich für meine Ausbildungstätigkeit in Belgrad ergaben und begann nach einiger Zeit regelmässig IF-Fortbildungskurse durchzuführen, wobei die Theorie in einem eigens dafür renovierten Kursraum nahe an meiner Wohnung in Belgrad absolviert wird. Die praktischen Demonstrationen erfolgen in der Praxis von Dr. Šipić. Sie hat schnell und viel gelernt und wurde schon bald zur erfahrenen Prothetik-Lehrerin der International Implant Foundation. Die Zusammenarbeit hat sich später auch in vielen internationalen Publikationen niedergeschlagen, an denen sich viele IF-Teacher beteiligten. Viele meiner Schüler, die heute Ausbilder der IF oder sogar Professoren an staatlichen und privaten Universitäten geworden sind, reisen gerne nach Belgrad, um meine Arbeit dort zu unterstützen.



Der Belgrader Kieferchirurg Professor Dr. Vitomir Konstantinović bei der Curriculum-Vorlesung im Kursraum im Jahre 2021. Mit ihm verbindet sich eine mehr als 20 Jahre alte tiefe Verbundenheit, und Jahre der gemeinsamen Forschung und Lehre. „Bei unserer unermüdlichen Arbeit und vielen gemeinsamen Lehrreisen sind wir gemeinsam jung geblieben“, schmunzelt Stefan Ihde.



Prof. Dr. Aleksandr Lazarov. Prof. Lazarov hat die Methode der chirurgischen Zementierung auf dem Strategic Implant® eigenständig entwickelt und komplementär dazu die sub-mukosale Weichgewebsaugmentation für diese Art der Implantologie erfunden und durch seine Vorträge stabil in die Profession eingeführt.

Auch Prof. Dr. Alexandr Lazarov aus Sofia, dessen Publikationen die cortiko-basale Implantologie wissenschaftlich weit nach vorne gebracht haben, findet sich gelegentlich in Belgrad ein, um über seine Erfahrungen zu berichten.

Heute reisen viele Patienten aus zahlreichen Ländern in die Praxis von Dr. Olga Šipić an, zumal dies auch preislich auch grosse Vorteile bietet. Durch die grosse Anzahl von Patienten wurde es notwendig, auf die schnellere und präzisere, volldigitale Produktion von Zahnersatz umzustellen. Hierfür besuchten die Techniker schon bald zusätzliche Kurse in Deutschland und der Schweiz. In Serbien herrscht eine angenehme Atmosphäre, die Menschen sind aufgeschlossen und direkt. Das Land kapselt sich nicht ab, man heißt Ausländer ehrlich willkommen. Ganz anders als die Schweiz.“



Abschlussbild mit Patienten nach einer erfolgreichen Worksession in der Klinik von Dr. Olga Šipić (mit blauem Mundschutz), Belgrad.

## PATIENTENSTIMMEN

„Ein super kompetentes, freundliche, Team. Wir wurden bis zu zweimal täglich von unserem Hotel abgeholt und wieder zurückgefahren. Der Service ist einfach spitze und freundlich, das seines Gleichen sucht!!! Die Behandlung war komplett schmerzlos und so konnten wir am dritten Tag unseren traumhaften Urlaub in Montenegro in vollen Zügen genießen. Ein großes Lob und Dankeschön an Dr. Ihde und seine Frau sowie das gesamte Team.“

– Elfi S.

---

*„Was uns kompliziert erscheint, geht bei ihm leicht und einfach. Sein Können und seine Hilfsbereitschaft sind in unserer Praxis zum Sprichwort geworden!“*

**– Dr. Olga Šipić**  
**Zahnärztin und Betreiberin einer Implantatpraxis, Belgrad**

*„Ich habe bei Dr. Ihde mehr, als jemals zuvor gelernt. Er ist ein hervorragender Zahnarzt und ein sehr guter Lehrer.“*

**– Dr. Tamara Jovanovic**  
**Zahnärztin, Belgrad**

*„Dank Stefan konnte ich in Belgrad bleiben und meinen Lebensunterhalt dort verdienen. Ich musste nicht nach Deutschland oder Europa auswandern wie so viele aus meiner Branche, und dafür bin ich sehr dankbar. Stefan machte es möglich und er investierte in meine Ausbildung.“*

**– Uras Obradovic**  
**Zahntechniker im “Dental Team”, Belgrad**

---

## Die Familie wächst

Viel Freizeit bleibt dem gefragten Oral-Chirurgen nicht, doch Montenegro und sein Familienglück sind ihm gleichbedeutend wichtig. „Mittlerweile sage ich nicht mehr jeder Anfrage zu, um gemeinsam mit Tonja zu erleben, wie unsere Kinder aufwachsen. Das Arbeiten auf dem Hof macht mir auch viel Freude und ist sehr entspannend. Beruf und Privatleben soll sich die Waage halten, wobei mein privates Glück eine neue Priorität erhalten hat“, erzählt Stefan Ihde. Privates Glück, Antoninas Gesundheit und das Wohlbefinden der Kinder haben die höchstmögliche Priorität. Als Antonina Ihde 2017 erneut mit Zwillingen schwanger war, setzte Stefan Ihde alles daran, die Risiken gering zu halten. „Wir mussten ja aufgrund der Erfahrungen davon ausgehen, dass die Geburt zu früh stattfinden wird. In Sofia gibt es eine speziell ausgestattete Klinik mit Personal, das über erfolgreiche Erfahrungen in diesem Bereich verfügt. Wir haben mit den Ärzten gesprochen und Tonja wurde schon Ende des vierten Monats aufgenommen. Es ging darum, die Schwangerschaft möglichst lange zu erhalten. Tatsächlich setzten die Wehen erneut früh ein, so um den sechsten Monat herum. Doch die Ärzte haben das gut gemeistert und alles immer wieder unter Kontrolle bekommen. Im neunten Monat wurde die Geburt eingeleitet und alles lief gut. Elizabeth und Waylon wurden kerngesund geboren und Antonina war wohlauf.“

Anstelle der Geburtsprobleme ergaben sich dann aber namensrechtliche Hindernisse in Deutschland. „In Bulgarien erhalten Kinder den zusätzlichen Vaternamen, der sich in meinem Fall von Stefan abwandelt. Sie hießen also Elizabeth Stefanova und Waylon Stefanov. Eine entsprechen-

de korrekte deutsche Geburtsurkunde benötigte bei den deutschen Behörden unverständlicherweise mehr als ein Jahr und kostete 650 Euro. Die deutsche Staatsangehörigkeit erlangten die Zwillinge rechtlich gesehen automatisch, weil ich Deutscher bin. Es gilt das Abstammungsrecht, aber die Sachbearbeiterin im deutschen Standesamt konstruierte Probleme, die gar nicht vorhanden waren. Nach einem Jahr erhielten wir dann endlich die korrekten deutschen Geburtsurkunden. Doch das Wichtigste ist ihre und Tonjas Gesundheit!“

Das Glück scheint in Montenegro zu Hause zu sein, so, wie Dr. Stefan und Dr. Antonina Ihde mit ihren lebhaften vier Kindern auf dem stattlichen Bauernhof. „Kinder sind die größte Freude und noch viel wertvoller als jeder berufliche Erfolg“, lacht Stefan Ihde. Als siebenfacher Vater muss er es wissen.

Russische Frauen sind sehr familienzentriert, und sie können damit leben, dass ihre Männer hart arbeiten und auch oft abwesend von zu Hause sind<sup>1</sup>. Das sind Eigenschaften, die mir in meinem Leben und bei meiner Arbeit sehr viel geholfen haben. Und je älter die Kinder wurden, umso häufiger konnte sich Antonina von Montenegro lösen und mich teilweise auf den Reisen begleiten.

Von 2006 bis heute bin ich in sehr vielen Ländern in der Ausbildung tätig gewesen und habe Zahnärzte über die

---

1 Als die Beziehung mit Brigitte zu Ende ging, war eine ihrer freundlichen, ungewöhnlichen aber am Ende sehr hilfreichen Empfehlungen an mich die Folgende: „Für das was Du machst und vorhast, solltest Du Dir eine Frau in Russland suchen“. Ich bin ihrem Rat intuitiv gefolgt (zumindest war die Idee ab diesem Moment nicht mehr von vorne herein abwegig), und sie hat Recht behalten!

Behandlungsmöglichkeiten mit meinen Implantaten informiert. Von Südamerika über Afrika hat mich der Weg quer durch Europa geführt und bis in die hinterste Ecke Russlands sowie oft nach Indien. Einmal kam ich sogar bis nach Südkorea. Aus prinzipiellen Erwägungen habe ich es allerdings stets abgelehnt, Kurse in den USA und Kanada abzuhalten.

Ich hatte das Glück auf diesen Reisen gute und interessierte Händler für die Implantate zu finden, die später Kursteilnehmer für die Kurse sammelten. Aus einigen Teilnehmern wurden später sehr gute Freunde, die ich immer wieder gerne getroffen habe. Da ich viele Länder über viele Jahre hinweg mehrfach jährlich besucht hatte, konnte ich hautnah auch politische und gesellschaftliche Entwicklungen in sehr vielen Ländern miterleben.

*Dr. Vivek Gaur, langjähriger 1. Assistent von Prof. Ihde, entwickelte eine praktikable und einfache Technik für zygomatiche Implantate auf der Basis des Strategic Implant®. Bei ihm lernen junge Zahnärzte (als ihr Basis-Handwerk) schon am 2. Kurstag das praktische Einsetzen von Zygo-Implantaten.*



Dr. Vivek Gaur reiste viele Male zu Kursen aus Indien nach Budapest und in die Schweiz, und später übernahm er mit seinem Bruder Anuj Gaur den Vertrieb und die komplette Ausbildung in Indien. Ein Mammutprojekt.

Dr. Vivek war zugegen, als ich im Jahre 2015 die ersten Doppel-Tuberopterygoid-Schrauben bei einem Patienten eingesetzt habe. Diese Art der Implantation war an diesem Tag aus der Not heraus geboren worden, denn der Patient hatte schlichtweg überhaupt keinen Knochen im Oberkiefer. Die Doppel-Implantation gelang, und im Resultat wurde damit eine enorme Stabilität im hinteren Oberkiefer erreicht. Wie sich herausstellte war dies ein Meilenstein für die Behandlung des knochenarmen Oberkiefers, und bis heute ist diese Vorgehensweise zu einer Routinemethode geworden, die weltweit angewendet wird.



Montenegro, Bucht und Hafenviertel von Kotor.



*Montenegro, auf der Farm von Antonina und Stefan Ihde.*

## Zahnimplantation – Entscheidungshilfe für interessierte Patienten

Wir alle suchen im Internet nach Lösungen für die verschiedensten Probleme und Anforderungen. Auch zum Thema Zahnimplantationen ist das Web heute voller Artikel, Angebote und Erklärungen. Aber nicht immer ist es gut erklärt, manche Artikel sind fachlich unkorrekt oder nicht mehr aktuell. Nicht wenige davon sind schlichtweg falsch oder einfach nur irreführende Werbung. Daraus können Interessierte selten einen informativen Mehrwert ziehen um Entscheidungshilfe zu bekommen. Zeitungen und Internetforen übernehmen oftmals ungeprüft Gerüchte oder fachlich falsche Beiträge. Selbst die beliebte Wissensdatenbank Wikipedia ist einfach zu manipulieren und zum Füllhorn der Halbwahrheiten geworden. Wer das nicht glaubt soll bitte einmal versuchen, wahrheitsgemässe Änderungen (z. B. historischer Tatsachen) an einzelnen Seiten der Wikipedia zu korrigieren. Nach wenigen Stunden ist die Korrektur wieder entfernt! Jede Person darf dort offiziell Texte integrieren bzw. *mitschreiben*, jedoch eben nur Texte die den Zielen derjenigen Kreise dient, die hinter Wikipedia stehen. Oder es werden im Umkehrschluss medizinisch und sachlich korrekte Eintragungen von unwissenden Administratoren oder von registrierten Nutzern einfach entfernt.

„Die Lobby der traditionellen Implantathersteller ist finanzstark und personell gut ausgestattet. Also verlässt man sich auf die Zahnärzte. Wie werde ich beraten? Was empfiehlt mir meine Zahnärztin oder mein Zahnarzt? Und wenn das nachvollziehbar klingt, dann macht man das halt. Das ist der logische und auch nicht unbedingt falsche Weg. Doch die festgelegte Strecke kann langwierig in schmerz-

volle und außerordentlich teure Richtungen führen. Früher oder später steht man dann doch zahnlos am Ende des Weges der herkömmlichen Implantationsmethode.

In den USA raten Rechtsanwälte ihren zahnärztlichen Mandanten sogar dazu, (konventionelle) Implantate in jedem Fall nur für acht Jahre Tragezeit anzubieten und nicht länger. Das ist inakzeptabel und schlichtweg fahrlässig“, stellt Stefan Ihde erbost fest. „Solche pauschalen zeitlichen Einschränkungen müssen wir unseren Patienten nicht zumuten, auch wenn im Laufe der Jahre und Jahrzehnte gelegentlich einmal ein Implantat ausgewechselt werden muss.

Ob in den USA oder in Europa, nahezu jede Zahnarztpraxis bietet heute Implantationen an, aber nur eine geringe Anzahl von Zahnmedizinern ist chirurgisch gut ausgebildet. Implantologie ist nach wie vor nur in wenigen Universitäten ein eigenständiges Ausbildungsfach im Studium. Stefan Ihde meint hierzu kritisch: „Die Totalrehabilitation mit Implantaten (man könnte es so beschreiben: alles raus, alles rein) wird in der Realität nur von sehr wenigen Praktikern regelmässig ausgeführt. Die allermeisten *Implantologen* setzen hier und da ein paar Implantate und meinen, dass sie damit Grosses vollbracht haben. Wie ich aus den Verkaufszahlen meiner Firmen exakt weiss, setzen weit mehr als die Hälfte der Implantologen pro Jahr weniger herkömmliche Implantate als ich und meine Kollegen in zwei Tagen. Die meisten Fälle müssen herkömmlichen Implantologen nämlich wegsenden, das nennen sie *case selection*. Wir senden fast niemanden unbehandelt weg. Das Ganze ist ein unglaublicher Vorgang, der in der Medizin seinesgleichen sucht. Stellen Sie sich dies einmal in einem anderen Gebiet der Medizin vor: Nehmen Sie an, Sie hätten sich kompliziert

den Arm gebrochen und der Chirurg im Kreiskrankenhaus sendet Sie unbehandelt wieder heim, weil ihm der Fall zu schwierig erscheint!

**Genau das passiert in der herkömmlichen dentalen Implantologie jeden Tag, und die Patienten akzeptieren das auch noch!“**

In Deutschland können sich Ärztinnen und Ärzte nicht wochen- oder monatelang zusätzlich ausbilden lassen. Schon gar nicht in den Anfangsjahren einer eigenen Praxis, weil nicht nur die Kosten weiterlaufen, sondern auch Ausbildungsmaßnahmen einen angemessenen Preis haben. Selbst in der Schweiz bleibt man lieber bei historischen Vorgehensweisen, die nicht mehr zeitgemäß und schon gar nicht patientengerecht sind. Aber mit *der alten Art* können Zahnärzte langfristig Geld verdienen, weil der Patient jahre- oder jahrzehntelang umsatzsteigernd erhalten bleibt. Irgendwas ist anschließend immer zu machen, denn die herkömmlichen Implantationen rufen über kurz oder lang Komplikationen hervor. Umso länger man daran herumdoktert, umso mehr Geld verdienen Ärzte. Wobei der Begriff verdienen nach der deutschen Gesundheitsreform relativiert werden muss, da die Umsatzbedingungen staatlich angeordnet drastisch reduziert wurden. Seltsamerweise reagieren Krankenversicherungen weder patienten- noch zukunftsorientiert. Geplant und entschieden wird nur in Abrechnungszyklen. Darüber hinaus ist Nachhaltigkeit für die staatlichen Gesundheitssysteme ein Fremdwort.“

Die von Dr. Stefan Ihde entwickelte Methode mit der dentalen Osseofixation, die kortikobasale Implantologie, ist nach heutigen medizinischen Erkenntnissen die empfehlenswerteste Art der Zahnimplantologie. Die internationale

*Implantfoundation* berichtet fachlich versiert aus allen Bereichen der oralen Chirurgie und veröffentlicht regelmäßig wissenschaftliche Konsensdokumente zur Information der Fachwelt.

**[www.implantfoundation.org](http://www.implantfoundation.org)**

Die weltweit relevante Stiftungsarbeit ist für interessierte Patienten und Zahnärzte gleichermaßen wichtig. Seit 2006 veröffentlichte das wissenschaftliche Gremium der Stiftung die regelmäßig überarbeiteten Konsensdokumente zu dieser Technologie. Die Dokumentationen sind jedoch nicht statisch, alle drei bis fünf Jahre werden sie überarbeitet. So wird der Stand der Technik auf der Basis wissenschaftlicher Studien stets aktuell definiert, und das vorhandene Wissen der Öffentlichkeit präsentiert.

Freilich erfordert diese Vorgehensweise auch ständiges Lernen bei den Anwendern und den Lehrenden. Die Zertifikate sind nur bis zum Ende des Jahres nach der letzten Prüfung gültig, danach müssen die Teacher erneut beweisen, dass sie in der Lage sind, sachgerecht und methodisch korrekt zu lehren.

Die Internationale Implantatstiftung (IF) mit ihrem Fachgremium und der weltweit verteilten Lehrerschaft ist die führende Fachinstitution für den Bereich der kortikobasa-



len Implantologie. Für alle interessierten Patienten und Zahnärzte werden die erklärten

Vorteile der kortikobasalen Implantation mit der Methode

der Osseofixation hier zusammengefasst.

1. Periimplantitis ist mit den polierten Simpladent® Implantaten nahezu ausgeschlossen. Bei der Periimplantitis handelt es sich um Entzündungen, die zumeist aufgrund rauer Implantatoberflächen und großer Implantatdurchmesser entstehen und wiederkehrend stets aufs Neue zahnmedizinisch behandelt werden müssen. Periimplantitis greift den Knochen an, vernichtet ihn.
2. Kortikobasale Implantationen mit Osseofixation des oder der Simpladent® Produkte sind sofort belastbar und langjährig uneingeschränkt bissfest. Der Ursprung der Methode stammt aus der orthopädischen Chirurgie, die spezielle Zahnimplantate erfordert. Hierbei handelt es sich ausschließlich um Simpladent® Produkte, die von Dr. Stefan Ihde entwickelt wurden.
3. Das chirurgische Verfahren nach dieser Methode ermöglicht den Einsatz mehrerer Implantate mit neuen Zähnen zur gleichen Zeit. Es ist in bestimmten Situationen nicht ungewöhnlich, mit dieser Methode beispielsweise einen Unter- oder Oberkiefer komplett zu operieren und mit neuen Zähnen auszustatten.
4. Das Verfahren beinhaltet chirurgische Eingriffe von nur kurzer Dauer und bedarf lediglich späterer Routinekontrollen. Somit ist die kortikobasale Simpladent® Implantation mit wesentlich weniger chirurgischen oder anderen zahnmedizinischen Eingriffen für ein und dasselbe Implantat verbunden.
5. Das beschriebene Verfahren wird weltweit nur von Simpladent® Zahnärztinnen und Zahnärzten angeboten und umgesetzt. Simpladent® Dentisten sind detailliert ausge-

bildet. Die Ausbildungszeit beinhaltet zahlreiche intensive Kurse und nur talentiertes, zahnmedizinisch akribisch perfekt operierendes Personal darf Simpladent® Implantate verwenden.

## **Das Märchen vom Knochenaufbau**

„Im Buch habe ich schon geschildert, dass die herkömmliche Implantologie zu große Implantatkörper verwendet, die im Kiefer nicht ausreichend Platz haben. Viele Menschen bieten diesen Implantaten zu wenig Knochen. So entstand die lukrative Zusatzoperation des Knochenaufbaus, und diese Technik hat sich in unsäglichlicher Weise über die Welt der Zahnimplantologie verbreitet.

Es wurden alle möglichen Knochen und Ersatzmaterialien erdacht und eingesetzt: Knochen von Schweinen, Kühen, Pferden und von Verstorbenen, vielleicht sogar von ihrem toten Nachbarn. Algenpulver und Kalziumverbindungen kamen hinzu. Interessanterweise gibt es derartigen Knochenaufbau bei Traumatologen nicht, was die Zahnärzte hätte warnen sollen.“

Die knochige Mode schwingt alle paar Jahre von resorbierbaren Materialien zu nicht resorbierbaren Materialien, was eigentlich nur zeigt, dass alles Vor- und Nachteile hat. Wie so oft wurden die Nachteile der ausgewählten Materialien immer erst nach einigen Jahren erkannt. Dann muss die Werbung eben umschwenken und das Gegenteil propagieren. Nach zehn bis 15 Jahren kann dann wieder zurück geschwenkt werden, weil sich nach dieser Zeit kein Behandler mehr an die Nachteile der früheren Methode und diese Materialien erinnert. So kann die frühere Metho-

de kostensparend wieder als der neueste Hit vermarktet werden.

„Bis heute hat es sich in der Zahnärzteschaft nicht herumgesprochen, dass sich Knochen nur unter steter Funktion erhält und bildet. Der Knochenaufbau ist aber eine betriebswirtschaftlich interessante Einnahmequelle und Dentisten trennen sich ungern von ihren Umsatzmöglichkeiten. Dies trotz der regelmäßig auftretenden Fehlschläge bei dieser ersten, besonders blutigen chirurgischen Etappe von herkömmlichen Implantatbehandlungen.

Besonders beliebt (und ertragreich) bei den Chirurgen sind die sogenannten Sinuslift-Operationen, bei denen die Kieferhöhle verkleinert wird und der Knochen sich in der Kieferhöhle bilden bzw. festigen soll. Ich habe mich 1997 von den Sinuslift-Operationen verabschiedet. Seither verwende ich basale und kortikobasale Implantate, weil Knochenaufbau und Sinuslift damit gar nicht nötig sind. Kortikobasale Implantate werden einfach in andere Zielknochenregionen verankert (die jeder Mensch sowieso hat), und damit fällt der Knochenaufbau weg. Das erspart Zeit, Geld und vor allem Schmerzen“, führt Stefan Ihde aus. Alle von ihm oder von dem IF-Team ausgebildeten Implantologen arbeiten heute weltweit nach seinem Verfahren.

„Kortikobasale Implantate benötigen lediglich die sogenannte 2. Kortikalis als Zielkortikalis für die Verankerung. Mehr nicht. Deswegen können diese Implantate auch in den allermeisten Kieferbereichen unmittelbar nach der Entfernung der Zähne eingesetzt werden. Der Knochen bildet sich dann entlang der Implantate in Richtung Kieferkamm neu, das Zahnfach füllt sich mit neuem Knochen, und die Schleimhaut verheilt schnell. Das ist einer der Grün-

de, warum Knochenaufbau nicht notwendig ist. Der andere gewichtige Grund liegt darin, dass die Kaukräfte lediglich über die ca. 5,5 Millimeter hohen Gewinde übertragen werden. Das bedeutet: Es wird nur sehr wenig Knochen benötigt, und bisher habe ich keinen Patienten gefunden, der nicht mindestens über so wenig Knochen verfügte.

Aber auch Patienten mit Knochendefekten (z. B. nach onkologischen Operationen) kann mit kortikobasalen Implantaten häufig noch geholfen werden. Dies eröffnet ganz andere Behandlungschancen und umfängliche Lebensqualität für diese schwer geplagte Patientengruppe.“

---

*“Entweder man muss sich auflehnen,  
oder man macht sich mitschuldig.”*

*– Ignazio Silone*

---

## Behandlungsvorstellungen und Kosten

Die Optionen und Wege einer erfolgreichen patientenbezogenen Behandlung sind unterschiedlich. Nicht alle Zahnärzte verfügen über das gleiche zahnmedizinische Wissen und Können.

Sowohl Patienten als auch die jeweiligen Zahnärzte haben unterschiedliche Vorstellungen, wobei die Ärzteschaft auch kaufmännisch denkt und handelt. Manchmal nach bestem Wissen und Gewissen, oftmals jedoch nur nach betriebswirtschaftlichen Kriterien. Ärzte verkaufen ihre Leistungen mit psychologischer Taktik und verbergen gerne das, was in absehbarer Zeit zwangsläufig geschieht. Für Zahnärzte ist der Weg das Ziel, denn sie verdienen während der gesamten Wegstrecke Geld. Im Wissen, dass ein künstliches Gebiss die abschließende Lösung ist, behandeln und begleiten sie Patienten *downhill* in erträglichen und gerade noch bezahlbaren Schritten bis zur Prothese. Das deutsche System ist genau darauf ausgerichtet und die gesetzlichen Krankenkassen geben diese Verfahrensweise quasi vor. Nur akut erforderliche Behandlungen werden beglichen, aber nicht langfristig nachhaltige Lösungen.

Es gibt Patienten, die genau solche Zahnärzte brauchen. Sie besuchen sie regelmäßig, lassen fortwährend etwas machen und für sie gehört der Hauszahnarzt mehr oder weniger zur Familie. Sie schreiben ihm Urlaubspostkarten. Ein Leben ohne diese fortwährenden kleinen Reparaturen erscheint ihnen nicht lebenswert. In nicht wenigen Patienten ist der feste Glaube verankert, dass Leben gleich Leiden ist und dass das Abstreifen von Zahnsorgen quasi eine

unzulässige Erleichterung des Lebensweges ist. Man entzieht sich sozusagen der pflichtgemäßen Kasteiung.

Die Frage, wie schön Zähne *zu sein haben*, wird auch ganz unterschiedlich beurteilt, denn damit verbindet sich (bewusst oder unbewusst) die Stellung im Leben und in der Sippe. Mit schönen und eher prominenten Zähnen ändert sich unweigerlich die Stellung in der Rangordnung. Manche Menschen wollen genau das, und andere trauen es sich nicht zu.

Andererseits gibt es jedoch Zahnärzte, die erkannt haben, dass Reparaturen von Zähnen zwar fast unendlich lange möglich sind, aber keine echte Hilfe für die Patienten bringen. Damit kommen die Implantate ins Spiel, und zwar möglichst schon zu einem frühen Zeitpunkt. Bevor das natürliche Gebiss nach langwierigen, schmerzvollen und kostenintensiven Behandlungsschritten am *Nullpunkt* ankommt.

Einige Zahnärzte schlagen früh den Weg zu dauerhaft belastbaren Implantaten ein. Aus rein praktischen Erwägungen. Andere Zahnärzte möchten schlichtweg vermeiden, dass ihre Patienten durch ständige Zahnprobleme in ihrem Lebensweg beschnitten werden. Zu diesem Typ Zahnarzt gehört Stefan Ihde. Sein Motto „*Feste Zähne für alle*“ beinhaltet eine zügige, gezielte und bezahlbare Implantatbehandlung.

„Während die Behandlungszeit für eine Totalimplantation von Ober- und Unterkiefer Ende der 90er Jahre noch bei fast einem ganzen Tag gelegen hatte (auf mehrere Sitzungen und Tage verteilt), geht das heute in rund 2,5 Stunden. Eine enorme Effizienzsteigerung, die ich durch Optimierung des Verfahrens, der Implantate und der Werkzeuge,

aber auch durch Fortschritte bei der Planung und Herstellung der Zähne selber erreichen konnten.“

Die Vorstellungen darüber, wie die neuen Zähne auszu- sehen haben, gehen weit auseinander. Viele Patienten wollen sich den lange gehegten Wunsch erfüllen und endlich helle und perfekte Zähne zu haben, so wie in diesem Beispiel:



Dies, obgleich die Umgebung bei einem schönen, vollen Lächeln einer 60-jährigen Person sofort vermutet, dass das, was man dort sieht, keine echten Zähne sein können.

Nicht wenige Patienten wünschen sich hingegen,

- die Zahnprobleme loszuwerden, und zwar für immer.
- genau so auszusehen wie vorher: Sie wollen nicht, dass die Umgebung merkt, dass die Zähne verändert bzw. entfernt wurden, so wie im nachfolgenden Beispiel. **Oberes Bild:** die Mundsituation vor der Entfernung aller Zähne, deren Zerstörungsgrad und deren Entzündungen auf diesem Bild nicht sichtbar sind. **Unteres Bild:** die Mundsituation nach dem *Reifenwechsel*: Die neuen Zähne sind allesamt auf kortikobasalen Implantaten verankert.



Zwischen diesen beiden Extremen, einem *Supergebiss* und einer Nachahmung der früheren Situation, wird gemeinsam mit den Patienten eine optimale Lösung gefunden.

„Die Frage ist auch, für wen die Zähne schön erscheinen müssen: Ich erinnere mich an eine Patientin, die mit dem Ergebnis ihrer Behandlung und der neuen Ästhetik überaus zufrieden war. Mit wunderbar wirkenden und hellen Zähnen sah sie mindestens zehn Jahre jünger aus. Als ihre Schwiegertochter nach der Behandlung jedoch abfällig über den neuen *Look* sprach, änderte auch die Patientin ihre Meinung. Sie wollte ihre neuen Zähne mitsamt Implantaten schnell wieder loswerden. Wenn einigen Patienten die Meinung von Bekannten und/oder Angehörigen wichtiger als die eigene Meinung ist, dann sollen sie diese Personen als *Entscheidungsträger* zur Behandlung mitbringen.“

### ***Die Kosten sind unterschiedlich***

In der Schweiz muss so gut wie jeder Handschlag eines Zahnarztes nach wie vor privat bezahlt werden. Dort zählt der Endpreis und sonst nichts. Patienten wissen das und lassen sich zunehmend im Ausland behandeln. Sie reisen vornehmlich nach Ungarn, Serbien oder Bulgarien und entscheiden sich früh für Implantate. In der Schweiz können sich Menschen mit durchschnittlichem Einkommen maximal zwei oder drei neue Zähne leisten. Totalimplantationen sind den wirklich reichen Eidgenossen vorbehalten.

In Deutschland verfälschen die Krankenversicherungen das Bild: Zahnbehandlungen werden wieder und wieder bezahlt, das Abrechnungsquartal ist entscheidend und nicht der Sinn oder Nutzen. Demnach lassen sich Patien-

ten die Zähne mehrfach reparieren (was Patienten in der Schweiz kaum bezahlen könnten) und leben dabei in der Hoffnung, dass ihnen damit auch geholfen ist. Neben der staatlichen Krankenversicherung müssen deutsche Versicherte in vielen medizinischen Bereichen, so auch bei der Zahnbehandlung, abhängig von der Versicherung Zuzahlungen leisten. Um diese gering zu halten, werden *Zahnzusatzversicherungen* abgeschlossen, die jedoch bei näherer Betrachtung relativ sinnlos sind. Nach endlos erscheinenden Reparaturarbeiten entscheiden sich viele Patienten dann doch am Ende der Instandsetzungsphase für Implantate, die sie ohnehin selbst bezahlen müssen.

In beiden Ländern laufen die berechtigten Bemühungen der Patienten für sinnvolle Implantatversorgungen ins Leere: In der Schweiz verhindert die Zahnärztesgesellschaft durch Marktzugangsbehinderungen und insbesondere durch erzwungene Einhaltung der vorgegebenen Tarife eine sinnvolle und bezahlbare Implantatversorgung.

In Deutschland kommt es im Resultat zum gleichen Ergebnis wie in der Schweiz. Verantwortlich ist das deutsche Krankenversicherungssystem. Krankenkassen verfügen über palastartige Verwaltungsgebäude und einen stets wachsenden Stab von Experten mit leitenden Mitarbeitern, die das System aufrechterhalten. Zusätzlich geben die unterschiedlichen *gesetzlichen Krankenkassen* jährlich mehr als 100 Millionen Euro für Marketing, Fernseh-, Online- und Printwerbung aus. Gleichzeitig rechnen sie alljährlich ihre Ergebnisse schlecht, während die Versicherten leerer ausgehen, als sie müssten, und der Staat die Zuschüsse erhöht. Zugleich zahlte z.B. die Allianz an ihre Aktionäre zuletzt Dividenden von rund 5% aus.

In der Schweiz und in Deutschland nutzen willige Falschgutachter der privaten Krankenversicherungen ihre Approbation nicht zum Nutzen der Patienten, sondern um die Versicherungen schadensfrei zu stellen. Zum Nachteil der Patienten. Die Falschgutachter, die als Medizinalpersonen auf der Seite der Patienten stehen müssten und dazu den Eid des Hippokrates ablegen, haben sich auf die andere Seite geschlagen. Kaum jemand bemerkt oder bemängelt das.

## **Ein Kapitel aus der Sicht der Patienten und zum Verhältnis zwischen Mediziner und Patient (und umgekehrt)**

All das, was Stefan Ihde erreicht hat, entstand durch sein Talent, seine Beharrlichkeit, seine Zielstrebigkeit, seine kommunikative Kompetenz, seine Fähigkeit einen Teil der Zukunft voraus zu ahnen, und die bedingungslose Unterstützung von Freunden, Partnern und seiner heutigen Familie. Sein vor mehr als zwei Jahrzehnten gestarteter Plan, Implantate endlich für Patienten zugänglich zu machen und dazu neue Vorgehensweisen und letztlich eine neue patientenfreundliche Implantologie zu entwickeln, wurde erfolgreich umgesetzt.

Das bringt den Patienten heute erhebliche Vorteile, weil sie nicht mehr auf die frühere Methode der Implantologie und auf den Knochenaufbau angewiesen sind. Im gesunden Lächeln der Patienten liegt der Sinn des ganzen wissenschaftlichen und beruflichen Lebens des Zahnarztes. In diesem Buch kommen wir nicht umhin, über die wichtigsten Inspiratorinnen und Inspiratoren von Stefan Ihde zu sprechen und zu schildern, wie sich die Patientenbeziehung zu ihm entwickelt.

Für den Patienten ist es wichtig einen Mediziner zu finden, zu dem er/sie nicht nur eine therapeutische und fachliche, sondern auch eine menschliche Beziehung aufbauen kann. Einen Arzt, der sich nicht nur durch enzyklopädisches Wissen und Erfahrung auszeichnet, sondern auch durch die Fähigkeit, sensibel, mitfühlend und verständnisvoll zu sein. Diese Eigenschaften eines Arztes sind für den Patienten extrem wichtig, wenn nicht sogar vorrangig. Schließlich

kommt das russische Wort Arzt (*врач*, ausgesprochen als: *Wratsch*) aus dem altslawischen Verb „reden, beschwören“ (*derjenige, der durch Zaubersprüche behandelt*). Die Erfolgserwartung des Patienten bei der Behandlung hängt wesentlich von der Fähigkeit des Mediziners ab, mit ihm zu kommunizieren. Wenn Talent, persönliche und fachliche Eigenschaften in einer Person zusammenkommen, dann fühlen Patienten sich sicher.

Leider gab und gibt es immer wieder Konflikte zwischen Ärzten und Patienten, und einige davon haben objektive Gründe. In der Zahnmedizin sind jedoch in der Regel die subjektiven Gründe ausschlaggebend, die sich aus dem (oft suggerierten) Vertrauensverlust des Patienten in den Mediziner und folglich aus der Weigerung des Arztes ergeben, sich an ein beratungsorientiertes Modell der Beziehung zum Patienten zu halten<sup>1</sup>. Ausserdem geht es in der Implantologie im Streitfalle oft um eine Menge Geld. Es soll hier auch erwähnt werden, dass diejenigen Kollegen, denen Kenntnisse und Fähigkeiten fehlen und die in der Konkurrenz am freien Markt unterlegen sind, oft zu Methoden greifen, die nicht mehr vom Gesetz oder der Norm des Eides des Hippokrates gedeckt sind, um ihren Konkurrenten zu schaden. Stefan Ihde musste das oft selber erleben.

---

**1** Auch in diesem Punkt unterscheidet sich das *Strategic Implant*® von herkömmlichen Implantaten: Aus Daten der privaten Krankenversicherungen in Deutschland wissen wir, dass die Erhaltung von herkömmlichen Implantaten über die Jahre mehr kostet als die Erstbehandlung. Soweit die Patienten privat krankenversichert sind, merken sie das nicht, weil sie es nicht selber bezahlen.

Und die Leser mögen bitte bedenken, dass Implantologen diese herkömmlichen Implantate eventuell auch gerade wegen des damit garantierten langfristigen Einkommen bevorzugen.

Wie informieren sich Patienten heute über Therapieangebote aller Art? Selbst was spezielle Therapien anbetrifft, so finden sich im Internet und in ehrlich agierenden Betroffenenengruppen (aber natürlich nicht in Hass-Posts) hervorragende Quellen von Informationen, die jeder Patient für sich auswerten sollte.

Der Hauszahnarzt ist meistens nicht über Therapien informiert, die er selber nicht anbietet. Ohnehin haben Zahnärzte und Implantologen unterschiedliche Aufgaben, Fähigkeiten und Behandlungsziele: die meisten Zahnärzte machen es sich zur Aufgabe, mit aller Kraft Zähne „zu retten“. Und viele Hauszahnärzte raten auch heute noch „grundsätzlich“ von Implantaten ab. Implantologen haben hingegen eben nicht die Aufgabe die Zähne zu retten, sie sollen dafür die Kaufunktion und die Ästhetik der Patienten auf Implantaten wieder herstellen. Häufig kommt es bei den Abwägungen der einzelnen Ziele zu Konflikten: soll man Zähne, die sich an einer ungünstigen Stelle befinden und die eventuell unschön und verfärbt sind, entfernen? Die Entfernung würde oft einen grossen kosmetischen Vorteil mit sich bringen. Es lässt sich heute beobachten, dass immer mehr Patienten diesen Weg einschlagen und zwar oft auch aus Kostengründen: die Umstellung auf implantatgetragene Zähne auf dem Strategic Implant® kostet sicher am Anfang einmalig mehr Geld als das im Augenblick nötige Reparieren der Zähne, jedoch sind die Kosten für den Erhalt der Implantate danach im Regelfall überschaubar.

„Am Ende muss der Patient entscheiden, ob und wann er sein Gebiss auf Implantate umstellt, eventuell zusammen mit seiner Familie oder einem Lebenspartner.

Es besteht kein Zweifel, dass die Beziehung zwischen

Zahnarzt und Patient ein großes Spektrum an moralischen, ethischen, psychologischen und manchmal sogar mentalen Problemen darstellt. Vom Arzt wird immer verlangt, dass er nicht nur geistig gesund ist, sondern dass er auch seinen Verstand klar bedienen kann, und dass er auch mit Menschen umgehen kann, denen es mehr oder weniger an geistiger Gesundheit mangelt. Leider gibt es heute in den westlichen Ländern mehr und mehr Patienten die von ihrem Verhalten und ihrer Denkweise her nicht mehr in den Bereich des „Normalen“ fallen<sup>2</sup>.

Behandlungserfolge können nur durch eine Einheit von Vertrauen, Erfahrung, Kompetenz des Arztes, medizinischer Technik und wissenschaftlichem Fortschritt erreicht werden. Selbst der am besten ausgebildete und technisch perfekt ausgestattete Arzt wird nie eine erfolgreiche Praxis führen, wenn er nicht weiß, wie er eine Beziehung zum Patienten aufbaut“, - meint Dr. Ihde. „In meiner Praxis strebe ich immer ein Beziehungsmodell an, in dem ich ehrlich und offen bin; und der Patient, der mir vollkommen

---

*2 Man spricht unter Medizinern ganz offen davon, dass z. B. mehr als die Hälfte der Bevölkerung Deutschlands sich mindestens grenzwertig verhält und entsprechend denkt. Mehr als ein Viertel der Bevölkerung benötigt fortwährend eine psychologische oder psychiatrische Behandlung. „All dies scheint mit dem Umstand zusammenzuhängen, dass wir als Nation jahrzehntelang über unsere Verhältnisse gelebt haben. Leistung und Ansprüche des Einzelnen haben nicht mehr zusammengepasst. In Deutschland verlieren die Menschen ihre Freiheit, weil sich das Unternehmensziel der Republik geändert hat: das Ziel ist nicht mehr gleiche Möglichkeiten für Alle zu schaffen, sondern ein gleiches Arbeitsergebnis (nach Steuern) für Alle, und zwar unabhängig von der Leistung. Ich frage mich, wie ein Volk bei so einer Häufung von tiefgreifenden mentalen Aberrationen jemals wieder zur Normalität zurückfinden kann“, sinniert Stefan Ihde.*

vertraut, hält sich dann an alle meine Empfehlungen. Diese Zusammenarbeit ist nur möglich, wenn einige wenige, aber sehr wichtige Bedingungen erfüllt sind. Eine davon ist die Unterstützung. Wenn der Patient versteht, dass das Ziel des Arztes darin besteht zu helfen und nicht seine Meinung aufzudrängen, dann wird er aktiv und bereitwillig in den Behandlungsprozess einbezogen. Die nächste Bedingung ist Verständnis. Wenn der Arzt und der Patient zueinander sagen: „Ich höre und verstehe Sie“, oder es z. B. mit einem Blick ausdrücken, dann ist der Patient sicher, dass seine Beschwerden gehört, verstanden, im Verstand des Arztes fixiert sind, und der Arzt analysiert sie; der Arzt erkennt, dass er dem Patienten das Wesen seines Problems und Wege seiner Lösung vollständig vermittelt hat, was bedeutet, dass der Patient die Behandlungsmethode des Arztes bedingungslos akzeptiert und ihr vertraut.

Ein selbstbewusster Arzt erhält vom Patienten eine positive Bewertung betreffend der Kompetenz. Sein Selbstvertrauen überträgt sich auf den Patienten. Und das letzte ist Empathie. Der Arzt muss das innere Verständnis des Patienten für seine Krankheit, ihre Ursachen und das, was er erlebt, berücksichtigen. Wenn sich Arzt und Patient der Verantwortung für das Ergebnis der Behandlung bewusst sind, Zweifel teilen und ehrlich zueinander sind, wird ihre Zusammenarbeit zwangsläufig auf Unterstützung, Verständnis, Respekt, Einfühlungsvermögen und Vertrauen in das erfolgreiche Ergebnis der Behandlung aufgebaut sein. Ich nenne diese Zusammenarbeit eine „therapeutische Allianz“ und sie ist für mich am effektivsten. Ich denke es wäre eine gute Idee, schon in der Hochschule mit der Ausbildung von Medizinerinnen für diese Art der Zusammenarbeit zu beginnen.“

In den westlichen Ländern wird der Verhaltenskodex eines Arztes im „Eid des Hyppokrates“ zusammengefasst. Interessanterweise wurde dieser Eid auch in Russland als der Eid des Arztes verwendet, aber der Text wurde modifiziert und in einer der Nation angepassten Version formuliert. Der Eid hieß „Das Fakultätsgelöbnis“ im vorrevolutionären Russland, später wurde er „Der Eid des sowjetischen Arztes“ genannt und jetzt wird die Bezeichnung „Der Eid des russischen Arztes“ verwendet. Auch der Internationale Kodex für medizinische Ethik basiert auf diesem Eid.

Dennoch wird die Arzt-Patient-Interaktion durch das Fehlen jeglicher Regeln für Patienten stark erschwert. Denn während die Grundsätze des Verhaltens des Arztes gegenüber dem Patienten bis zu einem gewissen Grad durch den erwähnten Eid, durch Anweisungen oder sogar durch die Tradition bestimmt werden, ist die Verantwortung für die Verhaltensstandards des Patienten von niemandem festgelegt worden. Der Patient muss diese Beziehung oft unter psychologisch ungünstigen Bedingungen aufbauen, da er sich nicht in der besten geistigen und körperlichen Kondition befindet. Unter solchen Bedingungen hängt natürlich viel von der Fähigkeit des Arztes ab, den richtigen Verhaltensstil zu wählen. Wenn wir zu den uralten Ursprüngen der Medizin zurückkehren sehen wir, dass die Lehre von der Arzt-Patient-Beziehung zu allen Zeiten formal war und bleibt.

Russland ist ein interessantes Beispiel – hier hat der Arzt bei weitem nicht immer an die Zusammenarbeit mit dem Patienten gedacht, und die Sensibilität des Arztes war für den Patienten lange Zeit eher ein Unsinn als eine Regel. Zum Beispiel sah der Stil des Arzt-Patient-Verhältnisses im sozialistischen Russland so aus, dass der Arzt „allein im In-

teresse des Patienten“ nur so handelte, wie er es für richtig hielt, und der Patient musste dessen Behandlung einfach akzeptieren.

Historische Gründe prägen das Arzt-Patienten-Verhältnis in beinahe jedem Land. Ein besonderes negatives Beispiel ist das *NHS* in England, in dem Medizin nach den administrativen Regeln der Kriegsmedizin seit dem 2. Weltkrieg bis heute weiter betrieben wird.

In Russland wurden die Bolschewiki nach dem 1. Weltkrieg und nach der Revolution mit einem schrecklichen Zustand der Medizin in ihrem Land konfrontiert, das damals unter den Auswirkungen mehrerer Epidemien litt. Die neue Regierung unternahm viele Anstrengungen, um die Situation zu verbessern<sup>3</sup>. Das sowjetische Medizinsystem unterschied sich radikal vom westlichen System und existierte lange Zeit in einem Modus der strikten geopolitischen Isolation. Am 11. Juli 1918 wurde auf dem 5. Allrussischen Sowjetkongress, der die neue Verfassung der UdSSR verabschiedete, das Kommissariat für Volksgesundheit gegründet; N. A. Semaschko wurde zum Kommissar für Volksgesundheit ernannt. Er etablierte und implementierte ein neues System der Gesundheitsversorgung im Land. Seine Hauptprinzipien waren wie folgt: Zentralisierung des Verwaltungssystems; gleicher Zugang zu Medizin für alle; vorrangige Aufmerksamkeit für Kinder und Mütter; Einheit von

---

*3 Die harten Jahre nach der Revolution von 1917 und dem Bürgerkrieg (1917-1922) warfen das sowjetische Gesundheitssystem fast ins Mittelalter zurück; der neu gegründete Staat litt unter verheerenden Epidemien von Cholera, Typhus und Pocken. In den ersten Jahren der Sowjetmacht verdreifachte sich die Sterblichkeitsrate und halbierte sich die Geburtenrate. Es bestand ein dringender Bedarf an einem zentralisierten System der medizinischen Versorgung.*

Prophylaxe und Behandlung; Beseitigung der sozialen Basis von Krankheiten; öffentliche Beteiligung an der Gesundheitsversorgung. Die Zugänglichkeit des Gesundheitswesens wurde durch kostenlose Medikamente für die Bürger sichergestellt. Jeder wurde einer Poliklinik an seinem Wohnort „zugewiesen“, und je nach Komplexität der Krankheit konnten die Patientinnen und Patienten an verschiedene medizinische Einrichtungen entlang der Gesundheitspflege-Vertikale überwiesen werden. Ein sehr ähnliches System wurde in der ehemaligen DDR aufgebaut. Konkurrenz zwischen den Ärzten war ausgeschlossen (!), da jeder Hausarzt nur ein bestimmtes Gebiet bediente, dem der Patient „zugewiesen“ wurde. Es wurde ein kohärentes System von medizinischen Einrichtungen für die gesamte Bevölkerung aufgebaut, von abgelegenen Dörfern bis zu den Hauptstädten. Jedes Amt hatte eine betriebseigene Klinik, die nur seine Mitarbeiter bediente. Es wurde ein spezialisiertes System der Gesundheitsfürsorge für Kinder, ähnlich dem System für Erwachsene, organisiert. Besonderer Augenmerk wurde auf die Gesundheitsfürsorge für Mütter und Kinder gelegt – es wurde ein gleiches vertikales System organisiert um sie zu unterstützen, von vorgeburtlichen Kliniken bis hin zu perinatalen Kinderzentren und spezialisierten Einrichtungen. Eine weitere wichtige Reform war die Vorbeugung von Krankheiten und die Beseitigung ihrer ursprünglichen Ursachen, sowohl medizinischen als auch sozialen. In jedem Betrieb, die mit unglaublicher Geschwindigkeit entstanden, wurden medizinische Abteilungen zur Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Berufskrankheiten eingerichtet<sup>4</sup>. Der Arzt in Russland konnte sich zwar

---

4 Daten über die Tätigkeit des ersten Volkskommissars für Gesundheitswesen und Merkmale des von ihm eingeführten ersten sowjeti-

spezialisieren, er konnte jedoch keine Arbeitsschwerpunkte wählen um sich dadurch gegenüber Mitbewerbern abzugrenzen und zu positionieren. Der Arzt war zuständig für seinen Rayon und zwar für alles was anfiel. Logischerweise musste in der ehemaligen Sowjetunion auch jeder Student wirklich alle Vorlesungen im Laufe seines Studiums gehört haben, damit das Verständnis für die Krankheit und die Behandlung im ganzen Lande einheitlich war. Z. B. mussten deswegen in der Studienzeit (z. B. wegen Krankheit) versäumte Lektionen privat beim jeweiligen Professor an einem Wochenende nachgeholt werden: eine im Westen unvorstellbare Art von „undemokratischer Gängelung der Studenten“, die sich nach den Vorstellungen im „Westen“ (Europas) aus freien Stücken für den Fortschritt ihrer eigenen Ausbildung zu interessieren hatten.

Der Artikel 124 der am 5. Dezember 1936 verabschiedeten Stalin-Verfassung garantierte zum ersten Mal das Recht der Bürger auf kostenlose medizinische Versorgung. Ab 1950 stiegen die Ausgaben für das Gesundheitswesen von Jahr zu Jahr und erreichten 1965 mit 6,5 % des BIP\* fast einen Rekordwert. Mit der vollständigen Unterordnung unter den Staat wurde der Medizin jedoch jegliche Selbstregulierung entzogen. Im Land herrschte immer noch ein großer Mangel an Medikamenten, und die Pharmakologie entwickelte sich gar nicht. Die Bürger waren gezwungen, sich ihre eigenen Medikamente im Untergrund

---

*schen Gesundheitssysteme sind dem Artikel auf der offiziellen Webseite der Staatlichen Gesundheitseinrichtung des Gebiets Nischni Nowgorod „N.I.Semaschko Regionales Klinisches Krankenhaus“ [https://semashko.nnov.ru/upload/o\\_bolnitse/n\\_a\\_semashko.pdf](https://semashko.nnov.ru/upload/o_bolnitse/n_a_semashko.pdf) „N.I.Semaschko - der Begründer des sowjetischen Gesundheitswesens“ entnommen und zusammengefasst.*

zu beschaffen, beispielsweise über befreundete Diplomaten, die in den Westen reisten. Sowohl die Patienten, die in den Krankenhäusern behandelt wurden, als auch die Mediziner stahlen alles, von Verbänden und Infusionen bis hin zu Skalpellen, Spritzen und Medikamenten. Trotz aller Errungenschaften begann Ende der 1970er Jahre der Niedergang der sowjetischen Medizin und ihr Zusammenbruch war vorprogrammiert. Hierfür gab es mehrere Gründe. Diejenigen, die in den 30er Jahren die Hochschulen absolviert hatten wurden so ausgebildet, dass sie als Spezialisten meist unfähig waren, wissenschaftlich zu denken und neue Behandlungsmethoden zu entwickeln. Das lag zum Teil am Analphabetismus der Studenten (Mitte der 1930er - 1940er Jahre begannen die medizinischen Hochschulen, Studenten aus Arbeiter- und Bauernfamilien aufzunehmen, von denen der Löwenanteil nicht einmal lesen konnte), aber vor allem lag es am Wettlauf um Leistung. Zu dieser Zeit strebten die Professoren (die selber ebenfalls in Isolation von der Weltwissenschaft studiert hatten) vor allem exzellente akademische Kennwerte für die Hochschulen durch hohe Noten von Studenten an, was als effektives Unterrichtsergebnis angesehen wurde und das Rating der jeweiligen Hochschule in den Augen der politischen Führung des Landes erhöhte. Es wurden z. B. den Studienbewerbern bei Aufnahmeprüfungen die einfachsten Fragen gestellt. Der Unterricht wurde auf die Verteilung von schriftlichen Unterlagen reduziert, und die ungebildeten Studenten konnten sie nicht qualitativ studieren. Die Studienzeit an den medizinischen Fakultäten wurde von fünf auf vier Jahre verkürzt. Im Laufe der Zeit änderte sich die Situation natürlich. Der Analphabetismus wurde vollständig beseitigt und die Studienpläne verbessert. Doch die folgende unangesprochene Regel der Bolschewiki blieb der Kern des

gesamten Sowjetsystems: Quantität ist wichtiger als Qualität. Zweifellos gab es auch unter den sowjetischen Medizinern Innovatoren, zum Beispiel den bekannten Dr. G. Ilizarow, der den Apparat zur Knochenfusion und Beseitigung von Knochendefekten, welcher noch heute verwendet wird, entwickelte und implementierte. Prof. Ihde las vor 20 Jahren mit Freude die Arbeiten von Dr. Ilizarov, denn auch er hatte sich zutiefst mit den Knochenfunktion beschäftigt und Methoden entwickelt, wie er Knochen (der seit jeher gar nicht so einfach transplantierbar war) „wie von selbst“ zum Wachsen bringen konnte. Die Arbeiten von Dr. Ilizarov waren für ihn Ansporn und ein Beispiel, wie ein einzelner Mediziner die Profession weit nach vorne bringen konnte.

„Die Hauptfrage in der Zahnmedizin war schon immer dieselbe: Wie kann man dem Patienten helfen? Heute, nach dem Aufkommen der Technologie des Strategic Implant®, hat sich die Antwort auf diese uralte Frage grundlegend geändert: heute haben wir eine großartige Technologie für Patienten, die sich von ihren Zähnen bereits getrennt haben, trennen wollen oder trennen müssen. Diese Technologie kommt ohne Zähne und ohne jeglichen Knochenaufbau aus, womit der Knochenaufbau in der Zahnmedizin ganz allgemein überflüssig geworden ist. Einige Marktteilnehmer werden das nicht so gerne lesen, aber es ist endlich soweit gekommen. Und schliesslich gehören „Einheitszeiten“ für Implantate heute ebenfalls der Vergangenheit an.“

Wie sieht also Dr. Ihde in den Augen seiner Patienten wirklich aus? Zwei Patientinnen wurden gebeten, hierzu etwas zu erzählen:

„Vor der Operation hatte ich mehrere Konsultationen in

der IBI-Klinik in Moskau, wo Dr. Stefan Ihde operiert“, erzählt Natalia (Moskau). „Ich erfuhr von ihm und seiner Methode aus dem Internet, und über die Details der Operation und ihre Ergebnisse hörte ich aus persönlichen Gesprächen mit einer seiner Patientinnen, die er sechs Monate vor mir in derselben Klinik operiert hatte. Ich hatte einen sehr komplizierten Fall, und mein Zahnproblem begann mit dem Auftreten meiner Milchzähne – eine Bissfehlstellung, eine atypisch große Anzahl von Zähnen die dann extrahiert wurden, unregelmäßig geformte Zahnwurzeln und viele andere Dinge. Im medizinischen Sprachgebrauch gibt es wahrscheinlich eine Bezeichnung für meine Beschwerden, aber für mich waren es vor allem sehr große und schmerzhafteste Probleme ästhetischer, psychologischer und physiologischer Natur. Ich musste so oft zum Zahnarzt und ich selbst muss ein Fluch für die Zahnärzte gewesen sein. Als ich 31 Jahre alt war fehlten mir die meisten meiner Zähne, und mir wurde klar, dass ich Implantate brauchte. Die Kliniken, die ich in Russland (es gab unzählige davon) und im Ausland aufsuchte, boten verschiedene Möglichkeiten an, aber sie alle implizierten die Notwendigkeit eines Knochenaufbaus; einige Ärzte sahen die Lösung sogar in einer Transplantation von meinem eigenen Gewebe aus meiner Hüfte oder selbst aus meinem Schädel. Diese Optionen waren schmerzhaft, riskant, teuer und zeitaufwendig, doch es waren ganz andere Dinge, die mir Angst machten. Keiner dieser Ärzte konnte mir eine Garantie geben, dass diese Manipulationen für mich erfolgreich enden würden, denn sie konnten nicht einmal versprechen, meine restlichen Zähne ohne gesundheitliche Folgen zu entfernen, und keiner konnte mir mitteilen, wie lange es dauern würde. Nach den bestmöglichen Prognosen hätte die Behandlungszeit von einem Jahr bis zur Unendlichkeit

variieren können. Nachdem ich die Ergebnisse von Stefans Arbeit an seinen Patienten gesehen hatte wurde mir klar, dass dieser Mediziner und seine Methode mir gut passten. Die Behandlungsvorbereitungen und Beratungen wurden auf direkte Anweisung von Dr. Ihde durch die gut ausgebildeten Fachleute der *IBI*-Klinik vorgenommen.

Während der Operation beobachtete ich einen ruhigen, ernstesten, selbstbewussten Mann, der außerdem mit mir Russisch zu sprechen begann, was sehr nett war, obwohl ich sah, dass Russisch für ihn schwieriger war als Englisch und seine Muttersprache Deutsch. Das Selbstvertrauen dieses Arztes übertrug sich auch auf mich – während der Operation war jede seiner Bewegungen exakt und sicher, es war wirklich eine Meisterhand. Einmal sah ich sogar, wie Stefan für ein paar Minuten die Augen schloss, während er nach meinem Knochen tastete, als würde er mit ihm sprechen. Es schien so zu sein, dass in diesem Moment nichts mehr in der materiellen Welt existierte. „In meinem komplizierten, fast hoffnungslosen Fall macht er es mit geschlossenen Augen?“ - dachte ich und erinnerte mich an die beängstigenden Vorschläge und Vorhersagen für meine zahnmedizinische Zukunft von all den anderen Ärzten. Nachdem Stefan die richtige Stelle gefunden hatte begann er, das Implantat in den Knochen so präzise und schnell zu schrauben, dass die Luft im Operationssaal in diesem Moment nur ihm gehorchte“, – erzählt Natalia mit einem Lächeln. Es war unglaublich: die Präzision der Bewegung, volle Konzentration, gepaart mit einer ruhigen Zuversicht, und gleichzeitig unglaubliche Leichtigkeit der Bewegung und Eleganz – so kann ich Dr. Ihde bei seiner Arbeit beschreiben. Natürlich kam mein komplizierter Fall nicht ohne höhere Gewalt aus: irgendwann begann eine Blutung, und ich sah Besorgnis

in den Augen des gesamten medizinischen Personals, das sich zu diesem Zeitpunkt im Operationssaal befand. Aber nicht in den Augen dieses Mediziners. Er arbeitete ruhig weiter und leitete den Prozess, nur dass er, wie ich später verstand, auf Englisch wechselte, damit der assistierende Chirurg ihn besser verstehen konnte. Stefans Selbstvertrauen verhinderte, dass jemand in Panik geriet; niemand war verwirrt oder verängstigt, da das Problem innerhalb von Minuten behoben war und die Operation selbst für den Ober- und Unterkiefer weniger als eine Stunde dauerte. Während dieser ganzen Zeit interessierte sich Stefan für mein Wohlbefinden und meine Stimmung und ein paar Mal machte er sogar Witze. Und er gab mir nicht ein einziges Mal einen Grund, an ihm zu zweifeln. Er ließ auch nicht zu, dass ich anfing, mich selbst zu bemitleiden, denn das hätte die Operation erheblich behindern können. Er hat also während der Manipulationen nicht nur den physischen, sondern auch den psychischen Zustand des Patienten unter Kontrolle. Es war eigentlich eine sehr komplizierte Operation, aber ich hatte manchmal das Gefühl, dass dort Magie im Spiel war. Auf jeden Fall habe ich in dieser Stunde nicht nur eine hochwertige Arbeit des Chirurgen erlebt, sondern auch Sensibilität, Aufmerksamkeit und positive Einstellung gespürt. Und das kann man nicht kaufen, oder? Fast sieben Monate sind vergangen und alle Sorgen und schmerzhaften Gefühle sind langsam vergessen, aber ich empfinde immer noch Emotionen von den Erlebnissen während der Operation. Stefan ist wirklich ein „begnadeter Arzt“ nur eben ohne Allüren. Jetzt bin ich glücklich, meiner Familie und meinen Freunden mein schönes Lächeln zu schenken, das ich dank Dr. Ihde in nur fünf Tagen bekommen habe. Ohne mühsame Knochenaugmentation und andere langwierige und schmerzhaft Manipulatio-

nen, die ich mit Hilfe von Doktor Ihde vermeiden konnte.

Seit der Operation sind nun fast anderthalb Jahre vergangen. Meine Entscheidung, mich von Dr. Ihde operieren zu lassen, war sehr gut abgewogen: Ich mag keine Unannehmlichkeiten und mein Ziel war es, einen Implantologen zu finden, der mir mit seiner Methode Schmerzen, zahlreiche Eingriffe und eine lange Rehabilitationszeit erspart. Meine Erwartung war auch, dass die Kosten für das Ganze in die Dimensionen des menschlichen Verstandes passen. Ich habe seine Methode und die Eigenschaften von Implantaten lange studiert. Außerdem habe ich eine vergleichende Analyse anderer bestehender Methoden und Implantate durchgeführt, und mir die alternativen Ansichten von Implantologen angehört (die zwar nicht die Methode des Strategic Implant® praktizieren, aber aus offensichtlichen Gründen dagegen waren). All diese Ärzte konnten ihre Argumente über die Sicherheit der von ihnen vorgeschlagenen Methoden im Vergleich zur Methode von Dr. Ihde nicht überzeugend begründen, weder allgemein, noch aus wissenschaftlicher Sicht, noch in Bezug auf die individuellen Eigenschaften meines Körpers; aber sie schlugen alle vor, zuerst mein Knochengewebe aufzubauen (was vier Operationen bedeutete), und nach etwa sechs Monaten oder einem Jahr (unter günstigen Bedingungen) zu operieren, um Implantate einzusetzen. Die Methoden wie „all-on-4“ oder „all-on-6“ habe ich für mich sofort ausgeschlossen. Die Aussicht auf zermürende Prozeduren für den Knochenaufbau gefiel mir nicht, und ich erkannte auch, dass mein Körper bereits in diesem Stadium beginnen konnte, Fremdkörper abzustößeln, was bedeutete, dass keine andere Methode den Behandlungserfolg in gleichem Maße garantierte. Aber die Methode von Stefan

sicherte die Erledigung aller Behandlungsschritte innerhalb von wenigen Tagen. Mit der Wahl des Strategic Implant® bin ich den Weg des geringsten Widerstandes gegangen, was die Quantität und Qualität der notwendigen Manipulationen und die Eigenschaften des Implantats selbst betrifft: Die glatte Oberfläche und die Größendifferenz, die der Chirurg für jeden einzelnen Fall festlegt, waren für mich entscheidend, so dass die Methode in Bezug sowohl auf die Kosten als auch auf die Zeit einen deutlichen Vorteil hatte. Jetzt kann ich mit Sicherheit sagen, dass es für mich ein Glück war, von Professor Ihde operiert zu werden. Er ist ein echter Profi und arbeitet mit einem hochkarätigen Team von starken Fachleuten, die er selbst ausgebildet hat. Menschen von kreativen Berufen würden dieses Ärzteteam als großes Orchester bezeichnen – wenn jedes Mitglied für den Klang seines Instruments verantwortlich ist, erhält man großartige Musik, die dann ein Leben lang im Herzen lebt – so würde ich die Arbeit von Stefan und seinem Team beschreiben. Dieser Arzt brauchte nicht mehr als vierzig Minuten, um die Implantate in meine beiden Kiefer einzusetzen. Es folgte dann die Arbeit anderer Spezialisten, und alles in allem hat meine Behandlung von Anfang bis Ende nur sieben Tage gedauert.

Ich erinnere mich an Folgendes: eines Abends, als ich nach einer weiteren Untersuchung aus der Klinik zurückkam, ging ich in das Café des Hotels, in dem wir beide wohnten, und sah dort den Professor. Sein OP-Tag war vorbei, vor ihm stand ein Glas Weißwein, er war entspannt und schien gerade etwas auf seinem Telefon zu betrachten. Ich beschloss, einige interessante Fragen zu stellen, während der Mediziner nicht mit der Arbeit beschäftigt war, also ging ich hinüber und fragte ihn etwas. Er wurde munter,

legte sein Telefon beiseite und begann mit einem Lächeln zu antworten. Wenn es um Knochenstruktur, Osseointegration, Komplikationen, Implantate, und generell um alle „Launen“ unserer Kieferknochen ging, sah ich plötzlich eine echte professionelle Leidenschaft in seinen Augen. Leidenschaft für die Wissenschaft, für alles, was mit Implantologie zu tun hat, für das, worüber er sprach. Es war klar, dass er auf seinem beruflichen Weg nicht stehen bleiben würde und bereits dabei war, ein progressives neues Modell zu schaffen. Zu dieser Zeit piepte sein Telefon ständig mit eingehenden Nachrichten, und als ob er sich entschuldigte sagte er: ‚Meine Kolleginnen und Kollegen auf der ganzen Welt operieren gerade, wir haben unterschiedliche Zeitzonen, sie haben schwierige Situationen, also stellen sie mir Fragen die ich beantworten muss, um ihnen bei der Behandlung der Patienten zu helfen‘. Es stellte sich heraus, dass diese entspannte Pose am Cafe-Tisch nicht bedeutete, dass er sich nach der Operation bei einem Glas Wein ausruhte – auch hier arbeitete er weiter. Ich meinte dann, dass der Ausdruck „arbeitet als Implantologe“ nicht auf Stefan Ihde zutrifft, weil dieser Mann „als Implantologe lebt“. Wie sich herausstellte ist er immer bereit, die Fragen seiner neugierigen Patienten professionell zu beantworten. Das Ziel eines jeden Menschen in der heutigen Gesellschaft sollte es sein, etwas zu schaffen, sei es auch noch so klein und nur für einen bestimmten Personenkreis notwendig, denn nur so kommen wir voran. Aber der Beitrag von Dr. Ihde zum wissenschaftlichen und praktischen Fortschritt in der Zahnimplantologie ist schon heute enorm. Ich habe keinen Zweifel daran, dass sein Potential dabei noch bei weitem nicht ausgeschöpft ist. Deshalb hat er es wahrscheinlich eilig, seinen Beruf zu leben – als Zahnarzt, Chirurg, Wissenschaftler, Lehrer, und Autor von medizini-

schen Lehrbüchern, als ob er den Worten des russischen Akademikers I. P. Pawlow folgen würde, der Ende des 19. Jahrhunderts Folgendes sagte: *„Denken Sie daran, dass die Wissenschaft von einem Menschen sein ganzes Leben verlangt. Die Wissenschaft verlangt von einem Menschen eine große Spannung und eine große Leidenschaft. Und selbst wenn Sie zwei Leben hätten, dann würden diese beiden Leben Ihnen nicht ausreichen. Seien Sie leidenschaftlich in Ihrer Arbeit und in Ihrer Forschung“.*“

Ein Mediziner kann bekanntlich Behandlungsergebnis ohne Medikamente positiv beeinflussen. Heute können wir mit Gewissheit sagen, dass *nur Stefan Ihde so arbeitet wie Stefan Ihde*. Vor nicht allzu langer Zeit ist in Russland auf Initiative von Patienten ein aktiver Patientenclub „Strategic Implant SI“ entstanden, dessen Mitglieder russische und ukrainische Patienten sind. Der Club entstand in Zusammenarbeit mit Doktor Ihde, der etwas über das Leben und die Wünsche seiner Patienten erfahren will. Unabhängig vom Zeitpunkt und Geographie der durchgeführten Operation können die Patientinnen und Patienten miteinander kommunizieren, ihre Emotionen und Eindrücke teilen, über ihre Erfahrungen sprechen und diejenigen unterstützen, die gerade ein gesundes und glückliches Lächeln haben wollen. Außerdem können die Clubteilnehmer auch die Arbeit des medizinischen Personals gewissermaßen kontrollieren. Das maßgebliche Wort von Stefan hat einen großen Einfluss auf das Wohlbefinden der Patienten, und sie können von ihm immer einen Ratschlag bekommen. Der Doktor und seine Patienten freuen sich über diese Zusammenarbeit, und die Gründung eines autonomen Clubs, dessen Hauptidee die Unterstützung und Förderung der Methode von Stefan Ihde ist, bestätigt noch einmal die Tatsache, dass sein Mo-

dell der Arzt-Patient-Beziehung wahrscheinlich das beste von allen heute existierenden ist.

## Den europäischen Gesundheitssystemen auf den Zahn geföhlt und relevante Faktoren erklärt

In Europa lassen sich im Wesentlichen zwei Modelle von Gesundheitssystemen unterscheiden: Das Beveridge-Modell, das sich in der Finanzierung primär auf Steuern stützt, ist in den nordeuropäischen Ländern sowie in Irland und dem Vereinigten Königreich anzutreffen. Auch südeuropäische Länder wie Spanien, Portugal und Griechenland sind seit den 80er Jahren dieser Gruppe zuzurechnen. Das Bismarck-Modell mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist hingegen in fast allen mitteleuropäischen, und seit etwa zehn Jahren auch in osteuropäischen Ländern verbreitet.

Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten driften in Europa weit auseinander. Faktisch ist es jedoch so, dass Zahnbehandlungskosten und insbesondere die Kosten für Zahnersatz in keinem europäischen Land von einer gesetzlichen Krankenversicherung, beziehungsweise vom staatlichen Gesundheitssystem vollständig übernommen werden. In der Regel liegt der Kostenanteil für Zahnersatz bei durchschnittlich 50 Prozent, die von einem gesetzlichen oder staatlichen Versicherer übernommen werden. Die Grundlage der teils nicht unbeträchtlichen Kostenverteilung resultiert daraus, dass Zahnbehandlungen und Zahnersatz auch in Deutschland erst seit einigen Jahrzehnten als Krankheit anerkannt wurden. Aber eben nicht als existenziell bedrohlich und nicht in allen zahnmedizinischen Bereichen. Durch eine gründliche Mundhygiene und Zahnpflege trage jeder Mitbürger Verantwortung für den Gesundheitszustand sei-

ner eigenen Zähne und müsse in einem gewissen Rahmen dafür auch aufkommen, lautet die Stellungnahme von Wolfgang Eßler, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, die quasi nahtlos staatlich übernommen wurde.

Da liegt es nahe, dass Patienten die Behandlungs- und Produktpreise genauer studieren und vergleichen als in anderen medizinischen Bereichen. Oftmals sind die Gesamtkosten als Privatzahler in osteuropäischen Ländern günstiger als der Eigenanteil im jeweiligen Heimatland. Ungarn hat sich mit staatlicher Unterstützung beispielhaft darauf spezialisiert und den *Zahnbehandlungstourismus* forciert.

Grundsätzlich erlaubt das deutsche Gesundheitssystem Abrechnungsverfahren mit Ärzten oder Kliniken in europäischen Mitgliedsstaaten. Derartige Behandlungsreisen müssen vorher mit der jeweiligen Krankenkasse geklärt und genehmigt werden. Bedeutet: Als Patient mit deutscher Krankenversicherung kann ich mich in Serbien oder Ungarn behandeln lassen. Die gesetzliche Versicherung (z. B. in Deutschland) trägt einen Teil der entstehenden Kosten. Es ist offensichtlich, dass Deutschland konträr zum sozialen Ursprung eine Zweiklassengesellschaft gefördert hat. Die staatliche Krankenversicherung reglementiert die Medikamentenvergabe unbedacht, denn so manch schwer- und schwerstkranke Patienten können die horrenden Zuzahlungen oftmals nicht mehr leisten. Ärzte sind gezwungen, Zusatzpräparate und manchmal auch unsinnige Dinge zu verkaufen, um betriebswirtschaftlich klarzukommen. Zeit für Patienten wird am geringsten honoriert, doch genau das ist eine elementar notwendige Leistung, um begutachten und helfen zu können. Notwendige externe Therapien wie Physio- oder Psychotherapien und besondere

Heil- nebst Prophylaxe-Maßnahmen übernehmen die privaten Versicherungen meistens, die staatlichen aber nicht. Das sind nur einige Beispiele. Dennoch liegt Deutschland mit seinem gesetzlichen Versicherungssystem im europäischen Vergleich zugunsten der Versicherten deutlich vor anderen Nationen.

---

*“Die Welt wird nicht bedroht von den Menschen, die böse sind, sondern von denen, die das Böse zulassen.”*

*– Albert Einstein*

---

## Das Schweizer System

Das Schweizer System der Zahnbehandlung ragt negativ aus der Europäischen Union hervor, da staatliche Aufgaben an privatwirtschaftliche Organisationen übertragen werden (was mit dem recht unpassenden Begriff *Milizprinzip* verkauft wird).

Die *Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft*, kurz SSO, ist eine Institution der besonderen Art, eine finanzstarke, einflussreiche Macht, wie sie nur in der Schweiz entstehen kann. Sie wurde 1886 gegründet und es mag sein, dass die Gründungsväter tatsächlich mit edlen Plänen für die Zahnheilkunde antraten. Doch dann fällt auf, dass die SSO noch heute lediglich darauf stolz ist, in den 70er Jahren die Schulzahnpflege nebst Kochsalzlösungen und Fluorid in Zahnpasten durchgesetzt zu haben. Da sind skeptische Gedanken angebracht. Was hat die SSO in den davor liegenden 90 Jahren gemacht? Zahnbürsten geflochten? Immerhin kannten schon die Babylonier 1500 Jahre vor unserer Zeitrechnung den Einfluss von Salz auf die Gesunderhaltung der Zähne. Zudem verkündet die SSO mit gleichem Stolz, dafür Sorge getragen zu haben, dass Karies und Parodontitis um rund 50 Prozent zurückgegangen sind. Toll. Das ist jedoch europaweit der Fall und kein Schweizer Phänomen. Die Erkenntnis beruht auf den Abrechnungen der staatlichen und privaten Krankenversicherungen. Andererseits können sich viele Schweizer Einwohner Zahnarztbehandlungen schon lange nicht mehr leisten.

Woher kommt die, vielleicht ja augenzwinkernd gemeinte Ironie der seltsamen Gesellschaft? Wäre die SSO in Frankreich gegründet worden, könnte man dem Alko-

hol die Schuld geben. Dort empfahl einst ein Kanzler der altehrwürdigen Universität Montpellier im 17. Jahrhundert Wein als Zahnreinigungsmittel. Prost!

Nein, Wein spielte in der Schweiz nie eine nennenswerte Rolle. Geld ist das Synonym für die Schweiz. Moneten und Gier. Ergo dreht sich auch bei der SSO alles um Geld und Macht. Die Förderung der Zahnheilkunde und eine patientengerechte Behandlung durch gut ausgebildete Dentisten sind das Deckmäntelchen des Berufsverbands, um Geld zu machen. Der Begriff *verdienen* wäre in diesem Satz fehl am Platz.

Der *Schweizer Berufsverband der Zahnärzte* ist nicht mit der deutschen *Bundeszahnärztekammer* zu vergleichen. Die Mitgliedschaft in der deutschen Ärztekammer ist einerseits zwingend, weil gesetzlich vorgeschrieben, andererseits in einigen Bereichen tatsächlich hilfreich. Die Mitgliedschaft in der SSO ist „*freiwillig*“, und mit durchschnittlich 3.500 Schweizer Franken Jahresbeitrag sehr teuer. Dieses Geld kann der Zahler jedoch auch unter *Schutzgeld* einbuchen. De facto schützt die SSO ihre Mitglieder vor den Zugriffen der Gesundheitsdepartements, und greift Nichtmitglieder (d. h. die eigentlichen Konkurrenten) mit behördlicher und staatlicher Hilfe massiv an, um sie beruflich zu ruinieren. So ist das zumindest im Kanton St. Gallen, wo ein absurder, rechtloser (rechtstaatsfreier) Zustand erreicht und seither unterhalten wird. Die SSO kann dank ihrer Kontakte vernichtend zuschlagen. Sowohl auf geschädigte Patienten als auch gegen zahnärztliche *Unruhestifter*, weil sie oftmals einfach nur medizinisch besser sind oder ihre Leistungen preiswerter anbieten. Schlimm wird es, wenn beide Faktoren eintreffen: ärztlich besser und dann auch noch günstiger. Das ist für SSO-Mitglieder unerträglich und

der Verband greift hilfreich ein. Na klar, irgendwas müssen sie ja tun, außer Gehälter an den siebenköpfigen Vorstand auszuzahlen. Woher sollen sonst die jährlichen Einnahmen in Höhe von rund 5.000.000 Schweizer Franken kommen? Hinzu kommen Kongressgebühren und weiteres standespolitisches Einkommen.

Das eindrucksvoll perfide System beruht auf dem so seltenen wie seltsamen Umstand des politischen Systems in der Schweiz, dem Milizprinzip. Hiernach werden öffentliche relevante Aufgaben des Staates an *nebenberuflich* Tätige übertragen. Damit erlangen mit staatlichen Aufgaben betraute Personen oder Institutionen nebenberuflich quasi Staatsgewalten. Es versteht sich nun von selbst, dass die SSO als *fast Staatsorgan* somit über weitreichende Befugnisse und immense Macht verfügt. Zu den relevanten Aufgaben der SSO gehört beispielsweise die *Honorarprüfungskommission*. Sie entscheidet darüber, ob sich ein Patient zu Recht über eine hohe Rechnung beschwert und ob erbrachte Leistungen korrekt berechnet wurden. Die Kommission prüft, welche zahnärztlichen Honorare angemessen sind und welche nicht. SSO-eigene *Gutachter* entscheiden, ob ein Patient gut behandelt wurde, oder ob dramatische Auswirkungen einer Zahnbehandlung dem Zahnarzt anzulasten sind oder nicht. Es versteht sich aus finanziellen Gründen und des Zusammenhalts wegen von selbst, dass SSO-Gutachter selten bis überhaupt nicht gegen Zahnärzte vorgehen, die zur *Familie* gehören. Das System ähnelt zwei anderen Zusammenschlüssen, nämlich dem Verhaltenscodex der Cosa Nostra (unsere Sache) und der klassischen Mafia in Süditalien. Besonders wichtig ist für die Zahnarzt-Mitglieder, dass die *Honorarprüfungskommissionen* durch die SSO quasi privatrechtlich organi-

siert werden und nicht in den Gesundheitsämtern stattfinden. Ganz im Gegenteil, die staatliche Aufsicht, sofern es eine geben würde, hat de facto im Kanton St. Gallen keine Möglichkeit zur Einsichtnahme in Unterlagen der Honorarprüfungskommissionen. Das bedeutet, die Mitglieder der SSO werden wirksam vor dem Zugriff staatlicher Organe geschützt und ebenso vor etwaigen, vom Gesetz vorgesehenen Strafen für Fehlverhalten (nach MedBG). Dafür sind die 3.500 Schweizer Franken Jahresbeitrag geradezu eine lächerliche Summe. Im Prinzip ein niedriger Schutzgeldbetrag: Er bietet Schutz vor rechtsstaatlicher Aufsicht, jeglicher Maßregelung durch die Departements und vor etwaiger Verurteilung.

Gleichwohl nutzt die SSO die nicht offizielle, aber dennoch vorhandene Macht, um den zahnärztlichen Wettbewerb in der Schweiz übersichtlich zu halten und *patriotisch* zu unterstützen. Daher haben es ausländische Zahnärzte nicht einfach, sich in der Schweiz niederzulassen. Das Zahnmedizingeschäft soll in schweizerischer Hand bleiben. Auf diese Weise geraten die Mitglieder mangels Wettbewerb auch nicht unter Druck. Es liegt in der Natur der Sache, dass die so geschützten Mitglieder auch keine echten Aufwendungen für Weiterbildung oder gar für innovative Neuheiten oder für spezifische Zusatzausbildungen leisten müssen. Es reichen der Besuch eines Kongresses und das ungeprüfte Durchlesen der SSO-Zeitung zu Hause, um die Fortbildungspflichten zu erledigen. Die Qualifikation ist und bleibt somit immer auf dem gleichen Niveau, das von der SSO festgelegt wird, denn sie organisiert ja im Streitfall die Honorarprüfungskommissionen. Nach Inkrafttreten der bilateralen Verträgen wurden zahlreiche Zahnärzte aus der EU in der Schweiz sesshaft, was die Zahnarztdichte erhöhte.

2011/2012 entschloss sich die SSO, dagegen vorzugehen. Daraus resultierte die nur geringe Zahnarztdichte in der Schweiz mit rund 50 Dentisten pro 100.000 Einwohner. Zum Vergleich – in Deutschland stehen 95 Zahnärzte für 100.000 Einwohner bereit. Selbst in Schweden sind es 85 und im kleinen Liechtenstein gar 130. Während man in der Schweiz lange im Voraus wissen muss, wann die Zahnschmerzen einsetzen, bekommt man in anderen Ländern schneller einen Termin. Und natürlich sind die Behandlungskosten in Deutschland geringer.

Aufgrund der geringen Zahnarztdichte leiden Schweizer Dentisten keine finanzielle Not. Doch das System kann und wird von ausgebufften Medizinerinnen mit unseriösen Machenschaften gerne genutzt, um Zusatzeinkommen zu generieren und unliebsame Konkurrenten los zu werden.

Ein beliebtes Vorgehen ist es, den Patienten eines unliebsamen Mitbewerbers auf den *Giro* (Prüfverfahren) zu schicken. Das läuft wie folgt: Ein Mitbewerber betrachtet eine zahnärztliche Arbeit eines Patienten in seiner Praxis. Zunächst wird der Patient oder die Patientin verunsichert. Man untersucht, macht ein Röntgenbild, meckert, runzelt die Stirn, und wartet darauf, dass der Patient unruhig wird. Wenn der Patient nicht sofort diese Arbeit entfernen lassen will (weil er ja im Prinzip damit zufrieden ist), dann wird er möglichst auf den *Giro* geschickt. „Ich bin hierfür kein Spezialist, aber bitte gehen Sie doch zur Sicherheit noch zum Kollegen Dr. B. W., ein sehr guter Zahnarzt, er ist sogar Kantonzahnarzt, und lassen Sie sich beraten, was zu tun ist.“ Anschließend ruft der *kritische* Zahnarzt Dr. B. W. an und erklärt den Plan. Dr. B.W. sieht sich den Fall dann sehr kritisch an und empfiehlt *zur Sicherheit*, noch jemanden von der Universität darauf schauen zu lassen. An der Universität zu

Zürich wartet schon der vorinstruierte Prof. G. P. auf den zunehmend (und meistens grundlos) verzweifelten Patienten, und spätestens nach seinem Votum ist der Patient dazu bereit, alles wieder ausbauen zulassen und den zuerst behandelnden Arzt zu verklagen. Dazu verkauft ihm die mit im Boot sitzende *Schweizerische Patientenorganisation* auch gleich die passende Rechtsschutzversicherung. Alles wird sozusagen zentral organisiert. Der Patient fühlt sich in besten Händen und er merkt nicht (mehr), dass er professionell missbraucht wird. Auf diese Weise lichtet man den Wettbewerb und verdient ohne Rücksichtnahme auf die Patienten viel Geld. Wettbewerb findet also de facto nicht wirklich statt. Das zeigt sich nicht nur in der geringen Dichte der zahnärztlichen Versorgung zur Sicherung der eigenen Pfründe, sondern auch durch ein erstaunliches Missverhältnis zwischen universitären Lehranstalten und der Zahnarzt-dichte. In Deutschland gibt es beispielsweise 29 Universitätszahnkliniken, in der Schweiz nur vier. Das Alpenland ist zwar kleiner und hat eine wesentlich geringere Bevölkerungszahl, dennoch sind im Verhältnis zu Deutschland zu viele Universitäten tätig, die aber im Ergebnis zu wenige Zahnärzte ausbilden. Das kontrolliert die *Zahn-Cosa-Nostra (Unsere Sache)* selbstverständlich mit und verhindert nicht nur angemessenen Wettbewerb, sondern zeitgemäße und dem Stand der Wissenschaft entsprechende Lehre für den Nachwuchs. Geringe Zahnärztdichte mit zu wenigen Praxen und überteuerte Zahnbehandlungen, die privat bezahlt werden müssen, sorgen sodann für den florierenden *Zahntourismus* nach Ungarn und in andere Länder.

„In Anbetracht von 29 sehr guten Universitäten in Deutschland, von denen 14 weltweit über einen exzellenten Ruf verfügen, könnten sie Zahnmedizin-Studierende aus der

Schweiz problemlos aufnehmen. Studierende aus Italienisch sprechenden Kantonen könnten auch italienische Universitäten besuchen. Das wäre zusammengefasst wesentlich günstiger für die Schweiz und für die Studierenden weitaus lehrreicher, als die eingeschlafenen *Leermethoden* und die vorgestrigen *Leerinhalte* (die Worte sind richtig geschrieben...) Schweizer Unis. Letztlich wäre es also auch für Patienten ein großer Gewinn. Ungarn hat sich rund 40 Prozent Marktanteil des *EU-Zahntourismus* mit staatlicher Unterstützung erarbeitet. Die ungarische Staatsführung unterstützte Zahnkliniken, Praxen und auch die Lehranstalten, machte dabei auch Marketingwege frei und glänzt heute mit hervorragenden Ärztinnen und Ärzten, sowie mit modernsten Techniken. In der Schweiz nimmt die viel weniger und zumeist nicht so hervorragend ausgebildete Zahnmedizin-Branche ständig mehr Geld und doktert mit alten Verfahrensweisen an ihren Patienten herum. Die Schweiz bedarf einer Modernisierung, was jedoch wohl nur mit der Auflösung der SSO-Strukturen funktionieren würde“, erklärt Stefan Ihde. Gemeint ist: Die SSO sollte durch eine ganz normale Zahnärztekammer ersetzt werden, die begrenzte Aufgaben hat und in der jeder Pflichtmitglied ist. Natürlich gegen einen normalen, kostendeckenden Jahresbeitrag.

## Der Schweizer Haftpflichttrick<sup>1</sup>

Bei Schweizer Zahnärzten sind besonders solche Behandlungen beliebt, die von Versicherungen bezahlt werden. Damit sind jedoch keine Kranken-, sondern Haftpflichtversicherungen gemeint.

Der Sinn einer solchen Haftpflichtversicherung liegt darin, dass die Versicherung des einen Zahnarztes die angeblich notwendigen Nach- bzw. Korrekturbehandlungen eines anderen Dentisten bezahlt. In solchen Fällen können umfangreiche Honorare ausgeschöpft werden. Wenn man es darauf anlegt, geht das nahezu unendlich. Es kann quasi endlos saniert werden. Es verwundert nicht, dass sich Zirkel in der Zahnärzteschaft zusammengerottet haben, die solche Haftpflichtfälle zunächst erzeugen und sich die Patienten dann untereinander aufteilen. Schneller kann man als Zahnarzt kein Geld verdienen, zumal es, wie soll man es ausdrücken, *fast legal* ist. Im Regelfall sind alle Beteiligten unter der Flagge der SSO miteinander verknüpft. Das Vorgehen ist immer gleichartig.

Es ist besonders auffällig, dass vor allem Patienten klagen, die gar keine echten Probleme haben. Sie sind zahnärztlich meistens bestens versorgt und haben alle Zeit der Welt, um auf Kosten der Rechtsschutzversicherung jahrelang den Gerichtsweg zu beschreiten. Im schlechtesten Fall erhalten sie nichts, im Besten bekommen sie am Ende Geld, möglichst aus einem pauschalen Vergleich, ohne die Ver-

---

<sup>1</sup> In den nun folgenden Kapiteln werden Ereignisse berichtet, die Dr. Stefan Ihde erlebt bzw. erfahren hat. Zahlreiche Ausführungen beschränken sich auf seinen biografischen Lebenskreis, womit den Aussagen eine Absolutheit nicht entnommen werden kann.

pflichtung, den Betrag in die Zähne zu investieren. Der erreichte Zugewinn kann dann für eine Urlaubsreise oder für den Umbau des Hauses verwendet werden. Es ist für alle ein gutes Geschäft. Außer für die Nichtmitglieder der SSO, die ab diesem Zeitpunkt höhere Prämien für die Berufshaftpflichtversicherung bezahlen müssen.

Vordergründig wehren sich die Versicherungen. Unter dem Strich ist es ihnen jedoch egal, wie die Dinge ausgehen. Versicherungen wollen wie jedes andere Unternehmen ihren Umsatz erhöhen und Gewinn erwirtschaften. Steigende Kosten werden an die Versicherten weitergegeben. Dadurch können die Haftpflichtfälle so teuer sein, wie sie wollen, solange die Beitragszahlungen höher sind. Steigende Ausgaben aufgrund der Entschädigungen werden durch höhere Policen der Versicherten ausgeglichen. Speziell nach dem Auftreten eines Haftpflichtfalls mit Entschädigungsfolge steigen die zukünftigen Jahresbeiträge personifiziert exorbitant. Und sie bleiben dann auch so hoch. Unter dem Strich bedeutet das für den Konsumenten, dass immer größere Anteile des Behandlungshonorars in den Versicherungskreislauf fließen, wo sie vorwiegend verwaltungstechnisch verbraucht werden und daher nicht für den eigentlichen Zweck zur Verfügung stehen. Das ist der Preis einer modernen Dienstleistungsgesellschaft, in der mehr Geld ohne Leistung verdient wird als mit.

Da die Versicherungskosten ebenso wie Mieten und Personalkosten an die Patienten über den Tarif bzw. die Rechnung weitergegeben werden, hat der Berufsverband SSO (im Hinblick auf die Sicherstellung möglichst hoher Honorare, die seine Mitglieder von den Patienten fordern) selbstredend am Auftreten von Haftpflichtfällen vor allem bei preiswert arbeitenden Kollegen außerordentliches Inter-

esse. Über mutwillig erzeugte Haftpflichtfälle werden die preiswert und patientenorientiert arbeitenden Kollegen diszipliniert und oft sogar dazu motiviert, sich eventuell doch bei der SSO in die Reihe eingliedern zu lassen. Wer ausreichend viel vom Patienten abzockt, gehört zu den Helden und wird nicht mehr drangsaliert. Erstaunliche Verhältnisse.

---

*“Lass dir das Unglück anderer zur Warnung dienen, damit dein Unglück nicht anderen zur Warnung dienen muss.”*

*– Saadi*

---

## Wie wurde der „Mainstream“ geschaffen?

„Viele Patienten stellen mir die Frage, wieso die Dentalimplantologie beinahe weltweit so kompliziert, teuer und langwierig ist. *Wieso gibt es außer bei Ihnen nicht etwas Einfaches und Bezahlbares? Wieso ist es so weit gekommen, und warum hat niemand steuernd eingegriffen?*

Auf diese Frage gibt es viele Antworten, und wir müssen uns an weit zurückliegende Ereignisse erinnern, zum Beispiel an das, was sich Mitte, Ende der 1990er Jahre in Bern/CH ereignete. Schon viele Jahre war in der Schweiz der bekannte Implantologe Philippe Daniel Ledermann tätig gewesen. Er war ohne jeden Zweifel einer der erfahrensten Implantologen in der Schweiz, er hatte sein eigenes Implantatsystem entwickelt und produzieren lassen, und er war der einzige, der den Lehrbereich *Dentale Implantologie* an der Universität mit Wissen, Erfahrung und Kompetenz hätte übernehmen können. Doch es kam anders.

Plötzlich schoss ein bis dahin völlig unbekannter Oberarzt in die Poleposition. Was war geschehen? Der Oberarzt hatte sich von einer schweizerischen noblen Edelmarke anheuern lassen, und mit deren Unterstützung und der nötigen Drittmittel-Zusicherung machte er das Rennen. Er verfasste Ende der 1990er Jahre Publikationen über die vorgeblich so erfolgreichen TPS-Implantate der noblen Edelmarke, was den Verkauf der Schweizer Nobelmarke stark verbesserte. Es spielte eine nur untergeordnete Rolle, dass diese noble Edelmarke nur zwei Jahre später genau diese tollen Implantate wegen der nicht mehr zudeckbaren klinischen Probleme vom Markt nehmen musste. Stattdessen ging sie mit einer neuen enossalen Oberfläche und neuem

Design gleich wieder ins Rennen. Sogleich begann der in der Zwischenzeit zum Professor avancierte Oberarzt damit, Langzeitergebnisse für die neue Oberfläche zu publizieren. Wo die wohl herkommen? Diesmal sah es sogar noch besser aus als zuvor für die alte TPS-Oberfläche. Die Beobachtungsjahre vergingen schon innerhalb von wenigen Monaten. Wunder der Berner Zahnmedizin: ein Versuch mit *beschleunigter Alterung und das am realen Patienten*.

Es zeigt sich hier, dass es ein großer Vorteil ist, wenn ein so großer Hersteller von Dentalimplantaten einen nicht allzu wissenschaftlich interessierten Oberarzt ins Rennen schickt: Wenigstens sind ihm frühere, eventuell anderslautende selbst publizierte Ergebnisse der eigenen Tätigkeit nicht im Wege, und er kann sich voll darauf konzentrieren, sich in den Marketingssound des bezahlenden Unternehmens einzufügen.

Damit der Oberarzt nicht bei der Nobelmarke absprang, bediente man ihn mit einem Angebot, welches er nicht ablehnen konnte: Er durfte für wenig Geld Aktienoptionen der noblen Edelmarke erwerben, die sich alsbald gewinnbringend und steuerfrei in ein kleines Millionenvermögen umwandeln ließen. Eine Hand wäscht eben die andere. Dies alles lief völlig legal und steuerfrei direkt vor den Augen der kantonalen Steuerbehörden ab, die vor Wut kochten.

Seither musste der ehemalige Oberarzt nicht mehr um schweizerische Forschungsgelder betteln und Anträge stellen, er wurde direkt aus dem Headquarter der noblen Edelmarke versorgt, und die Zusammenarbeit lief auch von daher *wie geschmiert*, sogar noch besser. Viele Publikationen wurden erstellt, man sagt, die halbe Universität arbei-

tete damals nur noch für die noble Edelmarke. 2008 publizierte die International Implant Foundation eine Analyse einiger seiner Gutachten und von vier zufällig ausgewählten Publikationen. Mit ernüchternden Ergebnissen: Keine der Publikationen bewies das, was sie angeblich hätte beweisen sollen. Jedes einzelne der überprüften Gutachten und Publikationen waren unkorrekt: Alle falsch-negativen Gutachten betrafen Mitbewerber-Implantate, und alle falsch-positiven Publikationen betrafen die Nobelmarke. Gelernt ist halt gelernt.

So konnte nichts den kometenhaften Aufstieg der schweizerischen noblen Edelmarke verhindern: wissenschaftliche (oft auf sehr tönernen Füßen stehende) Publikationen, fragwürdige Gutachten gegen Mitbewerber-Implantate, Vorträge zur Marketingzwecken sowie Kurse (eigentlich waren es Predigten) von der Universitätskanzlei herab, bekehrten viele Schweizer Zahnärzte zum noblen Schweizer Implantatsystem, und wie geplant rückte alsbald die noble Edelmarke landesweit in die Poleposition.

Der Professor konnte in seinen Kursen stolz verkünden, dass niemand, der mit seiner noblen Edelmarke arbeiten würde und in seine Kurse gekommen wäre, sich jemals über Streitigkeiten mit Patienten Sorgen machen müsste. Denn wer die richtigen Implantate wählt, der hat von vornherein gewonnen. Nach solchen Ansagen kann man als anwendender Implantologe nicht absagen.

Da die Implantate dieser noblen Edelmarke ziemlich große *Dübel aus der Lokomotivzeit* darstellten, entschloss man sich zur *wissenschaftlichen Kooperation* mit einem Hersteller von Knochenersatzmaterial: Anstatt mit cleveren Implantaten zu hantieren, die von vornherein zum

Patientenschädel bzw. zum verbliebenen Kieferknochen gepasst hätten, wurde (mit unsäglich schlechten Ergebnissen) versucht, den Kieferknochen der Patienten durch *Knochenaufbau* (auf die fast immer zu großen Implantate) der Nobelmarke zurecht zu operieren. So wurde von allen Beteiligten dreifach verdient: am Knochenaufbau, an den Implantaten und an der Beseitigung der ganzen angerichteten Schäden. An letzterem oft das Meiste. Den Patienten machte man weiss, dass es nicht anders geht. Auf diese Begrifflichkeit hatte man sich schnell und sogar firmenübergreifend (d. h. mit den wesentlichen Mitbewerbern der noblen Edelmarke) geeinigt. Knochenaufbau wurde *en vogue*.

Patienten litten nachfolgend noch mehr. Während frühe Aussagen des Oberarztes noch von einer Knochenaufbaunotwendigkeit in ca. 20 Prozent der Fälle sprachen, waren schon kurze Zeit später solche Maßnahmen in „80 Prozent“ der Fälle notwendig. Welch Fortschritt der Wissenschaft. Wie kortikobasale Implantate (die es ja seit 1988 grundsätzlich schon gegeben hätte, nur wusste man damals nicht so wie heute, wie damit umzugehen ist) deutlich zeigen, liegt die Knochenaufbaunotwendigkeit effektiv bei 0 (in Worten: null) Prozent! Knochenaufbau wird in Wahrheit gar nicht mehr benötigt, wenn die richtige Implantattechnologie verwendet wird.

Der Unterschied für die Patienten ist wie folgt:

- Ohne Knochenaufbau: weniger Risiken, weniger Kosten, Behandlungszeit drei Tage
- Mit Knochenaufbau: viel mehr Risiken, viel mehr Kosten, Behandlungszeit bis zu zwei Jahre(!)

Was zuvor schon betreffend des angeblichen Kantonszahnarztes in St. Gallen berichtet wurde, gilt auch hier wieder 1:1. Eine Zielposition wird mit einer fremdgesteuerten Person besetzt, die unter Ausnutzung der Insignien und der Macht (und bezahlt von den Steuerzahlern) sodann das ausführt, was der Drittmittelgeber wünscht. Während *normale* Professoren hart forschen und mühsam publizieren, ist es für so einen Professor gar nicht mehr nötig, sich um die Wissenschaft zu kümmern. Seine Publikationen gehen stets durch, da auch die Entscheiderpositionen bei den Ziel-Journalen mit Impact-Faktor längst passend besetzt wurden. Alle Ampeln stehen also auf Grün. Die Inthronisierung des Oberarztes ist nichts anderes als eine Machtergreifung durch die noble Edelmarke.

Trotzdem lässt es sich nicht wegdiskutieren, dass die wissenschaftlich (nach dem Maßstab von Bern/CH) so hochgepriesenen und vorgeblich bis auf Mark und Nieren untersuchten Implantate in der Praxis so fragwürdige Ergebnisse zeigen und fortwährend Probleme erzeugten. Damit das nicht offen herauskommt, wurde eine Serie von Ausreden entwickelt, die dem Patienten Glauben machen sollen, woran es wirklich lag und wieso es ausgerechnet bei ihm/ihr nicht geklappt hat.



Cranio-maxillofacial

# Implant Directions®

Suppl. 1, 2008



Spezialausgabe: Analyse zu einer implantologischen Galionsfigur

Prof. Dr. Daniel Buser, Bern

Wenn „Wissenschaft“ kein Wissen schafft.

WERTUNG UND TATSACHEN IN DER IMPLANTOLOGIE»

GUTACHTENANALYSE»

ERZEUGUNG EINES HAFTPFLICHTFALLES DURCH DEN GUTACHTER

GUTACHTENANALYSE»

GUTACHTERLICHE SCHÜTZENHILFE BEI DER  
LEISTUNGSABLEHNUNG EINER KRANKENKASSE

KRITISCHE ANALYSE»

EINFLUSS DER OBERFLÄCHE BEI IMPLANTATEN  
AUF DEREN OSSEINTEGRATION

KRITISCHE ANALYSE»

FRÜHBELASTUNG VON TITANIMPLANTATEN

KRITISCHE BEWERTUNG»

ZWEIER ZUSAMMENHÄNGENDER STUDIEN ZU  
IMPLANTATIONEN IN „AUGMENTIERTEN“ KIEFERREGIONEN

ISSN 1864-1199 / e-ISSN 1864-1237

Published by IF Publishing, Germany

*ID Cranio-maxillofacial Implant Directions®, Suppl. 1, 2008*

An der Universität Zürich installierte man später sogar eine mit vielen Ärzten besetzte *Interdisziplinäre Periimplantitis-Sprechstunde*, in der abermals auf Staatskosten den leidenden Patienten klargemacht wird, dass so weit alles normal sei, halt nicht ganz optimal, aber doch gut.

Tabelle 2 im Anhang dieses Taschenbuchs zeigt eine Auswahl der wichtigsten Ausreden für das Scheitern einer Implantatbehandlung mit konventionellen Implantaten. Typisch wäre es beispielsweise, dem Patienten das Scheitern der Versorgung mit einer Kombination aus den Gründen No. 1, 4, 5, 6 und 25 zu erläutern. Wie auch beim C19-Virus ist es wichtig, den Patienten, bzw. der Bevölkerung immer auch zu suggerieren, dass sie ein Stückweit *mit Schuld* hat, dass es so weit gekommen ist.

Zu einer korrekten und messerscharfen Bewertung betreffend der 2-phasigen Implantate, die nach der Methode der Osseointegration verwendet werden, kam schon 2001 der Zahnarzt und Publizist Dr. Gerhard Hetz, der in voller Kognition der Situation Folgendes publizierte: Angesichts der sich damals erst leicht auftürmenden Periimplantitis-Welle kam Dr. Hetz zu dem Schluss, dass „nur den Patienten, die glücklicherweise ihre herkömmlichen Schraubenimplantate frühzeitig verlieren, nämlich vor deren Osseointegration des apikalen Anteils, Knochenverluste erspart bleiben“. Da publizierte ein Zahnarzt mit klarer Sicht auf die Dinge und mit Mut.

Im Resultat kann zu den Ereignissen, die sich ab ca. Mitte der 90er Jahre und fast bis heute in Bern/CH zugetragen haben, Folgendes gesagt werden:

- Die konventionelle zweiphasige dentale Implantologie zeigt eine riesige Menge von Nachteilen, die von der

Fachwelt entweder nicht erkannt werden, oder die man totschweigt, an denen man jedenfalls gut verdient.

- Mutmaßlich Millionen von Menschen, die mit diesen Behandlungsmitteln behandelt wurden, mussten und müssen jahre- oder jahrzehntelang unter diesen Implantaten leiden, und das Leiden wird erst dann aufhören, wenn man diese konventionellen Implantate (endlich) entfernt und gegen vernünftige Implantate auswechselt – eben gegen kortikobasale Implantate.
- Der Berner Oberarzt hat ohne Zweifel eine herausragende persönliche und finanzielle Karriere hingelegt. Dazu kann man nur gratulieren. Aktuell lanciert er eine Tochter als Nachfolgerin. Es bleibt also alles in der Familie.
- Leidtragend waren allerdings viele Patienten weltweit, die auf *Swiss Technology* vertrauend am Ende die von der noblen Edelmarke aufgebaute Hybris mit ihrer Mundgesundheit bezahlten (und nicht nur mit vergänglichem Geld).

Wer hätte damals steuernd eingreifen können in einem so korrupten und ausschließlich auf Geld fixiertem Land wie der Schweiz? Viele hätten es gekonnt, eventuell haben es einige versucht, kaum jemand verstand (mutmaßlich) die Gefahr für die Bevölkerung. Und ohnehin hätten die Akteure jedem, der es versucht hätte, Angebote gemacht, die nicht abgelehnt worden wären.

In diesem Kapitel habe ich Fakten zusammen getragen die es dem Leser ermöglichen zu verstehen, wieso es in der dentalen Implantologie überhaupt so weit gekommen ist, und wie die Industrieinteressen in den Universitäten und am Markt rücksichtslos durchgesetzt wurden. Der hier schematisch beschriebene Oberarzt war und ist ja nicht der Einzige, der seine Karriere über die Korridore einer Edelmar-

ke absolvierte: In jeder Universität haben unterschiedliche Hersteller ihre *Pferde am Laufen*, und dies trägt erheblich zur Finanzierung der Universitäten bei. Die hohen Preise für die Implantate bezahlen die Patienten, und aus dem Erlös wird der vorstehend beschriebene Apparat mitbezahlt, der ein behäbiges, wohlgenährtes Eigenleben führt und der emsig Publikationen generiert. Echte Forschung würde nur das Marketing unerwünscht beeinflussen.

Auch die teilweise massiven Nebenwirkungen der konventionellen Implantologie wurden vertuscht, v. a. eben der massive Knochenverlust und die um sich greifende Periimplantitis, die es bis Mitte der 1990iger Jahre gar nicht gab. Den Weg frei gemacht für den Oberarzt und seine noble Edelmarke haben einige kantonale Entscheider, die nicht für die Interessen des Volkes eingestanden sind.

Als Beispiel für dies rechtswidrige und gewaltsame Umsetzung der Doktrin der noblen Edelmarke, die über die SSO und den Kantonszahnarzt in das Gesundheitsdepartement des Kantons St. Gallen hinein getragen wurde, findet sich in Act. B-10-1414 (B 18.5.2015) des Gesundheitsdepartement St. Gallen. Im Rahmen dieses Verfahrens hatte man Dr. U. die Verwendung anderer, rechtmässig zugelassener und im Verkehr befindlicher Implantate untersagt und sogar mit einem Bewilligungsentzug gedroht wenn er dagegen verstossen würde. Ferner wurde ihm untersagt, in einer Praxis (in Gommiswald/SG) zu arbeiten, in der andere Implantat-Produkte angewendet werden als die der noblen Edelmarke. So wurde er mit **brutaler Staatsgewalt (und ohne jeden Grund)** gezwungen, an seinen Patienten Produkte anzuwenden, von denen er in keiner Weise überzeugt war (u. a. weil diese Implantate häufigen aber unerwünschten Knochenaufbau nötig machten, und zudem eine massive

Periimplantitis-Gefahr und fortwährende Eiterungen mit sich brachten) und man hat seine Berufsausübungsbewilligung sogar insofern eingeschränkt, als dass er überall im Kanton St. Gallen arbeiten dürfe, nur eben nicht in dem Gebäude in dem die (von der noblen Edelmarke und dem Departement) unerwünschten Konkurrenzprodukte angewendet werden. Dieses brutale und direkte Vorgehen der St. Gallischen Gesundheits-Departementler (unter dem selbsternannten Kantonszahnarzt Dr. Beat Wider natürlich) schlägt die unerhörtesten Vorgehensweisen von Stalins Schergen.

Die Produkte, die das Departement (trotz legaler Zulassung im EU- und Schengen-Raum) faktisch verbot, waren genau die Produkte, mit deren Hilfe und korrekten Anwendung Stefan Ihde später zwei Mal (2015 und 2019) Weltmeister wurde. Ganz vorne mitgemacht bei dieser Verbots-Aktion mit Ursprung in St. Gallen hat natürlich wieder – der Ecuadorianer!

Durch das Handeln des Departements wurden sowohl die verfassungsmässigen Rechte von Dr. U. als auch die von der Verfassung zugesicherten Rechte des benachteiligten Implantatherstellers (nämlich auf Wirtschaftsfreiheit) verletzt, was vom schweizerischen Bundesgericht auch explizit später festgestellt wurde. Solche Art von subversiven Rechtsverletzungen sind bekanntlich „die gelebte tägliche Praxis“ im Kanton St. Gallen und vermutlich ziemlich häufig in der gesamten Schweiz.

Indem die Schweizer noble Edelmarke also über das SSO-Netzwerk die Departemente auf seine Seite brachte und Mitbewerberimplantate quasi untersagen lassen konnte (evtl. durch den *vorausseilenden Gehorsam* von

untergebenen Mitarbeitern), war der Weg frei für saftige Preiserhöhungen bei den Implantaten. In der Folge konnten sich die in der Schweiz wohnhaften Bürger feste Zähne (auf Implantaten) gar nicht leisten und viele mussten in das Ausland ausweichen. Hinzu kommt, dass die Implantate der Schweizer noblen Edelmarke das Vorhandensein von viel mehr Knochen verlangen als die technisch fortentwickelteren Implantate und Methoden der Konkurrenz. Deswegen mussten sich die Patienten teuren, schmerzhaften und nicht selten zu bleibenden Schäden führenden Knochenaufbauprozeduren unterziehen. Niemand war motiviert oder von Amtes wegen berufen, gegen die Schweizer noble Edelmarke vorzugehen, die gut vernetzt war und ist, und die Macht des Departements ausnutzte.

Um es deutlich zu schreiben: die Ursache dafür, dass solche Fehlentwicklungen möglich waren, liegt beim Gesundheitsdepartement und bei verantwortungslosen Politikern. Wer preiswerte Medizinprodukte schnöde untersagt, und preiswert und marktegerecht arbeitende Zahnmediziner auf Anordnung von aussen absägt, der schafft eine Mangelsituation und zugleich eine Preisblase. Das Gesundheitsdepartement St. Gallen selber verhindert also schadensarme und bezahlbare Zahnmedizin. Die Bevölkerung hat daran freilich kein Interesse, aber sie hat nichts zu melden. Es bleibt zu hoffen, dass diese Biografie dazu beitragen wird, die Mängel aufzudecken.

Ganz aktuell versuchen die Medien uns den Sozialismus schmackhaft zu machen, weil angeblich das marktwirtschaftliche Geldsystem nicht funktioniert. Anscheinend hat die Mehrheit in der Bevölkerung vergessen oder nie verstanden, dass sozialistische Gesellschaften die mörderischsten Systeme betrieben haben, die jemals auf diesem

Planeten existiert haben. Und die Mächtigen versuchen sich gegen alle Andersdenkenden zu wehren: nachdem eine fortgeschrittene Version dieses Buches dem neuen Departementsvorsteher Herrn Bruno Damann zur Stellungnahme vorgelegt wurde, kam sinngemäss folgende Antwort vom obersten Chef des Kantons zurück:

„Wenn Sie das so publizieren, dann muss Ihre Vertrauenswürdigkeit geprüft werden“, - mit anderen Worten, wir werden Sie dann als Mediziner unter dem Vorwand der fehlenden Vertrauenswürdigkeit absägen. Vermutlich hat der Ecuadorianer (direkt aus dem Deep State) diese Antwort dem neuen Chef zur Unterschrift vorgelegt.

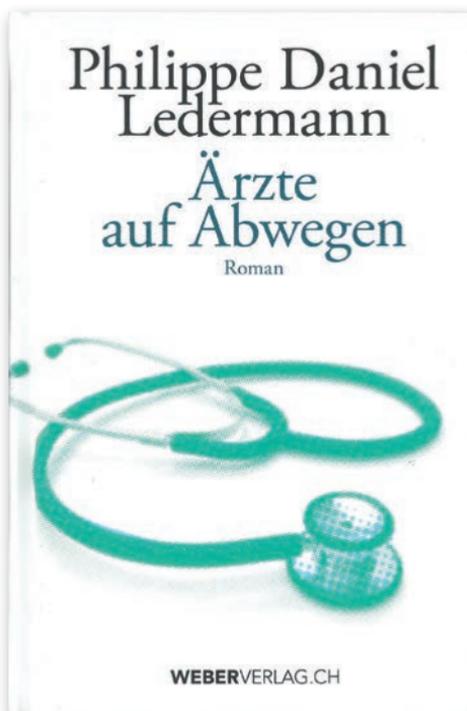
Nach dem Fortgang der Frau Heidi Hanselmann geht es also unverändert weiter im Kanton. Es wurde nichts dazu gelernt. Wie kann man zu einem solchen Staat und zu dem Staatsoberhaupt (Arzt von Beruf!) überhaupt Vertrauen haben?

Was die Lebensleistung und Wirkung des Oberarztes (in Bern) betrifft, so dürfte das je nach der Lebenssituation ganz unterschiedlich beurteilt werden:

- Viele Zahnärzte haben bei ihm die *traditionelle*, umständliche und teure Methode der Implantologie erlernt und damit viel Geld verdient. Dafür sind sie dankbar.
- Andererseits hat der Oberarzt im Verbund mit dem marktbeherrschenden, ausschliesslich auf Profit ausgerichteten Nobelhersteller die Entwicklung der Implantologie und den Fortschritt insgesamt nachhaltig behindert.
- Und wiederum andererseits: vor allem Dank des Internets und der Mund-zu-Mund Propaganda haben findi-

ge Patienten schon vor 20 Jahren und bis heute Alternativen zu der mechanistischen, nicht knochenkonformen Implantat-Methode des Oberarztes ausfindig gemacht. Sie haben *ihren* Behandler, der vernünftige Methoden anwendet, am Ende gefunden. Meine Patienten fliegen um die halbe Welt, um diese Behandlung von mir zu erhalten.

- Es wurden auf Betreiben des Oberarztes über 20 Jahre hinweg Millionen von Schweizer Franken an Steuergeldern (u. a. im Universitätsbereich) verpulvert um eine Art der Implantologie unter die Leute zu bringen, die eigentlich kein einziger Patient freiwillig kaufen würde.



Der Roman des Kollegen Philippe Daniel Ledermann (der durch den Oberarzt wie oben beschrieben verdrängt wurde) beschreibt die Zustände in der Pharmaindustrie an einem sehr eindrücklichen Beispiel. Philippe Ledermann nutzte die freie Zeit und sein ausserordentliches publizistisches Talent: Er schrieb (unter anderem) den hervorragend recherchierten Roman „Ärzte auf Abwegen“<sup>1</sup>, in dem beschrieben wird, wie eine kleine verschworene medizinische Interessensgruppe ein an sich untaugliches Medikament mit allen Mitteln am Markt zu etablieren versucht. Die Bemühungen der dort aktiven Täter endeten erst, als ein naher Familienangehöriger der drei an dem Medikament tragisch verstarb. Mit diesem Medizinthriller weckt Ledermann jeden auf, der sich die Mühe macht, das Buch zu lesen.

Was im Roman und in anderer Sache glücklicher Weise nicht

gelang, gelang dem Oberarzt in Bern. Hunderttausende wurden mit den für die Kiefer viel zu grossen Implantaten verunstaltet, und man erfand den „Knochenaufbau“, um die Kiefer auf die Implantate zurecht zu operieren. Knochenaufbau, der schon in der Traumatologie nicht funktioniert hatte und hat, kann nun wenigstens über die Zahnarztpraxen abgesetzt werden, dort finden sich bei gutem Marketing freiwillige Leiber.

Real funktioniert Knochenaufbau weder im Munde noch in den Extremitäten. Der Unterschied ist jedoch: wenn diese Therapie an den Extremitäten nicht funktioniert, dann sieht das jeder, der/die Patientin ist verkrüppelt. Wenn der Knochenaufbau hingegen im Munde nicht funktioniert, dann sieht das niemand und die Patienten halten (wörtlich genommen) den Mund, damit es niemand sieht, was mit ihnen gemacht wurde.

Dank der unterbildeten „eidgenössisch diplomierten“ Zahnärzte, denen an der Uni Professoren gegenüber standen, die in erster Linie aus den Gebrauchsanweisungen der Produkthersteller vorlasen, wurden die Produkte später locker an den Mann gebracht.

Die Hersteller pampern die Unis von allen Seiten und die angehenden Zahnmediziner sind vordringlich daran interessiert, ihren „Porsche“ so rechtzeitig zu bestellen, dass er beim Examen auch pünktlich geliefert werden kann. Unnötig grosses Wissen wäre dem Absatz der Produkte nur im Wege, besser man schwimmt im Mainstream.

1 Erschienen im Weber Verlag, CH-3645 Thun, ISBN 978-3-03818-230-6

## Wer bestimmt, welche Methode verwendet und welches Implantat gesetzt wird?

Auf meinen Reisen konnte ich beobachten, dass es ganz unterschiedliche Gründe gibt, warum ein bestimmtes Implantat in einer Praxis (und damit bei den Patienten) eingesetzt wird. Um es vorweg zu nehmen: Medizinische Gründe spielen die geringste Rolle, wie immer geht es in erster Linie um Geld (und nicht alleine um das Geld, welches der Behandler verdient). Die Entscheidungen werden oft von Nicht-Medizinern getroffen.

Wann immer Dentalimplantate in grösseren Praxen/Kliniken verarbeitet werden (ich konnte das vor allem in Russland und Weissrussland beobachten), bestimmt *der Einkauf*, was eingekauft und verwendet werden kann. *Der Einkauf*, das ist der/die Einkaufsleiter/in, und im Regelfall ist ein klar geregelter Payback an diese Person notwendig, um das Produkt an diese Klinik überhaupt verkaufen zu können. Dies treibt zwar die Behandlungspreise nach oben, aber was soll's. Denn 15% Payback von 200 Euro sind deutlich mehr als 15% von 100 Euro, weswegen die Einkaufsleitung an preiswerten Produkten gar kein Interesse hat. Der Chirurg oder der Implantat-Prothetiker haben bei diesem Vorgang dann nicht mitzureden, wenn *der Einkauf* bestimmt.

Gelegentlich kommt es vor, dass der Chirurg den Einkauf selber erledigt, was dann zum gleichen Ergebnis führt: Auch in diesem Fall erhält der Chirurg einen (möglichst grossen) Payback, und oft ist das mehr als das was ihm die Klinik für die eigentliche Arbeit (das Implantieren) bezahlt. Einige der grossen Implantathersteller erzeugen am Markt die Nachfrage nach ihren Produkten bei den Patienten.

Diese Art von Marketing ist platt und bunt auf den gutgläubigen Konsumenten abgestellt (und nicht durch wissenschaftliche Facts hinterlegt), der anschliessend das Produkt in der Klinik seiner Wahl nachfragt. Bekommt er es nicht, dann geht er zu einer anderen Klinik. Da Produktmarketing, welches die breite Masse der Bevölkerung erreichen soll sehr teuer ist, schlägt sich dieser Vorgang abermals auf die Preise nieder. Und so kommt es, dass eine kleine Titanschraube, **deren Pendant aus Stahl im Baumarkt zum Kilopreis erhältlich ist**, plötzlich 350 Euro kostet, zuzüglich der Zusatzbauteile, die oft auch mehrere hundert Euro kosten.

Werfen wir nun einen Blick auf Deutschland. In Deutschland gibt es eine grosse Menge von gesetzlich versicherten Patienten, teilweise mit Zusatzversicherung, und eine kleine Gruppe von echten Privatpatienten. Die privaten Krankenversicherungen beschäftigen eine kleine Armee von sogenannten Gutachtern (siehe [www.falschgutachten.info](http://www.falschgutachten.info)), die ihnen mit nicht-korrekten medizinischen Argumenten und frei erdachten Argumentationsketten die Grundlage für Leistungsablehnungen schaffen. Daneben beschäftigen sie eine weitere Armee von Rechtsanwälten, welche die Ablehnungsbescheide vor Gericht zu rechtfertigen versuchen. Der massivste Gegenwind gegen die basale Implantologie kam in Deutschland von der DKV Krankenversicherung, die keine Chance ausgelassen hat, um die mit diesen Implantaten ausgestatteten Patienten auflaufen zu lassen. Erst als im Jahre 2007 das OLG Köln (dessen medizinische Kammer die ganze Show der DKV auf die Nerven gegangen war) eine Grundsatzentscheidung zu Gunsten meiner Methode gefällt hatte (LG Köln Ur. vom 7.2.2007 – 23 O 458/04, publiziert in NJW 2007, S. 1401ff), gab die DKV Ruhe.

Seit ca. 2-3 Jahren beginnt die *DKV* die gleiche Show schon wieder. Ich habe mich umgehört, was nun plötzlich wieder los ist und siehe da – Ein bösemeinender ehemaliger Kommilitone aus meiner Studienzeit ist bei der *DKV* der zuständige Fachberater geworden. Er betreibt die Sache wohl aus ureigenstem Interesse.

In diesem Zusammenhang sollten wir nun einen Blick auf die Liga der *Kieferchirurgen* werfen. Kieferchirurgen, das sind Mediziner die (in Deutschland und in vielen anderen Ländern auch) Zahnmedizin und Medizin studiert haben und anschliessend für sechs Jahre eine anstrengende Facharztausbildung absolviert haben. Diese Fachkollegen waren also gut und gerne 15 Jahre mit ihrer universitären und postgraduierten Ausbildung beschäftigt. Sie lebten fernab vom richtigen Leben, und speziell auf der letzten Etappe kommen sie stark mit dem Klima des Beamtenapparates in Kontakt, sprich mit der universitären Korruption. Kieferchirurgen sind in erster Linie dafür ausgebildet, umfangreiche Rekonstruktionen des Gesichtsschädels durchzuführen, ebenso wie Krebsoperationen und andere wichtige Eingriffe. Das Problem ist nur: Daran verdienen sie nichts! Ihr Haupteinkommen kommt aus der Implantologie, und dabei vor allem aus dem Knochenaufbau. Würde also der Knochenaufbau wegfallen (und genau das ist ja bei der Technologie des *Strategic Implant®* der Fall), dann gehen ihnen 50% des Einkommens pro Fall verloren. Daran besteht natürlich kein Interesse<sup>1</sup>. Ich denke das ist ver-

---

1 Im Grunde gehen ihnen sogar 100% des Umsatzes verloren, weil die Patienten ja gar nicht mehr zum Kieferchirurgen gehen müssen wenn der dafür ausgebildete Zahnarzt alle Behandlungen selber ausführt. Und genau das stört die Kieferchirurgen an dieser Methode des *Strategic Implant®*.

ständig, die Frage ist aber, wie können diese Fachkollegen *Kieferchirurg* in den Markt eingreifen?

Die leider nur in deutscher Sprache bereitgestellte Website [www.falschgutachten.info](http://www.falschgutachten.info) weist aktuell 19 ausführlich analysierte und als *FALSCH* befundene Gutachten aus, und fast alle dieser inhaltlich falschen Gutachten stammen von Oral- oder Kieferchirurgen! Das sollte zu denken geben. Dies vor allem wenn man bedenkt, wie wenige Kieferchirurgen es gibt im Verhältnis zu den Zahnärzten. Die Erstellung von falschen Gutachten scheint ausweislich der hier erwähnten Website geradezu eine Domäne dieses Berufstandes zu sein, in dem Gruppendynamik und Gruppenzwang wirkt wie wir sie aus Hitlers Zeiten gut kennen.

Lassen Sie uns gleich noch einen Blick auf ihre Zuweiser werfen: Zugewiesen werden von vielen Zahnärzten diejenigen Patienten, die Weisheitszähne, Zysten und andere störende Dinge zu entfernen haben. Das sind alles Jobs, die kaum Umsatz und Gewinn erzeugen. Grosses Interesse besteht hingegen an Implantatpatienten. Im Regelfall kommt es deswegen zwischen den Zahnärzten und den Oral- und Kieferchirurgen zu einem Payback: für jedes Implantat welches die Chirurgen zugewiesen bekommen, fliessen X Euro an den Zuweiser zurück. Der Deal lohnt sich für beide Seiten. Die Zahnärzte verdienen an der Prothetik (Brücken/Kronen) und haben das Risiko der Implantate nicht auf ihren Schultern. Win-Win also für die Mediziner.

Am besten ist es für die Zahnärzte, wenn die Chirurgen auch noch den Freilegungseingriff vornehmen, dann bekommen sie Patienten mit sicher eingehheilten Implantate zurück. Die erfreuen sich am Payback und können gemütlich weiter behandeln. Das Faktum, dass diese Zahnärzte

mangels Wissen oder Erfahrung die Chirurgie gar nicht erbringen können (was die Patienten misstrauisch machen sollte) gereicht ihnen noch zum Vorteil: Geld fliesst ihnen ohne jede Arbeit zu.

Wenn Sie aus diesem Kapitel folgende Hintergrundinformation (zur Beurteilung der realen Lage) mitgenommen haben, dann hat sich das Lesen dieses Kapitels für Sie schon gelohnt:

1. Hinter den Handlungen vieler Mediziner stehen ausschliesslich finanzielle Interessen.
2. Es bestehen in der Medizinerschaft gut funktionierende Verteilungskoalitionen<sup>2</sup>, die koordiniert handeln und den Patienten vorspielen dass Dinge so oder so gemacht werden *müssen*. Verteilungskoalitionen, das sind Koalitionen von Personen, die unter sich abmachen, wie ein Deal abgewickelt wird, und wer wie viel daran verdient: das ist so etwas wie eine Jagdgemeinschaft.
3. Die aufwändigste Methode und Prozedur sind gerade gut genug, um hinreichend viel Geld zu verdienen.

---

2 Dieser Begriff wurde vom amerikanischen Volkswirt Prof. Mancur Olson geprägt, der in seinem Werk *The Rise and Decline of Nations: Economic Growth, Stagflation, and Social Rigidities*. New Haven: Yale University Press. 1982. ISBN 978-0300030792, recht genau beschrieb, wie diese Verteilungskoalitionen funktionieren, und wie sehr sie der Volkswirtschaft schaden. Besonders interessant an diesem auch in deutscher Sprache publizierten Buch ist, dass Mancur Olson davon ausging, dass es solche Verteilungskoalitionen in der Schweiz der 1950er und 1960er Jahre nicht gäbe. Offenbar hat sich Herr Prof. Olson nur sehr oberflächlich mit der Schweiz befasst und war vom Marketing dieses Landes geblendet.

## Deep-State-Strukturen

„Meine private und berufliche Biografie ist untrennbar mit den strukturellen Gegebenheiten und den damit verbundenen Ereignissen im Kanton St. Gallen verknüpft, da ich viele Jahre dort verbracht habe. Einen relevanten, entscheidenden Vorgang möchte ich in diesem Buch erzählen.

Der Begriff *Deep State* wird verwendet, um Strukturen und Beziehungsgeflechte innerhalb eines Staates zu bezeichnen. Deep-State-Strukturen unterwerfen sich nicht den Gesetzen, obgleich sie sich der Staatsdiener bedienen, die aus Steuermitteln bezahlten werden. Sie benutzen also bestehende Strukturen für eigene Zwecke, **dabei verhalten sie sich quasi wie Viren**. Ein krasses Beispiel hatte ich im vorangehenden Kapitel erwähnt, als ich von der Einschränkung der verfassungsmässig garantierten Wirtschaftsfreiheit des Dr. U. berichtete. Und natürlich wurde auch ich durch den „Rechtsstaat St. Gallen“ (auf das Geheiss der Zahnärzteschaft) bis aufs Messer bekämpft.

Wenn wir jung sind, erscheinen uns Ärzte als hilfreiche und gutmütige Personen, denen wir Glauben und Vertrauen schenken. Es bedarf einiger Mühe, um hinter die Kulissen des medizinischen Systems zu schauen, und um sodann vom guten Glauben abzufallen. Hinter dem Vorhang herrschen Korruption, Rücksichtslosigkeit und Brutalität. Der Patient, um dessen Wohl es angeblich geht, wird zum Spielball und zum reinen Objekt des Geldverdienens degradiert. Um diese Kunden/Kranken, bzw. deren Krankenkassen möglichst optimal auszupressen, haben sich Mediziner schon seit jeher einschlägiger Mittel bedient,

die ich in diesem Kapitel in Auszügen schildern werde. Eine sehr ähnliche Ansicht vertritt ganz offen der deutsche Radiologe Gerd Reuther, dessen Beiträge auf YouTube leicht zu finden sind. Herr Dr. Reuther berichtet von unnötigen und schädigenden Therapien durch die breite Masse der Mediziner, und auch davon, dass durch Nicht-Therapie weitaus bessere Ergebnisse erzielt werden können. Wir alle haben es in 2020 erlebt, wie gewiefte Mediziner mit Medienhilfe ein völlig harmloses (angeblich existierendes) Virus dazu benutzen, um in der Bevölkerung Angst und Schrecken zu verbreiten (ich erinnere daran, dass seit jeher die gleichen Methoden auch von gewissen grossen Kirchen benutzt werden, denn wo das Wissen aufhört, beginnen bekanntlich Glaube, Irrglaube und Aberglaube), und um den Patienten weitestgehend falsche und vor allem unnötige Therapien aufzudrücken. So konnte die Krankenhaus-Verweildauer und die medizinischen Aufwendungen für Grippe-Erkrankungen massiv nach oben gedrückt werden, was ungeahnte Geldquellen erschloss. Nachfolgend begann man damit, sogar noch gegen dieses angebliche Virus zu *impfen*, was nicht nur wieder unnötig ist, sondern auch potentiell verheerende Wirkungen haben kann.

In unserem (dental-implantologischen) Bereich wurde und wird genau das Gleiche veranstaltet: Zunächst erklären die Universitäten die grosslumigen und rauen Implantatkörper zum *Standard*, und sogleich wird damit angefangen die Kieferknochen der Menschen auf diese grossen Implantatkörper zurecht zu operieren: Plötzlich wird *Knochenaufbau* „nötig“. Kosten und Risiken explodieren. Wenn es dennoch gut gehen sollte, dann beginnt schon bald nach dem erfolgreichen *Behandlungsabschluss* der jahrelange, teure und schmerzhaft Kampf gegen die Periim-

plantitis (erzeugt durch das Design, die Grösse und die für den Mundraum ungeeignete Oberfläche der Implantate). Die Gesundheitsbehörden schauen einfach zu. Sie sind ja bestens beraten durch angebliche Kantonszahnärzte, die Kraft ihres Amtes den Mantel des Schweigens über die professionelle Misshandlung der Bevölkerung hängen.

„Besonders nachteilig wirkte sich für mich der Umstand aus, dass ich 1993/94 meine erste Praxis im Schweizer Kanton St. Gallen eröffnete. Wie sich später herausstellte, ist dieser Kanton schwerpunktmäßig von Deep-State-Strukturen betroffen und wird von dort gelenkt. Damals, als junger Mann, war ich vom strahlenden Symbol der Schweizer Flagge geblendet und hatte noch keine Erfahrungen im Alpenland, mit den Strukturen der Zahnmedizin ohnehin nicht. Der hohe und gepriesene Lebensstandard überdeckte die Tatsache, dass die Schweiz zu den korrupten Nationen dieser Welt gehört. Nach meiner persönlichen Einschätzung liegt der Kanton St. Gallen weit vorne im Korruptionsranking innerhalb der Schweiz. Gemeint sind hierbei nicht das Zuschustern von Bargeld, der berühmte Briefumschlag oder die Überweisung auf ein heimliches Konto, sondern der subtile Machtmissbrauch innerhalb eines Staates zur Bereicherung von Personen, Firmen, Institutionen in nahezu jedem Bereich. Wie in vielen anderen Bereichen geht es den jeweiligen Interessensgruppen darum, ihre Pfründe zu sichern und zu verteidigen. Dafür ist in St. Gallen, wie ich leidvoll erfahren musste, jedes Mittel recht. Die SSO, das Gesundheitsdepartement und die Mitglieder der *Zahn-Cosa-Nostra* arbeiten Hand in Hand.“

Ich erläutere die Vorgänge am Beispiel der zahnmedizinischen Interessensgruppe. Die mächtige Zahnärztesgesellschaft SSO agiert unkontrolliert, willkürlich und skrupellos.

Ihre Statuten aus dem Jahr 2003 verdeutlichen das tatsächliche Ziel: Es geht der Organisation speziell um das Wohl der Zahnärzte innerhalb der Schweiz, die einen Schweizer Pass haben. Patientenschutz ist in der Satzung nicht vorgesehen. Ab 2004 ermöglichten es neue *Bilaterale Verträge* deutschen Mediziner, in der Schweiz zu praktizieren. Dadurch ergaben sich für SSO-Mitglieder harte Zeiten. Die Anzahl der Praxen erhöhte sich und die bislang europaweit höchsten Leistungspreise gerieten ins Wanken. Der Zahntourismus nach Ungarn schmälerte ohnehin schon die Umsätze im eigenen Land. Also entschloss man sich innerhalb der SSO um 2012 herum, dagegen energisch vorzugehen. Eine zentrale Rolle beim versteckten Betrug an Patienten und gegen Mitbewerber spielte schon seit vielen Jahren der sogenannte *Kantonszahnarzt*. Das Gesundheitsgesetz schreibt jedoch keinen übergeordneten Kantonszahnarzt (\*12) im Kanton St. Gallen vor. Die an sich gar nicht vorhandene Lücke füllte der Zahnarzt Dr. Beat Wider im Jahr 2004. Er schuf die Position ohne amtlichen oder institutionellen Auftrag, und blieb zwölf Jahre lang selbst ernannter Kantonszahnarzt bis ins Jahr 2016. Die unkontrollierte Macht in einer solchen Position ist enorm. Das eigentliche Ziel machte der sich selbst krönende Zahnarzt süffisant in einem Interview mit dem Tagblatt am 21. Juni 2012 deutlich. Die Zeitungsredaktion hinterfragte skeptisch die Schließung einiger Zahnarztpraxen. Die Skepsis war berechtigt, denn der vermeintliche Kantonszahnarzt schloss nur Praxen von Nichtmitgliedern der SSO aufgrund von angeblichen Patientenbeschwerden. Beschwerden gegen Mitglieder der SSO liegen ja nie ernsthaft im Departement vor, sie wandern sofort und auf leisen Sohlen heraus aus dem Departement und zur SSO-eigenen *Honorarprüfungskommission*.

Dr. Wider: *Meine Hauptaufgaben sind die Erteilungen von Genehmigungen von Praxis- und Assistentenbewilligungen, sowie die Funktion als Ombudsmann für unzufriedene Patienten, die von Nichtmitgliedern der SSO SG (Schweizerische Zahnärztesgesellschaft Sektion St. Gallen) behandelt werden. Im Moment gibt es rund 300 Zahnärzte im Kanton St. Gallen, 250 davon sind Mitglieder der SSO SG. Und diese Mitglieder haben eine eigene Ombudsstelle. Für mich ist das ein besonders erwähnenswerter Vorteil für die Patienten und entspricht einem Gütesiegel der Schweizerischen Zahnärztesgesellschaft.*

Hoppla, damit ist schon vieles aus seinem Mund gesagt und erklärt. Dr. Wider war anscheinend etwas unbedacht oder schlichtweg wahnhaft davon überzeugt, tatsächlich Kantonsarzt mit dem Recht der *Sortierung* von guten und schlechten Ärzten zu sein. Aber leider wurde aus dem redaktionellen kein journalistisches Interesse. Längst schon hätte das System im Sinne der Öffentlichkeit journalistisch hinterfragt werden müssen. Was jedoch nicht der Fall ist. Schweizer Zeitungsredaktionen sind keineswegs für richtigen Journalismus bekannt. Gemäß der kantonalen Verordnung (die er als ehemaliger Parlamentarier im Kanton St. Gallen gleich selber auf den Weg brachte) ist der Kantonszahnarzt – sofern dieser Posten denn jemals durch die Regierung geschaffen werden würde, was (Stand 2020) nie der Fall war – aber nur für die Assistentenbewilligung zuständig und nicht für die Praxisbewilligung selber oder gar für Disziplinarverfahren. Dr. Wider ging es darum, Einfluss darauf nehmen zu können, welcher seiner Mitbewerber die Genehmigung bekommen würde, einen Assistenten einzustellen. Damit konnte er die Expansion mitbewerbender Praxen steuern. Später wurde sein Einfluss jedoch um-

fassend, weil niemand daran dachte, ihn zu stoppen, und angeblich wusste auch niemand, dass er gar nicht im Departement herumstöbern durfte.

Die SSO unterstützte die Selbsterkennung ihres Mitglieds Dr. Wider, zumal er für wirtschaftlichen Aufschwung sorgte. Um das für die SSO lukrative Schauspiel nicht beenden zu müssen, wurde 2016 ein neuer Kantonszahnarzt per Vertrag des Kantons St. Gallen eingesetzt. Doch auch Dr. Bronwasser fehlt die echte Legitimation. Immerhin hat er einen Vertrag, wenn auch ohne Rechtsgrundlage. Fazit: Der Kanton St. Gallen macht in diesem Bereich auch in Zukunft genauso illegal weiter wie in der Vergangenheit.

Dr. Bronwasser schreibt juristisch verbindliche Briefe auf offiziellem Papier mit amtlichem Briefkopf. Er darf interne Patientenakten einsehen, Dossiers und all das, was an sich dem sensiblen Datenschutz insbesondere von Patienten unterliegt. Die Datenschutzabteilung des Kantons kümmert sich sowieso nicht um den Datenschutz. Diese Rechtswidrigkeit hat im Kanton St. Gallen eine uralte Tradition, die nie belangt und somit wohl auch niemals bestraft werden wird. Würde man heute durch Gesetzesänderung die Position des Kantonszahnarztes schaffen, dann würde sich der Kanton eine Blöße geben und zugeben, dass es die Position bisher gar nicht gab. Das scheint nicht gewollt zu sein. Da sich die (im Mai 2020 ausgeschiedene) Vorsteherin des Departements nur von hauseigenen Juristen beraten lässt, die jedoch unter der Kontrolle des Kantonsarztes stehen, fielen die Mängel bei der Ernennung und Berufung dieses Kantonszahnarztes unter den Aktentisch. Das musste auch so sein, weil man eine nicht existente öffentliche Arbeitsstelle wohl kaum offiziell ausschreiben kann.

Nun, man muss neidlos zugeben: Gleich zwei illegitime Kantonszahnärzte in Folge sind Spitzenklasse in der Departementschieberei. Die damalige Kantonspräsidentin Heidi Hanselmann unterschrieb den Vertrag mit dem neuen Kantonszahnarzt jedoch nicht selbst, sondern überließ es ihrem Generalsekretär. Es ist anzunehmen, dass sie die Flut von Beschwerden und die am Verwaltungsgericht anhängigen Verfahren wegen und gegen einen Kantonszahnarzt verunsicherten, und sie konnte so einen rechtswidrigen Vertrag nicht unbeschwert und selbst nicht mit schlechtem Gewissen unterschreiben. Da überlässt man dann dubiose Vertragsunterschriften besser einem Generalsekretär (ein strammer Schweizer mit guten Militärconnections), der die zu unterschreibenden Inhalte nicht im Ansatz beurteilen kann. Er kann als gutgläubig gelten, zumal er augenscheinlich ohnehin kaum an Departementsangelegenheiten arbeitet – postalisch ist er (jedenfalls im Departement) für Stefan Ihde nie zu erreichen gewesen.

Apropos Beschwerden und Klagen gegen den nicht amtlich offiziellen Kantonszahnarzt: Richter Beda Eugster lehnte die Bearbeitung am Verwaltungsgericht wegen Befangenheit ab. Somit musste sich Richter Dr. Thomas Scherrer mit der Angelegenheit beschäftigen. Mit spitzen Fingern berührte er die Akten kurz mal nebenbei, um den Fall dann bis zu seiner Pensionierung niemals wieder zu erwähnen, geschweige denn zu bearbeiten. So vergingen mehr als drei Jahre, bis schließlich der neu gewählte Richter Stefan Zürn den Fall des nicht existierenden Kantonszahnarztes listig mit einem anderen anhängigen Fall verband, den er positiv entschied und anschließend feststellte, dass über den Kantonszahnarzt nun nicht mehr entschieden werden müsse. Man kann das Vorgehen von Herrn Zürn gleicher-

maßen als „listig“ loben, oder als schockierend bezeichnen. Am Ende schützte er einen Täter, der über zwölf Jahre lang unrechtmäßig Akteneinsicht nahm, Ärzte in die Verbannung schickte, geheime Patienten- und Arztdaten studierte, rechtswidrig in mutmaßlich Hunderten von Verfahren im Sinn der SSO mitwirkte. Die *gelebte Praxis* im Kanton St. Gallen zieht sich also hoch bis in die Gerichte.

Mein eigenes Beschwerdeverfahren gegen Dr. Wider beschied die Datenschutzabteilung des Kantons St. Gallen dahingehend, dass man mir zustimmte: Es gibt keinen Kantonszahnarzt im Kanton St. Gallen. Konsequenzen hat das jedoch nicht, der gesetzlich verbriefte Datenschutz in St. Gallen greift hier nicht. Ich frage mich bis heute, wozu es eine Datenschutzabteilung gibt, wenn sie sich außer Stande sieht, die Daten (z. B. meine Daten) vor dem Zugriff von Fremden zu schützen. Dr. Wider hatte aber nicht nur Einsichtsrechte, man sandte ihm sogar Akten und Schriftverkehr mit geheimen (geschützten) Daten nach Hause. So erhielt er unter anderem von Rechtsanwalt Michael Bühler, ehemaliger Leiter Recht des Departements, Originaldokumente aus verschiedenen Dossiers frei Haus in seine Privatpraxis. Dort sind sie mutmasslich noch heute (D12 6012, Act. 70 u. a.). Kein Wunder, dass viele höchst wichtige Dokumente im Departement bis heute fehlen. Trotzdem hat niemand im Departement Interesse daran, diese Dokumente zu suchen, denn allen ist klar, wo sie abgeblieben sind und dass sie auch nie mehr zurückkommen werden. Das ist eben ein weiteres Beispiel für die „gelebte“ (zutiefst rechtswidrig und menschenverachtende) Departementspraxis im Kanton St. Gallen.

Der angebliche Kantonszahnarzt lancierte selbstkonstruierte Beschwerden gegen unliebsame zahnärztliche

Mitbewerber direkt in das Departement. Von dort startete man sogleich eifrig Untersuchungen, die er selbst leitete und jahrelang dumpf in Gang hielt. Ewiglich währende Verhandlungen über Beschwerden, die es de jure und de facto gar nicht gab, (D12 6012 Act. 303), wurden instrumentalisiert, um die Konkurrenz auszuschalten. So konnten unliebsame Mitbewerber des Kantonzahnarztes und seiner SSO-Kollegen mühelos vertrieben werden. Nur darum geht es, das hält die Preise hoch. Und die ganze Aktion zahlt der Steuerzahler, der die Staatsdiener finanziert.

Dr. Marcel Eck in Goldach war eines der frühen Opfer dieser Methoden. Dr. Eck hatte nach seinen eigenen Aussagen in mittlerweile entfernten Internet-Blogs handfeste Beweise gegen Heidi Hanselmann und den damaligen Ersten Staatsanwalt Hansjakob (zwischenzeitlich verstorben) in der Hand. Er machte seine Vermutungen und Erkenntnisse öffentlich. Hieraus ergab sich dann ein handfester erster Auftrag für den Ecuadorianer. Der deutschen oder schweizer Sprache war der *neue Mann aus Ecuador* kaum mächtig, er war anscheinend der *Mann fürs Grobe*. Es liegt auf der Hand, dass er zur agierenden Marionette involvierter Interessensgruppen wurde. Er sorgte gekonnt für die Schließung der Praxis von Dr. Eck, was Ecks Ruin auslöste. Zusammen mit Dr. Wider wurde der damalige zahnärztliche Assistent von Dr. Eck als selbstständiger Zahnarzt in der Nachbarschaft inthronisiert. Schliesslich ist das ja die Aufgabe eines Kantonzahnrztes. So konnte der ehemalige Assistent auch gleich das Inventar und den Kundenstamm seines ehemaligen Arbeitgebers kostenfrei übernehmen und verwenden. Ein Schelm, der Böses dabei denkt.

Dr. Eck war fassungslos darüber, nach rund 30 Jahren einwandfreier (beschwerdefreier) Zahnarztstätigkeit derart

angegriffen und ausgeschaltet zu werden. Er verkräftete es psychisch nicht und verlor die Selbstkontrolle. Darauf hatte man nur gewartet: Mit Hilfe eines psychologischen Gutachtens geriet Dr. Eck noch stärker in die Mühlen des Systems und landete alsbald in der angeordneten Sicherungsverwahrung (in diesem Fall handelte es sich um die schweizerische Version des bekannten sowjetischen „Gulag“, aus dem niemand mehr zurück kehrt.) zum Wohle der Öffentlichkeit. Dort schmort er wohl bis heute. Frau Hanselmann und der Staatsanwalt waren fein raus. Aus diesem Erfolg lernte der Ecuadorianer, der als gerade mal angelegener Jurist wohl am ehesten noch über die katholische Bahnhofsmision zu seinem Job gekommen war. Er zog seine Blutspur (unter der Führung von Dr. Wider) weiter durch den Kanton. Denn andere hochqualifizierte Zahnärzte folgten Dr. Eck auf dem Weg ins berufliche Abseits. Dr. U. (Benken/SG), gleichfalls ein Opfer der Skrupellosigkeit, gewann zwar nach Jahren seinen Fall am Bundesgericht, doch er ging entnervt in den Ruhestand. Verunglimpft und gesundheitlich angeschlagen, konnte er die geschlossene Praxis finanziell nicht über so viele Jahre aufrechterhalten. Dr. U. aus G./SG wehrte sich sieben Jahre lang mit allen Mitteln gegen das Departement, dann ging auch er in Rente. Dr. K., Schänis/SG, ebenfalls aus dem Kanton St. Gallen, gab kampfflos auf. Die vorgenannten Dres. U. und U. wurden durch Falschgutachten eines Herrn Dr. Dr. E. Meier, Rapperswil, natürlich auch aus dem Kanton St. Gallen (und guter Kumpel des angeblichen Kantonszahnarztes), zu Fall gebracht.

---

*“Die sieben Todsünden der modernen Gesellschaft:  
Reichtum ohne Arbeit  
Genuß ohne Gewissen  
Wissen ohne Charakter  
Geschäft ohne Moral  
Wissenschaft ohne Menschlichkeit  
Religion ohne Opfer  
Politik ohne Prinzipien.”*

*– Mahatma Gandhi*

---

Auch bei Stefan Ihde hat man das mit den getürkten Gutachten versucht – aus unklaren Gründen weigerte sich die kantonale psychologische Gutachterin auf Grundlage einiger seiner Schriftsätze an das Departement das gewünschte Negativgutachten zu schreiben. Naja, einen Versuch war es wert...

---

*“Zuerst ignorieren sie dich, dann lachen sie über dich, dann bekämpfen sie dich und dann gewinnst du.”*

*– Mahatma Gandhi*

---

Michael Zach, Fachanwalt für Medizinrecht aus Mönchengladbach, hat im Internet das gutachterliche Lügengebilde von E. Meier auf der Webseiten: [www.falschgutachten.info](http://www.falschgutachten.info) akribisch aufarbeiten lassen. Auch viele andere falsche, potentiell existenzzerstörende Gutachten werden von der international anerkannten Stiftung juristisch und medizinisch versiert ganz präzise widerlegt. Die Großzahl der analysierten Fehlleistungen stammte (wen wundert es?) von schweizerischen Gutachtern und Autoren, und ganz mit dabei war wieder der Berner Oberarzt. Die Strafanzeige gegen Dr. Dr. Meier wegen zweimaliger falscher Gutachtenerstellung wurde von der zuständigen Staatsanwaltschaft ohne Ermittlungen oder Gegengutachten „nicht an die Hand genommen“, ein schweizerisches Fachwort für „unter den Tisch gekehrt“. Eine Klageerzwingung war leider nicht durchsetzbar. So hilft man sich im Deep State St. Gallen. Die Staatsanwaltschaften in St. Gallen sind bis heute ein wichtiger Teil des korrupten (\*14) Spiels und agieren jenseits juristischen und moralischen Rechts. Der Fall Dr. Dr. Meier macht deutlich: Wenn eine Anzeige vorab erkennbar zu Recht eingereicht wird und es absehbar ist, dass konträr zum System der Anzeige juristisch nichts entgegenzusetzen ist, dann weist die Staatsanwaltschaft die Anträge schlichtweg ab. So bleibt die Ruhe im Lande erhalten.

Ich bezeichne die so manipulierten Vorgänge als korrupt und staatszersetzend. Das Ganze funktionierte nur deswegen, weil zahlreiche Top-Leute im Kanton und in der Regierung daran mindestens durch Duldung mitwirkten, zumeist weil sie davon profitierten und natürlich weil sie die gleichen Werkzeuge für sich benutzten. Unter diesem nichtexistierenden Kantonzahnarzt wurden zahllose aus-

ländische Zahnärzte grundlos, aber effektiv beruflich und geschäftlich exekutiert. Es wirkte sozusagen die normative Kraft des Faktischen: Mehrjährige Verfahren vor dem Gesundheitsdepartement sind gleichbedeutend mit dem finanziellen Ruin, da müssen die Ursachen des Verfahrens oder die Schuld des Einzelnen gar nicht mehr diskutiert werden. Einsicht in die angeblichen Patientenbeschwerden verweigert das Departement, indem auf die mangelnde Vertrauenswürdigkeit der zum Abschluss freigegebenen Medizinalperson verwiesen wird. Die Betroffenen wissen also gar nicht, wogegen sie sich wehren sollen. Zustände wie in Russland zu den allerschlimmsten Stalin-Zeiten, das ist die „gelebte Praxis“ (einer der Lieblingsbegriffe von Heidi Hanselmann, der ehemaligen Departementsvorsteherin), sprich die Normalität in St. Gallen. Die Machenschaften werden am Ende häufig vom Bundesgericht mit komplizierten Begründungen gestützt. Deep State von oben bis unten. So funktioniert doch kein Rechtsstaat! Die jahrelang währenden Verfahren enden immer mit der Verurteilung, und die sich daran anschließenden Einsprüche vor dem Verwaltungsgericht St. Gallen werden dann nochmals zwei bis drei Jahre verschleppt: Wer soll die Löhne der Mitarbeiter und die Mietzahlungen der vom Departement gleich zu Anfang geschlossenen Praxisräume bezahlen? Genau darauf spekuliert das Departement. So kann man jeden mühelos fertig machen und Gründe braucht es nicht. Stalins Methoden haben sich in St. Gallen in voller Blüte entfalten können und ein Jahrhundert locker überdauert. Von Demokratie und Menschenrechten keine Spur.

Der Gipfel der Unverschämtheit zeigt sich (nur beispielsweise) in einer Entscheidung der Anklagekammer des Kantons unter Herrn Ivo Kuster. Sinngemäß entschied er wie

folgt: ...betreffend der Aktenherausgabe der Mitarbeiter des Kantons an Dr. Beat Wider wurde entschieden, dass sich die Mitarbeiter des Gesundheitsdepartements durch die Daten/Aktenherausgabe an ihn nicht strafbar machten, weil sie davon ausgehen bzw. darauf vertrauen konnten, dass Dr. Beat Wider tatsächlich Kantonszahnarzt war. Dies, obgleich die Juristen im Gesundheitsgesetz des Kantons hätten nachlesen können, dass es unter keinen Umständen einen Kantonszahnarzt geben konnte, der auch das gedurft hätte was er tut. Auch in der kantonalen Ermächtigungsverordnung (die regelt, wer für den Kanton was unterschreiben darf) findet sich der Kantonszahnarzt nicht. Mit anderen Worten: Wenn sich die totale Rechtswidrigkeit erst einmal jahrelang eingebürgert hat, dann dürfen alle straflos und zeitlich grenzenlos mitwirken. Gesetze und Verordnungen gelten nicht mehr, bzw. werden nicht benötigt. Gelebt wird *die gelebte Praxis*.<sup>1</sup> Es stellte sich heraus, dass im Kanton St. Gallen die Verwaltung zwar mit Gesetzesparagrafen arbeitet, dass jedoch viele Verwaltungsentscheidungen (vermutlich als Auftragsarbeit) und gesetzesfern getroffen werden, weil sich in der Verwaltung ein über dem Gesetz stehendes Gewohnheitsrecht gebildet hat. Eben die *gelebte Praxis* der kantonalen Verwaltung.

Ivo Kuster lief Stefan Ihde gleich zweimal über den Weg: In anderem Zusammenhang gab er persönlich aber völlig rechtswidrig (unerlaubt) und vor allem grundlos höchst private Daten von Stefan Ihde an Teilnehmer aus den Kursen in Gommiswald heraus. Die von mir deswegen eingereichte Strafanzeige kehrte die Regierung ohne Begründung unter den Tisch und es wurde nicht ermittelt. Das muss

---

1 Wie Frau Heidi Hanselmann es immer wieder treffend ausdrückte.

man sich mal vorstellen: Genau derjenige der darüber zu entscheiden hat, ob gegen Staatsdiener ermittelt wird, begeht eine Straftat und er wird trotzdem von der Regierung geschützt. Und genau die gleiche Person, Ivo Kuster, schützt Kraft seines Amtes andere Staatsdiener, die genau das gleiche Unrecht begehen wie er selber<sup>2</sup>.

„Dem *Ecuadorianer* gelang es dank seiner Beziehungen zur Staatsanwaltschaft, vier (!) Strafverfahren gegen sich schadlos zu überstehen, obwohl die Beweislast heftig war. Immer wieder wurde er von oben vor Unbill und Strafe geschützt. Solche *Schutzmaßnahmen* gibt es bekanntlich in allen Regimen und Unrechtsstaaten dieser Welt. Als *Ecuadorianer* konnte er sich in St. Gallen wie zu Hause fühlen.

Dem Kantonszahnarztwesen in St. Gallen geht es in erster Linie darum, die Kumpels von der SSO zu schützen. Problemfälle von Beschwerdepatienten werden unauffällig am Gesundheitsdepartement vorbei in die privat organisierte Honorarprüfungskommission geschleust. Dadurch ist ein Parallel-Rechtswesen innerhalb des Kantons entstanden. Dieses Rechtswesen schützt die Mitglieder vor staatlicher

---

2 *Wie soll man von streng katholischen Mitmenschen, die jeden Sonntag unbeschwert während der Beichte die privatesten Dingen einer nicht wirksam zum Datenschutz verpflichteten Person anvertrauen, auch nur ansatzweise verlangen, dass die den Begriff „Datenschutz“ überhaupt begreifen und umsetzen?*

*Wie sonst, wenn nicht durch die „Beichte“ soll die katholische Kirche an Informationen gelangt sein, die sodann geschickt so ausgenutzt wurden, dass genau diese Kirche heute mehr als 25% (!) aller Immobilien in Italien gehören, einschliesslich der finanzierenden Banken und zuzüglich der Kirchen, Klöster und des Vatikans selber. Bei einem Verein, der rund 2.5 Billionen Mitglieder weltweit hat, kommen schon Werte (bei der Vereinsleitung) zusammen...*

Aufsicht und damit vor Strafe. Das Medizinalpersonengesetz (MedBG) wird damit für die SSO-Mitglieder an den wichtigsten Stellen ausgehebelt. Und obwohl alle Mitarbeiter des Departements Juristen oder zumindest teilweise juristisch ausgebildet sind, und erkennen müssten was da abgeht, machen sie alle mit. Keiner stellt Fragen, niemand informiert zuständige kantonale Stellen, und selbst bei schwersten Verletzungen der Amtspflichten wird der kantonale Datenschutz nicht informiert (der dann ohnehin nicht eingreifen würde, denn die Sache ist zu pikant). Geschädigte (unerwünschte) Mediziner die sich aber effektiv rein gar nichts zu Schulden kommen liessen verhungern am langen Arm jahrelang verzögerter Verfahren, die mit ausgeklügelten Rechtsmitteln langsam am Kochen gehalten werden. Die Korruption in St. Gallen funktioniert im Medizin- und Gesundheitsbereich unauffällig und wie geschmiert. Da stellt sich natürlich die Frage: Ist das nur bei Zahnärzten so, oder wie weit dringen Korruption und Machtmissbrauch insgesamt durch?

Ich habe all diese Varianten des Missbrauchs staatlicher Gewalt 20 Jahre lang ertragen müssen. Noch im Jahr 2000 hätte ich die Vermutung strikt abgelehnt, dass es solche Entwicklungen überhaupt in einem europäischen Rechtsstaat gibt. Die Zeit in St. Gallen hat mich eines Besseren belehrt. Mindestens in diesem Kanton führt(e) der Teufel persönlich die Feder, und ganz sicher im Gesundheitsdepartement. Man darf auch nicht vergessen, dass es sich bei der Schweiz um eine eigenartige und einzigartige Staatsform handelt. Es ist keine Föderation, keine Republik, es handelt sich um eine *Eidgenossenschaft*, und der Name ist offenbar bis heute Programm.“

Dieses Kapitel befindet sich in diesem Buch, um dem ge-

neigten Leser ein realistisches Bild über ein Land zu vermitteln, welches durch ausgezeichnetes Marketing einen hohen Rang an internationaler Anerkennung erlangt hat, ohne es in der Breite zu verdienen. Nicht nur die Banken entwickeln sich jedoch mitunter zur Mausefalle.

---

*“Man muss seinen Feinden verzeihen,  
aber nicht eher, als bis sie gehenkt wurden.”*

**– Heinrich Heine**

---

## Methoden im Vergleich: «All-on-4» vs. kortikobasale Implantate

Manche Patienten stellen die Frage ob es denn nicht ausreichen würde, vier Implantate je Kiefer einzusetzen, so wie es die Methode *All-on-4* vorschlägt.

Hierzu ist zu sagen dass die *All-on-4* Methode genau die gleichen traditionellen Implantate anwendet wie die herkömmliche Implantologie. Demzufolge droht den damit behandelten Patienten auch lebenslang das Risiko der Periimplantitis. Bei der *All-on-4* Methode wird Sofortbelastung jedoch nicht durch die Implantatoberfläche möglich, sondern durch die Verwendung einer kortikalen Abstützung. *All-on-4* ist sozusagen ein Sonderfall der kortikobasalen Implantologie. Allerdings mit entscheidenden Unterschieden und Nachteilen:

- Beim *All-on-4* Verfahren kommt es nicht zur echten kortikalen Verankerung der Implantate, sondern zur kortikalen Abstützung. Das Verfahren ist also nicht so sicher gegen starke Abzugskräfte (sogenannte Extrusionskräfte), die beim Kauen jedoch andauernd vorkommen.
- Das *All-on-4* Verfahren verlangt weitaus mehr Patientenknochen als er in der kortikobasalen Implantologie benötigt wird, vor allem wird mehr Knochenbreite benötigt.
- Da starre Implantatkörper eingesetzt werden, kommt es nicht selten zu Frakturen der Implantate oder von prothetischen Bestandteilen.
- Da nur sehr wenige (4 !) Implantate je Kiefer eingesetzt werden, kommt es nicht selten zu Verlusten einzelner Implantate. In diesem Fall muss fast die gesamte Behand-

lung nochmals vorgenommen werden.

- Mit dem *All-on-4* Verfahren können keine Segmentrekonstruktionen (Teilrekonstruktionen) vorgenommen werden, und natürlich auch keine Einzelzahnrestaurationen.
- Da die vier Implantate nur im Frontzahnbereich eingesetzt werden, kommt es im hinteren Zahnbereich häufig zu Brüchen und zu strukturellen Schäden an den Brücken.
- Die vier Implantate haben einen sehr grossen Durchmesser und erfordern sehr viel Knochen. Viele Patienten, die nach der Behandlung nachfragen, können daher nicht behandelt werden. Oft bekommen die Patienten dann gesagt, dass sie „überhaupt keine Implantate bekommen können“, was so nicht stimmt. Mit kortikobasalen Implantaten können wir alle diese abgewiesenen Patienten locker behandeln.
- Einige Anwender des *All-on-4* Verfahrens setzen im Oberkiefer zwei zusätzliche Implantate ein, die Methode heisst dann „*All-on-6*“. Nachteilig an dieser Variante ist, dass die Gesamtzahl der **traditionellen** Oberkiefer-Implantate damit über der magischen Zahl *Fünf* liegt, ab der die Inzidenz der Periimplantitis im Oberkiefer stark zunimmt. Dieser schreckliche Zusammenhang existiert bei kortikobasalen Implantaten nicht, selbst bei 14 Implantaten im Oberkiefer wurde Periimplantitis nicht beobachtet!
- Und es wurden von mir auch Behandlungen beobachtet, bei der im Ober- und Unterkiefer je vier Implantate mit Einheilzeiten zwischen vier und sieben Monaten eingesetzt wurden (im Prinzip ist das ja konventionelle Im-

plantologie...), und dann wurde das Ergebnis konventionell versorgt.

- Geht bei *All-on-4* ein Implantat verloren, dann kommt es zum *All-on-3*, oder gleich zum „*All-was-for-nothing*“.
- Wenn in der kortikobasalen Implantologie hingegen eines von zehn oder mehr Implantaten im Oberkiefer verloren geht, dann wird das Implantat (meistens unter Belassung der Brücke) entfernt und damit ist das Problem dann erledigt. Das sind schlagende Argumente für die von Stefan Ihde entwickelte Technologie.

## „Konkurrent“ Dr. Ihde

„Meine einfache, logische und erlernbare Methode der neuen, zeitgemäßen Zahnimplantation verunsichert einen milliardenschweren Geschäftsbereich im Gesundheitsmarkt. Insbesondere die Hersteller der im Buch beschriebenen alten, häufige Entzündungen verursachenden Implantate verlieren nicht nur ihre Markthoheit, sondern verzeichnen deutliche Umsatzeinbußen. Mittelfristig verlieren durch die Methode der kortikobasalen Implantologie Zahnärzte an Bedeutung und Einnahmen. Nicht nur in der Schweiz, dort aber besonders. Implantologen die mit dem herkömmlichen Implantationsverfahren arbeiten verlieren Patienten. Denn die Patienten sind heute informiert und sie gehen dem Knochenaufbau aus dem Wege. Aber auch ganz normale Zahnärzte verlieren Kunden und Geld, weil sich angesichts der enormen Vorteile des Verfahrens der kortikobasalen Implantologie viele Patienten gegen ein Zusammenleben mit den eigenen Zähne entscheiden und frühzeitig auf kortikobasale Implantate umsteigen. Kortikobasale Implantate und die darauf befestigte Prothetik substituieren<sup>1</sup> also Zähne, d. h. nicht nur defekte Zähne, sondern auch Zähne mit denen Patienten (aus verschiedenen Gründen) gar nicht mehr leben **wollen**. Z.B. weil sie den natürlichen Zähnen misstrauen, die (ich bin geneigt zu schreiben) bestimmungsgemäss ca. ab dem 40 Lebensjahr das Ende der Phase ihrer problemlosen Nutzbarkeit erreichen.

---

<sup>1</sup> Ein typisches Beispiel für eine erfolgreiche Substitution ist die Verdrängung der Armbanduhr durch das Mobiltelefon, und die Substitution von „Kukident“ und die Substitution von „natürlichen Zähnen“ durch Stefan Ihdes Implantate.

Im Prinzip können auch herkömmliche Implantate die Zähne substituieren, jedoch ist die Anwendung der herkömmlichen Implantate so umständlich und vor allem so teuer, dass Patienten lieber mit defekten und fehlenden Zähnen weiter leben wollen. Wenn aber plötzlich feste Zähne auf Implantaten innerhalb von 3 Tagen angeboten werden, dann trennen sich viele Patienten gerne von den Zähnen mit denen Sie lebenslang nur Probleme und Kosten hatten.

**Und genau dies wollen die traditionellen Zahnärzte möglichst verhindern:** Sie alle haben ja schon aufgrund des *Zahnarzt-Tourismus* in die Länder Ungarn, Tschechien, Serbien und Bulgarien wirtschaftliche Probleme, weil deren wesentlich preiswerteren, aber nicht schlechteren Behandlungsangebote immer reizvoller werden. Auch Hals-Nasen-Ohren-Fachärzte müssen Verluste hinnehmen. Ihnen fehlen Einnahmen aus dem medizinisch lukrativen Bereich der Sinuslift-Operationen und deren massiven, oft lebenslangen Nebenwirkungen. Bei kortikobasalen Implantaten bleiben Nase- und Kieferhöhle relativ unbeeinflusst und unsere Patienten benötigen so gut wie niemals zusätzlich auch noch HNO-Behandlungen.

Zwei wissenschaftliche Studien aus dem Jahr 2020<sup>2</sup> zeigen, dass kortikobasale Implantate in der Kieferhöhle und im Nasenboden verankert werden können, ohne Probleme zu verursachen. Die Studien überraschten die bislang un-

---

2 Awadalkreem F, Ahmad AG, Ihde S, Osman M. Effects of corticobasal implant protrusion inside the nasal and maxillary sinus. *Ann Maxillofac Surg* 2020;10:114-21.

Lazarov A. A prospective cohort study of maxillary sinus complications in relation to treatments with strategic implants penetrating into the sinus. *Ann Maxillofac Surg* 2020;10: 1-5.

wissende Fachwelt. Wir als Anwender der Methode haben dieses Wissen schon seit rund 20 Jahren. Dennoch kommt es gelegentlich vor, dass sich die Kieferhöhle von Implantatpatienten entzündet. Wir wissen heute, dass diese Form der Entzündungen im Regelfall nicht mit den Implantaten in Verbindung steht, sondern nur mit der Kieferhöhle selbst und anderen darin lagernden Abfällen. Betroffenen Patienten kann heute mit der sogenannten FESS-Methode geholfen werden, bei der die Kieferhöhle durch die Nase chirurgisch saniert wird. Leider kann mit der FESS-Methode dann nicht behandelt werden, wenn in der Kieferhöhle grössere Mengen von diffus verteilten Abfällen aller Art lagern, und wenn z. B. Knochenaufbauten (*Sinuslift-Materialien*) wieder entfernt werden müssen. Die FESS-Methode wurde für Nicht-Implantatpatienten entwickelt. In den meisten Fällen entfällt nach der FESS-Operation auch die regelmäßige (saisonale) Entzündung der Kieferhöhle bei den behandelten Patienten (was nicht unbedingt allen HNO-Ärzten gefällt).

Die Milliarden Euro erwirtschaftende Implantatindustrie und Zahnärzte mit Implantationspraxis müssen sich zudem der Frage stellen: Warum sind Zahnimplantationen so teuer und wieso ist das Verfahren so viel unsicherer als die Methode mit Simpladent® Produkten? Sie sind nicht nur weit aus günstiger, sondern auch viel sicherer, langlebiger und komfortabler.

Wie die Schweizer Branche mit Rückendeckung der SSO reagiert, habe ich leidvoll erfahren. Die korrupte Region St. Gallen war der ideale Austragungsort für den *David gegen Goliath Kampf*. Über den Einfluss des Kantonszahnarztes konnten SSO-Zahnärzte als betriebswirtschaftliche Mitbewerber bequem gegen mich vorgehen. Als Implan-

tationskonkurrenten waren und sind sie mir fachlich in der Gesamtleistung weit unterlegen. Natürlich gelang es SSO-Mitgliedern, eine staatliche Stelle zu instrumentalisieren und gegen mich einflussreich ins Feld zu führen. Fachlich noch im Altertum desolat herumwerkelnd, agierten sie dreist, hinterhältig und zerstörerisch. Sie haben mich und meine Arbeit zwar nicht vernichten können, doch es stand oftmals auf der Kippe. Das *Rezept* der Vorgehensweisen ist immer ähnlich und entsprach den geschilderten Ereignissen mit anderen Opfern des Departements.

Es traf mich nicht unvorbereitet, weil ich nicht von vornherein alles auf eine Karte setzte. Zunächst habe ich mich meiner Arbeit und meinen Patienten im Wissen gewidmet, dass ich eventuell nicht in der Schweiz bleiben werde. Ich habe mit Angriffen und Vertreibungstaktiken gerechnet. Daher habe ich mich zum passenden Zeitpunkt dem widersinnigen Treiben im Sinne des Wortes entzogen. In Belgrad und Moskau oder in Montenegro und Kiev wird trotz eines dort ebenfalls stattfindenden Wettbewerbs unter Kollegen und des gleichen Interesses am Geldverdienen rechtschaffener als in der Schweiz vorgegangen. Im medizinischen Bereich gebührt Patienten dort die höhere Aufmerksamkeit mit Fachverstand und sozialer Verantwortung. In der Schweiz bekommen Geld und Bequemlichkeit die höchste Aufmerksamkeit. Patienten sind im Schweizer System eher irrelevant, sie dienen als Melkesel und oft als unwissende Waffe. Medizinischer Fortschritt wird durch verschiedene Marktteilnehmer unterbunden.

Insofern war es eine gute Entscheidung, nach Montenegro zu ziehen und überwiegend in Osteuropa und anderen, wunderbaren Ländern zu arbeiten. Im Grunde ähnelt es ja Albert Einsteins Beziehung zur Schweiz. Er mochte das

Land, das er sich für sein Studium und seine wissenschaftlichen Arbeiten auswählte. Zunächst noch vom politischen System der Eidgenossen überzeugt, verunsicherte ihn das Schweizer Verhalten gegenüber Hitler-Deutschland. Die Schweiz würdigte und schätzte ihren Staatsbürger Einstein trotz seiner Genialität und seines Weltrufs nur gering. Der Historiker Alexis Schwarzenbach aus Zürich gab seiner Einstein-Biographie wohl zu Recht den Titel *Das verschmähte Genie*. Zitat: *Die Schweiz erwies sich einem ihrer prominentesten Bürger gegenüber als kleingeistig, hochmütig und gewissenlos – eine Haltung, die bis in die Neuzeit hinüberreicht. Während nach Einsteins Tod allerorten Staatsoberhäupter das Genie rühmten, schwiegen in der Schweiz Bundesrat und Kantonsregierungen. Auch in den folgenden Jahren, als man anderenorts seiner feierlich gedachte, übergang man ihn in der Schweiz an den Orten seines Wirkens, so als schäme man sich seiner. Erst zum 50. Todestag besann sich auch die offizielle Schweiz allmählich des ungewöhnlichen Genies.*

Albert Einstein wählte Amerika als sicheren Hafen, damals, als die USA wohl tatsächlich noch groß (aber nicht artig) war und Chancen bot. Heute führt der Weg vorausschauend kluge Personen in den Osten, dort liegt die Zukunft. Russland und viele seiner Partnerstaaten sind die stabilen Anker in einer aufgewühlten, entwurzelten und orientierungslosen westlichen Welt geworden. Es ist bedauerlich, dass die russische Gesellschaft in Westeuropa aufgrund geringen Wissens und kleingeistigen Denkens weniger anerkannt wird als die sich selbst überschätzende, großmächtig denkende, Geld druckende und kriegslüsterne US-Gesellschaft, die keine gewachsene Kultur, sondern nur eine kurze, und durchwegs blutrünstige Vergangenheit

aufzuweisen hat.

Westeuropa orientiert sich ausschließlich wirtschaftlich, wobei Deutschland der größte Nutznießer der Europäischen Wirtschaftsunion geworden ist. Dennoch sind im reichsten Industrieland Europas Bildung, Erziehung, Pflege und Würdigung der Menschen, die sich leistungsstark im Kleinen oder im Großen hervortun, zweitrangig. Das ist in der Schweiz nicht anders, einem Land, das sich wie kein anderes in und an den verheerenden Weltkriegen bereicherte. Innovationen, geistreiche Entwicklungen, besonderes Engagement, Erfinder oder Experten, sie findet man nur selten, wenn überhaupt in der Schweiz. Osteuropa verhält sich anders. Insbesondere in Russland, das sich als flächenmäßig größtes Land der Erde über zwei Kontinente erstreckt, geht man wertschätzender miteinander um.



Ein Beispiel: Für die gleiche Arbeit, für die ich in der Schweiz dreist angegriffen und verfolgt wurde, erhielt ich in Russland vom *Zentralkomitee des Unterstützungsprogramms des Präsidenten der russischen Föderation* einen Orden für *Leistungen zum Wohle der Zahngesundheit des Volkes*. Das war so überraschend wie erfreulich.

An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass die staatlichen Vorgaben für Ärzte in Russland und der Ukraine strenger als in Westeuropa sind. So werden beispielsweise die Facharztstitel nicht *ewiglich*, sondern nur für fünf Jahre und nur nach Prüfungen vergeben. Nach dem Ablauf von fünf Jahren muss der Arzt die jeweilige Qualifikation erneut mit einer Prüfung nachweisen oder sie verlieren die fachliche Gebietszuweisung. Das Absitzen von Kongressen hilft dort also nicht, man muss fachlich auf der Höhe bleiben. In der Schweiz, Deutschland und anderen Ländern erwirbt man den Titel „*Facharzt für XYZ*“ nach einer fünfjährigen Ausbildung und kann den Titel bis zur Rente nutzen. Alle fünf Jahre eine spezielle und stets zeitgemäße Prüfung zu absolvieren, ist ganz besonders den Schweizern völlig fremd. Die SSO wird auch dafür sorgen, dass es so bleibt. Vielleicht, die Hoffnung stirbt ja bekanntlich zuletzt, bringen meine kritisch sachlichen Darstellungen manche Kolleginnen und Kollegen ins Grübeln.“

## Der Schlüssel zum Erfolg – Dr. Stefan Ihdes Empfehlungen

„Es gibt Menschen, die durch gute Beziehungen zum Erfolg kamen, andere durch ererbtes Geld, wieder andere durch eine günstige Heirat. Mich hat die Erfahrung gelehrt, dass trotz vieler guter Bekanntschaften, Kooperationen und Freundschaften, die einzigen wirklich lebenslang helfenden Hände am Ende der eigenen Arme montiert sind. Besonders, wenn man Großes vorhat.“

Dr. Stefan Ihde ist ein besonders innovativer, auf das Patientenwohl bedachter und leidenschaftlicher Zahnmediziner. Dieser eisern durchgehaltenen Leidenschaft verdanken weltweit schon Zigtausende Menschen ihre Zähne und damit ihre neu gewonnene Lebensqualität. Sein zahntechnisches und chirurgisches Geschick kombinierte er mit seinem kaufmännischen Talent und er wurde (nebenbei) wohlhabend. Doch Geld ist für Stefan Ihde nur Mittel zum Zweck und ohne Suchtpotential: Es beruhigt, schafft soziale Sicherheit für die Familie und ermöglicht einen angenehmen Lebenskomfort, insbesondere für die Angehörigen. Nicht mehr und nicht weniger. Wertvoller ist Geld für ihn nicht. „Geld muss wie Wasser fließen, immer in Bewegung bleiben, dann ist es auf dem richtigen Weg.“ Wie sein Vater schuf Stefan Ihde erfolgreiche Unternehmen, aber die Bodenhaftung hat auch er nicht verloren.

Sein liebstes Auto ist ein 2003er Volvo 70 mit Heckklappe, gebraucht gekauft vor ca. 100.000 Kilometern, heute hat der alte Schwede 360.000 Kilometern auf dem Tacho. Er kaufte das Auto wegen seiner Qualität und wegen des guten Motorsounds. Der 2400ccm Dieselmotor tönt sonor

und zuverlässig. Heute ist der Volvo in Belgrad zugelassen. Wenn der Motor läuft, dann ist es wie Musik für den Fahrer. Solche Autos werden heute nicht mehr gebaut und die Verbrauchswerte sind traumhaft. „Ich fahre damit eine Stunde und die Tankanzeige bewegt sich kaum“, strahlt der Zahnarzt aus Leidenschaft. Besondere, auch finanzielle Aufmerksamkeit widmet er all denjenigen, die privat oder beruflich auf ihn angewiesen sind.

Was ist der Schlüssel zum Erfolg? Stefan Ihde gibt uns ein paar Hinweise mit Erinnerungen aus seinem Leben: „Ohne Fernsehen zu leben ist ein Genuss, d. h. auch ohne tägliche Nachrichten. Einer sich gesetzten Aufgabe muss man treu bleiben und das Ziel hartnäckig verfolgen. Mit Freude viel arbeiten, niemals nachtragend sein und aus Niederlagen lernen, um sie dann sofort zu vergessen. Mit zunehmender Lebenserfahrung mehr intuitiv entscheiden, ohne im entsprechenden Augenblick eine exakte oder vollständige Begründung zu haben. Üblicherweise heisst „erwachsen werden“, sich von der Intuition abzuwenden und logisch bewusst zu entscheiden. Das Erstellen dieses Buches ist eine komplett andere Entscheidung, und die Resultate sind nicht absehbar. Ergo – der innere Auftrag, dieses Werk in Auftrag zu geben und zu begleiten, liess sich logisch nicht begründen

Andererseits: Stefan Ihde regt an, „Dingen die einem aufstossen auf den Grund gehen, nicht einfach nur etwas glauben. Bestenfalls mehrere Sprachen lernen, um sich im Umgang mit fremden Denkweisen zu üben, und dabei oft reisen auch wenn es mühsam ist. Regelmäßig und geplant alleine sein, mit sich ins Reine kommen.“

Während seiner Schulzeit im Internat unterrichtete der

spätere Kunstprofessor Gruber Stefans Klasse. Herr Gruber brachte eine riesige Rolle weißes Packpapier mit. Es war Hunderte von Metern lang und einen Meter breit. Das Papier malte er mit einem Bleistift jeden Tag ein wenig mehr dunkelgrau an. Jahrelang. Das nannte der Professor *sein Lebenswerk*. Diese Denkweise, diese Penetranz und Unerschrockenheit vor der Größe der Aufgabe, ein Stück weit auch die (vordergründige) Akzeptanz der Sinnlosigkeit des Resultats eines einzelnen Tages, genau das hat Dr. Stefan Ihde von Jugend an geprägt. Es hat ihn für seine Aufgabe gestählt und vorbereitet. Es hat ihn nie interessiert, wie viel er gearbeitet hat.

In diesem Zusammenhang gibt Stefan Ihde zu bedenken, dass man seine Zeit besser nicht mit Lappalien vergeuden sollte, sondern sich nur solchen Aufgaben widmen sollte, die **wirklich ausreichend gross und schwierig** sind. So eine Aufgabe hatte er schliesslich gefunden, und er hat sie gemeistert und er hat die Menschen, die seinem Rat gefolgt sind, von unsinnigen und quälerischen Methoden der bisherigen dentalen Implantologie bewahrt.



„Erwähnt werden muss hier, dass ich die Ereignisse meines Lebens natürlich nicht vorhersehen konnte, selbst eine realistische Planung war kaum möglich. Wer kann das schon in jungen Jahren? Rückblickend kann man sich das eine oder andere so zurechtlegen, dass man dies oder jenes geschafft hat, aber wer hatte all diese Pläne wirklich von Anfang an? Also ich nicht. Ich habe das Notwendige getan für mich und andere, auch das Wichtige, lieber mehr als zu wenig, und ich habe oft den nicht gleich naheliegenden Weg gewählt. Ich war stets neugierig und ich habe regelmäßig das Glück gehabt, Mitstreiter zu finden, die ein gutes Stück des Weges mit mir gegangen sind. Dafür bedanke ich mich.“

Geprägt und geführt hat mich mein Konfirmationsspruch und er hat mir stets Mut gemacht: "Denn Gott hat uns nicht gegeben den Geist der Furcht, sondern der Kraft und der Liebe und der Zucht", 2. Tim 1.7.

Wer das vorliegende Buch gelesen und auch alles zwischen den Zeilen Geschriebene verstanden hat, der wird sofort verstehen, dass dieser Spruch zu meinem Leben passt.

Trotzdem habe ich später der evangelischen Kirche und damit auch der in Deutschland vorherrschenden katholisch-evangelischen Religionstradition den Rücken gekehrt. Dies zu einer Zeit, als das systematisch kriminelle Handeln einzelner Mitglieder der katholischen Kirche (und so wie es zunehmend aussieht auch der evangelischen Kirche, die ebenfalls versucht sich Methoden der Studentenverbindungen anzueignen) noch lange nicht so offen sichtbar war wie heute und vermutlich in der Zukunft. Der Anlass war die gewünschte kirchliche Heirat mit Antonina. Sie ist russisch-orthodox getauft, ich war evangelisch, eine

ökumenische Trauung war nicht möglich. Naja, ich dachte mir damals, mach das mal, das glaubst Du dann schon. Was genau die orthodoxen Christen glauben, weiss ich bis heute nicht. Jeder sieht das wohl anders. Aber dass diese Gemeinschaft andere, natürlichere Werte hat und näher zum reinen Glauben steht und nicht bevormundet, was jederman zu glauben hat, das konnte ich beobachten.

Ich treffe gelegentlich Menschen, die aus der katholisch-evangelischen Kirche ausgetreten sind. Ich habe aus eigener Erfahrung Verständnis für diese Entscheidung. Aber warum treten sie nicht woanders ein? Es gibt glaubwürdige und reale christliche Glaubensgemeinschaften, die das bieten, was diese Menschen erwarten. Nicht umsonst gab es im Jahre 1066 ein dringend nötiges Schisma, und alle diejenigen, die wie ich auf der einen Seite des Flusses zum Leben erwacht sind, können aus freien Stücken von heute auf morgen auf die andere Seite überwechseln.“

Wer mit Überzeugung sagt „Ich gehe nicht mehr zu McDonalds essen“, der kann das ja so durchziehen, aber essen muss er/sie trotzdem. Wer sich also dem teilweise brutalen Gruppendruck der westlichen Kirchen entziehen will, der muss nicht alleine bleiben. Es gibt auf der anderen Seite des ehemaligen „eisernen Vorhangs“ für alle Lebensbereiche echte Alternativen, und diese Alternativen haben zum Teil auch schon ansehnliche christliche Gemeinschaften in den westlichen Ländern gebildet.

Ich persönlich vermute, dass es für die meisten Menschen unseres Kulturkreises mindestens zweckmässig ist, wenn sie sich gewisse Fragen des Lebens auf dem Weg der religiösen Kontemplation beantworten<sup>1</sup>.

*Stefan Ihde*

---

*“Du ertrinkst nicht, weil du ins Wasser gefallen bist, sondern weil du nicht schwimmen kannst.”*

**– aus China**

---

---

<sup>1</sup> Man sollte es aber unterlassen, zum religiösen Eiferer zu werden. Eiferer sind für ihn Menschen die es nicht schaffen, ihrem Gehirn etwas anderes zum Nachdenken anzubieten als religiöse Ideen. Solche Eiferer stören ein selbstbestimmtes Leben ungemein, den sie wollen die Ketten ihrer eigenen Unfreiheit allen andere Menschen überstreifen.

## Stichwortverzeichnis

- \*1. **Sofortbelastung:** Der Begriff ist wörtlich zu nehmen. Herkömmliche Zahnimplantationen sind langwierig und schließen eine sofortige oder kurzfristige Belastung aus. Kortikobasale Simpladent® Implantate werden nach dem Verfahren der Osseofixation angewendet und sie ermöglichen eine sofortige Belastung der neuen Zähne.
  
- \*2. **Wende:** Nach Ende des Zweiten Weltkriegs wurde Deutschland in Zonen aufgeteilt. Ein Teil Berlins und fünf deutsche Länder wurden zur *Ostzone* und wenig später, im Jahr 1949, zur DDR. Das neue, unter Sowjetführung stehende deutsche Land wurde eingezäunt und u. a. mit einer Mauer und so genannten Todesstreifen vom Westen getrennt. 1989 kam es zur Wende: Das Volk der DDR lehnte sich gewaltlos, aber unnachgiebig auf und es kam zum „Fall der Mauer“. Diese Zeitspanne wird als „Wende“ bezeichnet. Das DDR-Regime trat zurück oder flüchtete und die ostdeutschen, vormaligen DDR-Länder wurden per Einheitsvertrag in die Bundesrepublik Deutschland integriert.
  
- \*3. **Osseofixation und Osseointegration:** Bei der *Osseointegration* wird ein Implantat unbelastet in das Knocheninnere eingebracht, es *heilt ein*. D. h. der Knochen soll/muss dann aktiv direkt auf die Implantatoberfläche wachsen und er mineralisiert (festigt sich) danach. Das dauert drei bis zwölf Monate. Bei der Methode der Osseofixation werden das Gewinde oder die Basisscheibe des Implantats durch den Chirurgen aktiv und kontrolliert direkt in den kortikalen

Knochen eingebracht und dort verankert. Eine weitere Einheilung des Implantats in diesem Bereich ist nicht notwendig, das Implantat kann sofort verwendet werden. Dennoch kommt es mit der Zeit auch an anderen Stellen des Implantats zur Osseointegration, was auch erwünscht ist. Laterale basale Implantate konnten wir durch zusätzliche Osteosyntheseschrauben quasi am Knochen festschrauben, wonach sie resistenter gegen seitliche Kaukräfte wurden und fast immer einheilten. Bei diesen Implantaten spricht man von *dualer Einheilung*, d. h. Osseofixation und Osseointegration finden nacheinander statt.

- \*4. **Basale, kortikobasale Implantate:** Als *Kortikalis* wird die harte, äußere Knochenschicht bezeichnet, die das schwammähnliche Innengewebe (Spongiosa) des Knochens umgibt. Das Gewebe ist besonders hart, so dass es den Knochen vor äußeren Einwirkungen schützen kann. Zudem findet man zahlreiche kleine Öffnungen für die Blutgefäße, die den Knochen ernähren. Außen wird die Kortikalis, die auch Rindenschicht oder Substantia compacta genannt wird, von der Knochenhaut (Periost) umhüllt. Basal bedeutet übersetzt *zum Grund* oder *an der Basis* bzw. *in der Tiefe*.
- \*5. **Osteosyntheseschrauben** sind filigrane Mikroschrauben in verschiedensten Ausführungen. Sie stammen aus der klassischen Knochen-Chirurgie und wurden für die Oral-Chirurgie verfeinert.
- \*6. **Osteolyse** bezeichnet den Rückgang von Mineralisation im Knochengewebe. Dabei ist zunächst noch (bzw. noch lange) Knochengewebe vorhanden, es ist

lediglich mineralisiert und darin integrierte Implantate erscheinen locker. Diese Art der Osteolyse kann rückgängig gemacht werden bzw. von alleine ausheilen, wenn sich die Kraftsituation ändert und (so jedenfalls die Lehrmeinung) so lange das Knochengewebe nicht in infizierte Granulationsgewebe umgebaut wurde. In seinem Lehrbuch *Principles of BOI* (2004) hat Stefan Ihde auf der Grundlage von histologischen Studien nachgewiesen, dass sich umfangreiche Knochenneubildung auch im Granulationsgewebe im Unterkiefer (des Hundes) nachweisen lässt.

- \*7. Als **Endoprothesen** bezeichnet man in der Medizin Implantate, die natürliche Körperstrukturen (z. B. Gelenke oder Blutgefäße) ersetzen und die in der Regel dauerhaft im Körper verbleiben.
- \*8. **Prothesendruckatrophie**: Knochenverlust unter Zahnprothesen, der angeblich durch den Kaudruck erzeugt wird. Diese Theorie ist lange widerlegt, weil gezeigt wurde, dass die Atrophie nicht in Relation zur Größe (Fläche) der Prothesenbasis steht. Richtig ist hingegen, dass der Prothesendruck/Kaudruck, der auf das Tegument wirkt, zu einer Erhöhung der Durchblutung führt, wonach der Knochen durch den erhöhten Sauerstoff-Partialdruck beim Wegfall des Kaudrucks (!) und durch die dann verstärkte Durchblutung osteolytisch wird und also atrophiert.
- \*9. **Differentialdiagnose**, kurz DD, bezeichnet man Erkrankungen mit ähnlicher Symptomatik, die vom Arzt neben der eigentlichen Verdachtsdiagnose ebenfalls als mögliche Ursachen der Patientenbeschwerden in

Betracht gezogen werden müssen. Den geringsten Aussagewert haben die so genannten Allgemeinsymptome (z. B. Fieber), die bei einer Vielzahl von Erkrankungen vorkommen. Ist ein Symptom hingegen pathognomonisch, erleichtert es die Diagnosefindung. Die Abgrenzung einer bestimmten Krankheit von Erkrankungen mit ähnlicher oder übereinstimmender Symptomatik ist die Aufgabe der Differentialdiagnostik, die mit möglichst geringem Aufwand sichere Diagnosen-Ausschlüsse erzielen soll. Eine mangelhafte Differentialdiagnose, die zu Behandlungsfehlern führt, kann forensische Konsequenzen haben.

- \*10. **Überlastungsosteolyse:** durch Überlastung einzelner Implantate entstehende Osteolyse, siehe 7.
- \*11. **Kantonszahnarzt:** Ein von der Regierung nach öffentlicher Stellenausschreibung gewählter Zahnarzt, der eine staatliche Aufgabe übernimmt. Er ist dabei durch ein Gesetz legitimiert. Eine entsprechende gesetzliche Grundlage fehlt im Kanton St. Gallen.
- \*12. **Schraubologie vs. echte Implantologie:** Traditionelle Implantateinsetzer verstehen im Regelfall so gut wie nichts vom Knochen. Würden sie etwas davon verstehen, dann kämen herkömmliche Implantate gar nicht mehr zum Einsatz. Diese *Implantationszahnärzte* bezeichnet Dr. Stefan Ihde als *Schraubologen*. Das Verfahren der kortikobasalen Implantologie löst die klinischen Aufgaben mit höchster Eleganz, und unter geschickter Ausnutzung der Knochenfunktion. Hierfür sind profunde theoretische Kenntnisse der Knochenfunktion nötig. In voller Kenntnis dessen, was Knochen

ist, was Knochen kann und was Knochen zum Überleben und funktionieren benötigt, kann *echte Implantologie* betrieben werden, die nebenwirkungsfreier ist. Das Verfahren der kortikobasalen Implantologie lässt sich sehr einfach ausführen, wenn man die Grundlagen und Methoden gelernt hat und konsequent anwendet. Aus Stefan Ihdes Sicht handelt es sich bei dem Verfahren der kortikobasalen Implantologie um *echte Implantologie*, Implantologie, die Spaß macht und mit der man wirklich den Patienten helfen kann. Wohingegen das dumpfe Einschrauben von viel zu großen traditionellen Implantatkörpern aus der Lokomotivzeit unbefriedigend und riskant ist und nur von mechanistisch<sup>1</sup> denkenden *Schraubologen* vorgenommen wird.

- \*13. **Medizinprodukte:** Die Definition des Medizinprodukts ergibt sich aus § 3 Nr. 1 MPG. Danach sind Medizinprodukte alle einzeln oder miteinander verbunden verwendete Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Software, Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen oder anderen Gegenständen einschließlich der vom Hersteller speziell zur Anwendung für diagnostische oder therapeutische Zwecke bestimmten und für ein einwandfreies Funktionieren des Medizinprodukts eingesetzten Software, die vom Hersteller zur Anwendung für Menschen mittels ihrer Funktionen zum Zwecke der Erkennung, Verhütung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten, der Erkennung, Überwachung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen, der Untersuchung, der Ersetzung oder der Veränderung des

---

1 nicht biologisch

anatomischen Aufbaus oder eines physiologischen Vorgangs oder der Empfängnisregelung zu dienen bestimmt sind, deren bestimmungsgemäße Hauptwirkung im oder am menschlichen Körper weder durch pharmakologisch oder immunologisch wirkende Mittel noch durch Metabolismus erreicht wird, deren Wirkungsweise aber durch solche Mittel unterstützt werden kann.

- \*14. Es kann **positive von negativer Korruption** unterschieden werden. Ein Beispiel für **positive** Korruption:  
Ein Mitarbeiter der Gemeindeverwaltung erklärt sich bereit, den Passantrag bevorzugt bzw. in einer Überstunde zu bearbeiten, wobei die Passerteilung an sich völlig legal verläuft. Er erhält 50 Euro. Hier ist eine Win-win-Situation zu beobachten, bei der niemand benachteiligt wird. Positive Korruption ist in Deutschland und in der Schweiz aktuell anscheinend nicht sehr üblich. Der Fall ist bei der Passausgabe noch klar und übersichtlich. Wenn allerdings z.B. bei lebensnotwendigen Organtransplantationen einzelne Empfänger in der Reihe *nach vorne rücken*, dann gibt es tatsächlich Geschädigte, nämlich Patienten die *ihre Transplantation* bedauerlicher Weise nicht mehr erleben können. Es kommt also auf den Einzelfall an, wie Korruption dieser Art zu bewerten ist.

Beispiele für **negative** Korruption:

- Der (angebliche) Kantonszahnarzt (der vom Kanton/ den Steuergeldern bezahlt wird) nutzt seine Amtsstellung dazu aus, um Interessen der Zahnärztegesellschaft im Kanton zu vertreten (und nichts anderes). So kann er die Mitglieder der Zahnärztegesellschaft

beispielsweise vor staatlichen Strafen bewahren und zugleich dafür sorgen, dass stattdessen heftig gegen Nichtmitglieder der Zahnärztesgesellschaft ermittelt und vorgegangen wird. Unliebsame Konkurrenz wird so auf dem Dienstweg (über Sitzungsgelder vom Kanton bezahlt) beseitigt. Hier beobachten wir eine Win-win-Situation für das Departement generell (weniger Arbeit bzw. Arbeit mit klar vorhersagbarem Ausgang: Bewilligungsentzug oder Strafe für den Nicht-SSO-Zahnarzt) und zugleich ein *Win* für die Zahnärztesgesellschaft, die einen Mitbewerber (und damit ein Nichtmitglied/einen Nicht-Schutzgeld-Zahler) ausgrenzen konnte.

- Ein Unternehmer kauft ein Baugrundstück in einer Stadt, um darauf ein großes, profitables Wohn- und Gewerbehaus zu errichten. Ein (im Dunkeln agierender) Mitbewerber verhindert jahrelang diesen Bau durch Einflussnahme auf Departementsebene, bis der Unternehmer entnervt aufgibt und das Grundstück billig wieder abstößt. Hier beobachten wir also eine Win-win-Situation für den Mitbewerber und das Departement im Allgemeinen (bzw. irgendjemand eher oben im Departement ist sicherlich ein/der *Winner*), und eine Loser-Position für den rechtschaffenen Unternehmer (der es leider nicht zu seinem Recht schafft in dem über alle Massen korrupten System der Schweiz).

## Unterschiedliche Verlustgründe bei herkömmlichen und kortiko-basalen Implantaten

Hier sehen Sie im Vergleich eine Übersicht über die Verlustursachen von kortikobasalen Implantaten:

<p><b><u>Alle diese drei Faktoren sind unter unserer Kontrolle (unsere Verantwortung).</u></b></p>	1. Fehlende Verankerung in der 2. oder 3. Kortikalis (Chirurgischer Fehler)
	2. Überlastungsosteolysen um die kraftübertragenden Gewinde herum (Prothetische Fehler oder planerische Fehler)
	3. Retrograde Osteolyse (Unachtsamkeit während der Implantation)
<p>Diese beiden Faktoren sind <b><u>nicht unter unserer Kontrolle.</u></b></p>	4. Lageveränderung von Kortikalen nach der Implantation
	5. Unsachgerechtes Eingreifen von nicht für die Methode ausgebildeten und autorisierten Mitbewerber-Zahnärzten

*Table 1* Mögliche Gründe für den Verlust bzw. das Scheitern von kortikobasalen Implantaten.

Mit anderen Worten: In der kortikobasalen Implantologie können Probleme analysiert und die Ursachen zumeist eindeutig bestimmt werden. Wir können somit auch aus Fehlern effektiv lernen und diese zukünftig vermeiden. Aufgrund der grossen Anzahl von möglichen Problemursachen ist dies in der konventionellen Implantologie nur selten möglich.

Die nachfolgende Tabelle zeigt, was Implantationsärzte mit herkömmlichen Implantaten im Falle des Misserfolgs ahnungslosen Patienten (zu ihrer Entschuldigung) mitteilen. Oft werden einige Gründe gleichzeitig genannt, weil man die echten Verlustgründe nicht identifizieren kann:

## Die angenommenen bzw. von den Zahnärzten gegenüber den Patienten angegebenen Gründe für Verluste von 2-phasigen Implantaten

1. Vorbestehende Infektionen im Knochen (z.B: von früheren Zahninfektionen)
2. Während der Implantation eingetragene Infektionen (Bakterien die während des Implantationsvorgangs mit dem Implantat in die Tiefe geschraubt wurden)
3. Zu viel Einbringdruck (Torque) beim Einschrauben des Implantats
4. Zu wenig Einbringdruck (Torque) beim Einschrauben des Implantats
5. Allergien gegen das Implantatmaterial
  - Titanallergie
  - Titanunverträglichkeit
6. Idiopathisch (ein von sich aus bestehendes Problem, unbekannter Ursache)
7. Raue Implantatoberfläche
8. Glatte Implantatoberflächen (die angeblich nicht osseointegrieren sollen)
9. Alkoholmissbrauch (des Patienten/des Arztes?)
10. Rauchen (Patient raucht; Umgebung des Patienten raucht?)
11. Allgemeine Erkrankungen (Diabetes, Bluthochdruck, etc.)
12. Eingriffe durchgeführt in der falschen Mondphase (Verlustgrund bei abergläubischen Patienten)
13. Falsche Marke/Sorte des Implantats gewählt (Verlustgrund für Preisfanaten)
14. Überhitzung des Knochens während des Bohrens
15. Knirschen / Bruxismus
16. Kräfte, die durch die Gingiva hindurch (über Prothese) auf die Implantate wirken, während die Implantate noch einheilen
17. Das Alter (im Allgemeinen)
18. Schlechter Knochen
19. Niedriger Vitamin-D-Spiegel (zu kurze Sommerferien mit zu schlechtem Wetter)

- |  |  |
|--|--|
| <p>20. Periimplantitis – Ein Kapitel für sich alleine</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falsches Implantatdesign und ungeeignete Oberfläche</li> <li>• Zu großer Implantatdurchmesser</li> <li>• Falsche Verankerungsweise des Implantats</li> </ul> <p>Die drei o. g. Gründe werden dem Patienten freilich nicht so direkt im Detail mitgeteilt.</p> | <p>24. Immunsystem Aktivierung (führt zur Abstoßung)</p>                 |
| <p>21. Ti-Ionen leaks (aus dem Implantat in den Knochen)</p>   | <p>25. Mangelnde Implantatkontrolle</p>                                  |
| <p>22. Leaks aus den Verbindungsstellen zum Abutment</p>   | <p>26. Zu viele Osteoklasten (im Vergleich zu den Osteoblasten)</p>      |
| <p>23. Genetik des Patienten</p>   | <p>27. Titan-Abrieb (wird vor allem bei Gelenksprothesen diskutiert)</p> |
|  | <p>28. Bakterien (z. B. aus dem Blutstrom)</p>                           |
|  | <p>29. Falsche Lasteinleitung in das Implantat (falscher Winkel?)</p>    |

**Table 2** Dem Patienten mitgeteilte Gründe für den Verlust bzw. das Scheitern von herkömmlichen Implantaten. Oft werden vom Behandler drei bis fünf unterschiedliche, nicht miteinander im Zusammenhang stehende Gründe erwähnt.

Obwohl die Schraubologen über die Misserfolge ihrer Arbeit mehrheitlich nur spekulieren können, arbeiten sie (oft lebenslang) genauso weiter, ohne die Methode selbst anzuzweifeln oder wirksam zu verbessern. In der herkömmlichen zahnärztlichen Implantologie hat man die akzeptierte Grenze zwischen der *erfolgreichen* und der *nicht erfolgreichen* Behandlung so sehr verschoben, dass im Grunde fast jedes Resultat (außer dem Totalschaden) als erfolgreich gelten kann. Zugleich produzieren zahllose Universitäten auftragsgemäß positive Publikationen, und mit Hinweis auf diese Publikationen (bekanntlich gelten bis zu 70 Prozent der medizinischen Publikationen heute als falsch) kann dann jeder Misserfolg als schicksalshafter Einzelfall dargestellt werden.

---

*“Man kann alle Leute für einige Zeit und einige Leute für alle Zeit, nicht aber alle Leute für alle Zeit hinters Licht führen.”*

**– Thomas Jefferson, 1743-1826  
3. US-Präsident 1801-1809**

---

# Wie Hund und Katze – Warum konventionelle Implantologen die kortiko-basale Methode nicht verstehen können

## 1. Belastung von Implantaten

In der **traditionellen Implantologie** werden Implantatkörper in die 1. Kortikalis und vor allem in die spongiösen (weichen) Knochenareale der Kiefer eingebracht. Dort soll eine langsame biologische Osseointegration, die unbelastete Einheilung, erfolgen. Nach dieser *Einheilphase* werden Implantate belastet, d. h. *in Dienst gestellt*. Belastung von konventionellen Implantaten mit initialer spongiöser Verankerung unterstützt die Einheilung eher nicht, es wird für zweiphasige Implantate vielmehr *mechanische Ruhe* gefordert.

Ferner erfolgt zur Unterstützung der Einheilung üblicherweise keine Schienung von Implantaten, denn die Implantate sind sowieso unter der Schleimhaut versteckt. Kortikale Knochenareale werden für die Platzierung von Implantaten eher zufällig genutzt, meistens werden sie in der traditionellen Implantologie absichtlich gemieden („Vermeidung gefährdeter Strukturen“). Ursache ist eine unvollständige, und nicht *knochenkonforme* Ausbildung der Schraubologen. Die gesamte Traumatologie und die orthopädische Chirurgie arbeiten ausschließlic mit kortikalen Knochenarealen, und der Begriff *Osseointegration* ist in diesem Fachgebiet unbekannt. In der Traumatologie kennt man hingegen die Osseofixation und man benutzt diese Technologie erfolgreich und seit vielen Jahrzehnten. Auch dort wird grundsätzlich in Sofortbelastung gearbeitet, wobei in der Traumatologie die *erlaubte Menge der*

*Belastung* dem Patienten genau vorgegeben wird, was ja in der dentalen Implantologie nicht möglich ist. Dort sind andere Maßnahmen zur Lastreduktion erforderlich.

**Kortikobasale Implantate** hingegen werden stets (und nur) kortikal abgestützt, bzw. es wird eine Verankerung in der Kortikalis so hergestellt, dass Retention für Zug- und Druckkräfte besteht. Dabei ist die Abstützung in der 2. Kortikalis weitaus wichtiger als die Abstützung oder das Vorhandensein der 1. Kortikalis. Die 1. Kortikalis neigt zur Atrophie, was eben auch die Periimplantitis begünstigt, bzw. einleitet. Da kortikobasale und laterale basale Implantate nur sehr dünne Schäfte haben und hochglanzpoliert sind, tritt diese Erscheinung bei diesen Implantaten nicht auf, auch wenn sich der Knochen im Bereich der 1. Kortikalis durch Atrophie zurückbilden sollte (was ja zu erwarten ist). Für diesen Fall wurden vom Implantathersteller zementierbare Ersatzköpfe für das Implantat bereitgestellt. Mit deren Hilfe kann man die Zementierungsebene auf die Höhe der Mundschleimhaut verlegen. So kann Rückgang von Knochen und Schleimhaut kompensiert werden, wenn irgendwann eine Ersatzbrücke auf den vorhandenen Implantaten angefertigt wird.

## **2. Prothetische Versorgung**

In der **traditionellen Implantologie** erfolgt die prothetische Phase auf eingeeilten Implantaten und die prothetische Versorgung ist nicht an strikte Empfehlungen gebunden. Es scheinen die Regeln der herkömmlichen Zahnmedizin zu gelten, die in den einzelnen Ländern und selbst innerhalb einer Universität oft ganz unterschiedlich gelehrt werden. Alle möglichen prothetischen Konzepte

werden als richtig oder falsch erachtet (je nach Professor), und von diesen Konzepten gibt es in etwa so viele, wie es Lehrstühle gibt. Da die Implantate bei der Versorgung eingeeilt sind, spielt die Prothetik tatsächlich eine eher untergeordnete Rolle. Falls Fehler (und in der Folge z. B. Überlastungen) auftreten, kommt es zu Absplitterungen an der Keramik und/oder zu Brüchen an Implantatbestandteilen, d. h. Schrauben oder Abutmenten. Eher selten brechen die Implantate selber durch die Überlast.

In der **kortikobasalen Implantologie** spielt die Prothetik aufgrund der Sofortbelastung eine ganz herausragende Rolle, **richtige Prothetik ist behandlungsentscheidend**. Dies vor allem deswegen, weil in vielen Fällen mit **sehr wenig Knochen** gearbeitet wird und dieser Knochen Zeit benötigt, um sich den neu auftretenden enossalen Kräften und Belastungen anzupassen.

Es gibt für kortikobasale Implantate ein klares und erprobtes prothetisches Konzept mit den folgenden wichtigen Parametern:

- Die Bissebene sollte parallel zur Camper-Ebene sein, zumindest muss sie im Bereich der Zähne 4 - 6 parallel sein.
- Die vertikale Dimension muss in jedem Fall korrekt wiederhergestellt werden, um der mechanischen Harmonie des Gesichtschädels Rechnung zu tragen.
- Die Kauflächen sollen richtungsgleiche Verwindungskurven nach v. Spee enthalten bzw. es muss eine beidseits identische APPI vorliegen.
- Die Kauflächen müssen auf beiden Seiten des Kiefers eine nach dem Prinzip des AFMP gestaltete, identische transversal-vertikale Ausrichtung haben.

- Auf beiden Seiten des Kiefers muss die APPI<sup>1</sup> parallel zueinander konstruiert sein, da Frontzahnkontakte im Schlussbiss nicht erstellt werden.
- Die vorgenannten Umstände müssen über den gesamten Verlauf der Therapie erhalten werden, d. h. bis zum Lebensende des Patienten. Dies erfordert vor allem dann besondere Maßnahmen, wenn sich nicht nur Implantate, sondern auch lage-instabile Zähne im Mund befinden, die ihre relative Position in andere Weise bzw. nach anderen Regeln ändern werden, als der ebenfalls lage-unstabile Knochen, der sich lebenslang im Umbau befindet. Dieser Umbau führt zu morphologischen Änderungen, die ebenfalls Auswirkungen auf die Lage der Prothetik-Ebene haben. Natürliche Zähne unterliegen den Regeln die für Zähne gelten, während implantatgetragene Zähne fest mit dem Knochen verbunden sind und daher den Gesetzen des Knochen gehorchen.
- Eine Tripodisierung von Kontakten wird grundsätzlich nicht vorgenommen. Die Höckerlänge wird möglichst gering gehalten. Viele Anwender der Methode verzichten komplett auf Höcker (es werden altersentsprechende Abrasionsflächen hergestellt), ohne dass dies die Kaufähigkeit der Patienten beeinträchtigt.
- Ebenso wird auf statische Frontzahnkontakte verzichtet, weil diese Kontakte ein anteriores Kaumuster generieren und hierdurch schädliche Extrusionskräfte auf die hinteren Implantate in beiden Kiefern erzeugt werden. Trotzdem können die Patienten natürlich problemlos von Äpfeln etc. abbeißen.

---

1 APPI: Anterior-Posteror Plane nach Ihde

- **Dieses Konzept unterscheidet sich diametral von dem, was die meisten Zahnärzte auf natürlichen Zähnen so alles veranstalten...**

### **3. Lockerungen von Implantaten**

In der **traditionellen Implantologie** werden gelockerte Implantatkörper entfernt, weil die mundnah rauhen Implantatoberflächen sich im Falle einer Lockerung sofort bakteriell besiedeln und danach nicht mehr osseointegrieren können. Crestale osteolytische Areale sind somit automatisch nicht mehr steril.

Traditionelle Implantologen gehen davon aus, dass eine konservative Behandlung der Lockerung nicht möglich ist, denn dies ergibt sich aus der Lehrmeinung und ihren Erfahrungen (die sich auf konventionelle Implantate beziehen).

Sie tendieren dazu, gelockerte Implantate zu entfernen oder jedenfalls unbehandelt zu belassen. Sie gehen davon aus, dass eine aktive Beeinflussung des Zustandes im Sinne einer Stabilisierung des Implantats (insbesondere durch korrekt gesteuerte Funktion, Verteilung der Kaukräfte auf mehr Implantate etc.) nicht möglich ist. Allenfalls wird noch versucht, von der Periimplantitis befallene Implantate durch das Hinauszögern der eigentlich sofort nötigen Therapie (Entfernung) aus der Garantieperiode hinauszuretten, was mit weiteren Knochenverlusten und jahrelangem Leiden verbunden ist.

In der **kortikobasalen Implantologie** befinden sich die Kraftübertragungsflächen in resorptions- und infektions-sicheren Knochenarealen. Da es sich um kortikale Areale handelt, besteht für diesen Knochenbereich jederzeit (und

auch unabhängig vom Patientenalter und eventuellen Begleiterkrankungen) eine erhebliche Tendenz zur Remineralisation. Osteolytische Areale entstehen als Folge der Crack-Akkumulation und des nachfolgenden osteonalen Remodellings. Osteolytische Areale im Kortikalbereich um die Basisscheiben sind sehr lange steril, da der Weg für die Bakterien aus der unsterilen Mundregion zu den Kraftübertragungsbereichen in der Kortikalis im Regelfall unüberwindbar ist. Kommt es dennoch zu solchen Lockerungen, so entspricht dieser Zustand der *sterilen Lockerung* bei Endoprothesen. Gelockerte laterale basale Implantate müssen im Regelfall nicht entfernt werden, da sie sich wieder festigen können. Der Mineralisationsgrad des Knochens um die Basisscheibe (bzw. das Basisgewinde) herum wird sich bei adäquater Lastreduktion im Regelfall wieder erhöhen. Bei schraubbaren basalen Implantaten muss zwischen vertikaler und horizontaler Lockerung differentialdiagnostisch unterschieden werden. Es gelten die Angaben des „Konsensus zu (kortiko-)basalen Implantaten“.

Um die Chance auf eine Re-Integration zu erhöhen, muss jedoch möglichst frühzeitig und fachgerecht eingegriffen werden, wobei die Stabilisierung des Implantats im Knochen u. a. durch eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen möglich ist:

- Korrektur der Überlast
- Hinzusetzen von weiteren, sofort belastbaren Implantaten im bereits implantierten Kiefer (aufgrund der Notwendigkeit der Sofortbelastung kann in diesen Fällen im Regelfall sowieso nicht mit konventionellen Implantatkörpern therapiert werden. Meistens haben die Patienten dafür sowieso nicht genug Knochen, weswegen sie

ja von vorne herein mit basalen Implantaten therapiert wurden)

- Prothetische Änderungen im Gegenkiefer
- Passagere pharmakologische Reduktion der Kaukraft (Botulinumtoxin)
- Kortikobasale Schraubenimplantate können häufig durch gefügiges Hinein- oder Herausdrehen (in stabile Kortikalisareale) stabilisiert werden. Dabei wird meistens lediglich die auf die Implantation folgende Lageveränderung der 2. Kortikalis nachvollzogen. D. h. es ist leider in Einzelfällen möglich, dass der Kieferknochen sich an einzelnen Orten hinsichtlich seiner Form verändert (siehe die drei nachfolgenden Zeichnungen betreffend die Ausdehnung oder die Selbst-Verkleinerung der Kieferhöhle), wonach keine kortikale Verankerung des Implantats mehr vorliegt. Dies erfordert häufig einen Korrektur-eingriff.
- Die umfangreichen Möglichkeiten, die in der kortikobasalen Implantologie für die Behandlung von Lockerungen vorliegen (d. h. soweit sich die kraftübertragenden Gewindeanteile noch im Bereich der Kortikalis befinden), sind den Schraubologen, denen die Produkt- und Verfahrenseinweisung fehlt, völlig unbekannt. Sie kennen aus ihrem Tätigkeitsbereich nur den Weg der Implantatentfernung bei Komplikationen. Mit solchen unnötigen Entfernungen richten sie im Regelfall große Schäden an.

Abb. 1

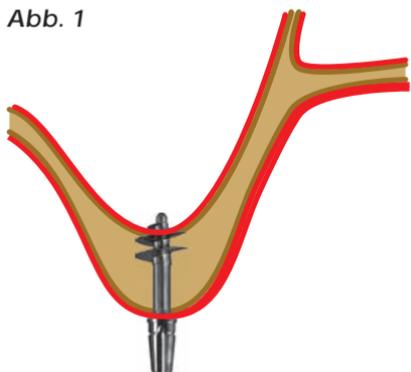


Abb. 2

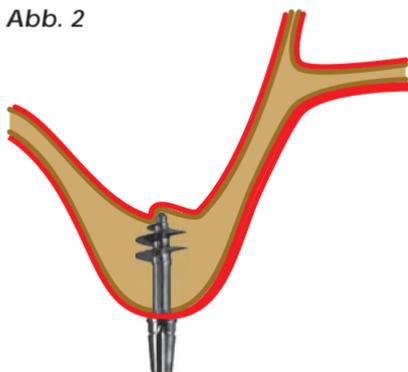
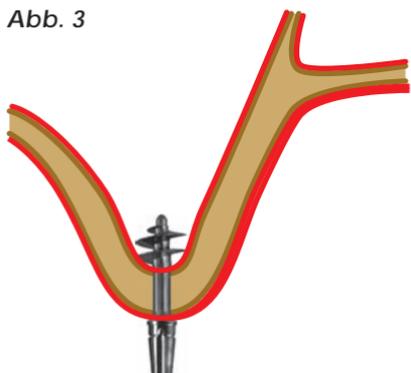


Abb. 3



### Abb. 1 - 3

- Korrekt nach IF-Methode 8a eingesetztes kortikobasales Implantat mit Verankerung im Kieferhöhlenboden.
  - Durch funktionsbedingtes Knochenwachstum in der Kieferhöhle verlieren die kraftübertragenden Gewinde des Implantats den Kontakt zur Kortikalis und das Implantat lockert sich. Es wird jedoch durch die Brücke an Ort und Stelle gehalten.
  - Alternativ ist es auch möglich, dass die „natürliche Ausdehnung“ der Kieferhöhle sich trotz Implantation fortsetzt, und dass dadurch die kraftübertragenden Gewinde den Kontakt zur Kortikalis verlieren.
- Vergleichbare Formänderungen der Kiefer lassen sich gelegentlich auch in anderen Regionen beobachten.

#### 4. Periimplantitis vs. sterile Lockerung

Bei **traditionellen Implantaten** liegen fast immer raue enossale Implantatoberflächen vor. Diese rauen Implantatoberflächen sind nach Beginn des Knochenrückgangs sofort und irreversibel bakteriell besiedelt. Die dabei entstehende Periimplantitis ist nicht sinnvoll behandelbar. Sie kommt vorwiegend erst dann zum Stehen, wenn die Osteolysefront resorptionssichere, per se hoch mineralisierte Knochenareale („basaler Knochen“; Barriereareale) erreicht hat.

Bei **kortikobasalen Implantaten** tritt keine herkömmliche Periimplantitis auf. Sterile Überlastungsosteolysen an den Kraftübertragungsflächen von basalen Implantaten werden von traditionellen Implantologen regelmäßig als *Periimplantitis* fehldiagnostiziert, und es werden nachfolgend im Regelfall fehlerhafte Folgebehandlungen vorgenommen, vor allem unnötige Implantatentfernungen. Den mit kortikobasalen Implantaten versorgten Patienten muss daher empfohlen werden, sich von solchen *traditionellen Implantologen* unbedingt fernzuhalten.

#### 5. Sofortbelastung

In der **traditionellen Implantologie** werden Implantate bei schlechter Knochenqualität eher spät belastet, man lässt sie eher länger einheilen (z. B. 6 oder 9 anstatt 4 Monate). Der traditionelle Implantologe geht also davon aus, dass längere unbelastete Einheilung zum Implantaterfolg maßgeblich beiträgt, d. h. eine spätere Weiterbehandlung macht nach diesem Denkkonzept die Behandlung sicherer bzw. möglich.

In der **kortikobasalen Implantologie** gilt der Grundsatz, dass die Schienung der Implantate umso früher erfolgen muss, je weniger Knochen vorliegt bzw. je schlechter seine Qualität (im Sinne von: Mineralisation/mm<sup>3</sup> Knochensubstanz) ist. Die 72-Stunden-Regel gilt somit nur für durchschnittlich mineralisierten Knochen – liegt geringere Mineralisation vor, muss zumindest die Schienung früher erfolgen, oft schon am ersten Tag. Bei sehr günstigen Knochenverhältnissen kann länger als drei Tage mit der Belastung zugewartet werden, und es ist im Einzelfall auch möglich, Brücken früher (als nach 6 bis 9 Monaten) auszuwechseln. Die Entscheidung darüber kann nur der autorisierte Chirurg treffen, der selbst diese Implantate eingesetzt hat, da nur der Chirurg die OP-Situation, die Verankerung und die Festigkeit des Knochens an jeder Stelle kennen kann. Nur dieser Chirurg kann auch den Behandlungsverlauf beurteilen.

## 6. Oberflächenkonfiguration

In der **traditionellen Implantologie** wird davon ausgegangen, dass die Oberflächenvergrößerung von enossalen Implantatoberflächen zum Gelingen der Implantation beiträgt und nötig ist. Es soll für die prothetischen Lasten *mehr Kraftübertragungsfläche* geboten werden. Ein aus biologischer Sicht völlig unsinniges Konzept.

**In der kortikobasalen Implantologie werden raue Implantatoberflächen grundsätzlich nicht eingesetzt**, da sie zur unerwünschten bakteriellen Besiedlung tendieren und weil damit effektiv keine Vorteile für die Implantatbehandlung erzielbar sind. Besondere Oberflächeneigenschaften sind für das Erreichen der Osseofixation (in Kortikalisarealen) oder bei der Vornahme von Spongiosakompression

(mit Hilfe von Kompressionsschrauben) ohnehin nicht notwendig, da in diesen Zielknochen keine Blutversorgung zur Verfügung steht, die Substrate für eine aktive biologische Osseointegration bereitstellen würden. All dies ist gar nicht notwendig für den Implantaterfolg.

Raue Oberflächen können niemals Vorteile für die frühe Indienststellung von Implantaten mit sich bringen. Solche Oberflächen weisen hingegen zahlreiche mittel- und langfristige Nachteile auf, und sie beeinträchtigen im Falle des Auftretens der Periimplantitis die Lebensqualität der Patienten erheblich.

Daneben verhindern raue Oberflächen, vermutlich durch die mechanische Reizung des geschwächten Knochen(weich-)gewebes, die Re-Integration von basalen Implantaten (Ihde S: Principles of BOI, 2004/2005 - Springer Verlag, Heidelberg).

## 7. Die „notwendige Knochenmenge“

In der **konventionellen Dentalimplantologie** gelten Kieferareale mit weniger als ca. zehn Millimeter Knochenhöhe als nicht implantierbar bzw. riskant. Hieraus resultiert die häufige Anwendung von Techniken zum Knochenaufbau, die jedoch nur eine verzögerte Behandlung und zugleich eine Behandlung mit insgesamt geringerer Erfolgswahrscheinlichkeit zulassen. Die geringere Erfolgswahrscheinlichkeit (bzw. die höheren Risiken dieser Vorgehensweise) ergibt sich alleine schon aus der kumulativen Zunahme der allgemeinen Operationsrisiken durch die mehrstufigen Operationsprotokolle.

In der **kortikobasalen Implantologie** gibt es keine solche

*Mindestknochenmenge.* Entscheidend sind das Vorliegen und die Ausnutzbarkeit von stabilen kortikalen Knochenarealen, eben der 2. oder 3. Kortikalis. Damit stehen für die Erst- und Folgebehandlung weitaus mehr Behandlungsoptionen zur Verfügung als in der konventionellen Implantologie.

Die Implantatlänge bestimmt sich aus der Distanz zwischen der Abutmentposition und der Zielkortikalis. Sie kann über 40 Millimeter betragen, andererseits können auch vier oder fünf Millimeter Restknochenhöhe ausreichend sein.

Besonders nachteilig bei den konventionellen Implantaten ist, dass bei diesen geringen Knochenhöhen keine Korrekturingriffe mit konventionellen Implantaten in Sofortbelastung vorgenommen werden können. Somit scheidet konventionelle Implantate und konventionelle Techniken fast grundsätzlich als Therapiemittel aus, wenn es darum geht, Implantatfälle mit kortikobasalen Implantaten weiter zu versorgen. Salopp ausgedrückt: Es gelingt nicht, einen Masarati mit Ersatzteilen eines Goggomobils zu reparieren. Konventionelle Implantologen scheidet somit im Regelfall als Nachbehandler für Fälle mit basalen Implantaten schon mangels der erforderlichen Werkzeuge und der Therapiemittel aus. Leider wissen das nicht alle Schraubologen, und manch einer weiß es und verschweigt die Umstände absichtlich.

Eine der Hauptindikationen der kortikobasalen (strategischen) Implantate ist die sofortige Behandlung von Fällen nach dem Verlust konventioneller Implantate, d. h. nach Periimplantitis ([www.Periimplantitis.info](http://www.Periimplantitis.info)). Vielen Tausenden Patienten, die herkömmliche Implantate hatten, darunter gelitten und diese verloren haben, konnte so geholfen

werden.

Bei Neupatienten kann die Periimplantitis durch den Einsatz kortikobasaler Implantate vollständig vermieden werden.

## **8. Verknennung der Möglichkeiten einer effizienten Weiterbehandlung**

Werden **traditionelle Implantologen** mit Fällen konfrontiert, die mit basalen Implantaten vorbehandelt sind, so werden sie im Regelfall die effizienteste Weiterbildungsmöglichkeit nicht kennen und sowieso nicht berücksichtigen. Da meistens die notwendige Knochenmenge für eine Behandlung mit konventionellen Implantaten fehlt (diese Knochenmenge war bei den betroffenen Patienten schon bei Behandlungsbeginn nicht ausreichend vorhanden für traditionelle Protokolle), wird im Regelfall folgender Behandlungsweg gewählt: Explantation, herausnehmbare prothetische Interimsversorgung, ggf. chirurgischer Knochenaufbau, Versuch der Neuimplantation mit crestalen Implantatkörpern. Unnötige Jahre des Leidens für die Patienten. Dieser Weg ist teuer, und aufgrund des mehrstufigen Operationsplans mehrfach riskant. Es geht hierbei normalerweise viel Knochen verloren, und die betroffenen Patienten würden in eine solche Behandlung niemals einwilligen, wenn man ihnen Wege zur korrekten und optimierten Weiterbehandlung aufzeigen würde – nämlich die Weiterbehandlung mit kortikobasalen Implantaten, die sie bereits schon einmal ganz bewusst gewählt hatten.

Die Ausbildung von Basalimplantologen umfasst schwerpunktmäßig die Kenntnis über die Lokalisation und das

Auffinden (Ausnutzen) resorptionssicherer Knochenareale (spezifische Anatomie). Daher werden Basalimplantologen sowohl neue Fälle als auch Fälle, die zur Weiterbehandlung anstehen, stets unter anderen Gesichtspunkten analysieren und optimierte Behandlungspläne aufstellen, die sowohl den vorhandenen Restknochen, als auch die vorhandenen basalen Implantate einschließen. Die Prognose von gelockerten Implantaten wird von Basalimplantologen im Regelfall richtiger eingeschätzt werden als von traditionellen Implantologen. Die Behandlungspläne werden stets darauf ausgerichtet sein, per se riskante Knochenaufbaumaßnahmen zu vermeiden und in Sofortbelastung zu behandeln. All diese Aspekte werden von den betroffenen Patienten ohnehin gewünscht.

## 9. Aspekte der Behandlungskosten

**Traditionelle Implantationsverfahren** sind im Regelfall mit weitaus höheren Kosten verbunden als die Behandlung mit basalen Implantaten. Dies führt dazu, dass sich heute auch Patienten aus niedrigeren Einkommensgruppen sich eine Erstbehandlung mit den Implantaten und der Technologie leisten können und leisten werden, die Stefan Ihde für jedermann entwickelt und verbreitet hat. Somit bietet die kortikobasale Implantologie die Möglichkeit, alle Patienten bis zu ihrem Lebensende mit festen Zähnen zu versorgen. Und genau dies ist das Ziel von Stefan Ihde seit jeher gewesen.

## Zusammenfassung

Es ist davon auszugehen, dass Implantologen mit nur tra-

ditioneller implantologischer Ausbildung beinahe immer zu falschen Diagnosen und Behandlungsschritten kommen werden, wenn sie ohne spezielle Schulung mit kortikobasalen Implantaten herumhantieren. Die Modalitäten und die Möglichkeiten der Behandlung von kortikobasalen Implantaten unterscheiden sich erheblich, am ehesten würden wohl Traumatologen den Umgang mit solchen Implantaten verstehen. (siehe dazu mehr unter <https://www.implantfoundation.org/de/consensus-indications-and-treatment-modalities-article-de>)

In der konventionellen Implantologie fehlt es an Lehraussagen und Erfahrung zum kortikalen Knochen. Stattdessen herrscht die irri- (und allenfalls für den spongiösen Knochen, bzw. die Geflechtknochenintegration beschränkt akzeptable) Grundannahme vor, dass der Implantaterfolg von verbesserten Oberflächeneigenschaften des Implantats abhängt. Dass diese Denkweise schon im Ansatz falsch ist, belegt auch der Umstand, dass die Osseointegration von P. Branemark für glattflächige Implantatkörper zunächst beschrieben wurde. Ohnehin hilft der Denkan-satz bei sofortbelasteten Implantaten nicht, weil der Knochen keinesfalls so schnell reagieren wird, wie es für die Sofortbelastung nötig wäre, d. h. es kommt natürlich nicht in zwei bis drei Tagen zur Osseointegration! Auch die Tatsache, dass in der Traumatologie bzw. der orthopädischen Chirurgie nie Implantate mit Oberflächenvergrößerungen eingesetzt werden (auch dort wird ja im Regelfall mit Sofortbelastung gearbeitet und die Kräfte auf dem Skelett sind noch viel größer als die Kräfte im Dentalbereich), sollte den Dentalimplantologen zu denken geben.

Im Regelfall werden sich Neuanfänger in der Dentalimplantologie für das gewählte Verfahren und den Typ des

Implantats ausbilden lassen. Wichtig ist das Angebot einer strukturierten Ausbildung und einer praxisbegleitenden Beratung für den Anfänger und die Anwender während der nachfolgenden Jahre der aktiven Anwendung.

Es hat sich gezeigt, dass die jährliche Nachschulung von überragender Bedeutung ist, da auch geübte Basalimplantologen zwar ihren eigenen, bevorzugten Behandlungsstil entwickeln (der durchaus auch erfolgreich sein kann), wie alle anderen Menschen tendieren sie jedoch dazu, gewisse Details mit der Zeit zu vergessen. Indem spezielle, ggf. beim einzelnen Behandler **in Vergessenheit geratene Details** immer wieder nachgeschult werden. Die Nachschulung dient also der Patientensicherheit und zur Information der Anwender über Neuerungen und andernorts bekannt gewordene Probleme und deren Lösung. Zudem können so Neuerungen bei den Produkten selbst im Markt sicher eingeführt werden.

Anders sieht die Situation aus, wenn sich Patienten, die mit basalen Implantaten vorbehandelt wurden, bei traditionellen Implantologen zur Weiterbehandlung einfinden. Bei diesen Weiterbehandlungen werden regelmässig erhebliche Mängel beobachtet, bis hin zu schwer körperverletzenden Eingriffen und **Strafexplantationen** (diese wurden auf dem Gebiet der Schweizerischen Eidgenossenschaft und in Österreich, neuerdings auch in Deutschland beobachtet. Es bleibt zu hoffen, dass die Patienten nach den Erfahrungen mit der sogenannten Covid-19 Pandemie (betreffend einem Virus den es in der Realität nie gab) weitaus mehr Skepsis gegenüber den Schulmedizinerinnen und den Gesundheitspolitikern aufbringen, und dass sie deren Scharlatanerie und die niederen Absichten erkennen.

# Anhang

## Klassifikation kortikobasaler Implantate

Beschreibung	Design	Modus der Integration	Type der Osteotomie
<b>Laterale basale Implantate</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kraftübertragungsflächen sind zur Übertragung der Kraft auf die Kortikalis bestimmt</li><li>• Dünne, polierte vertikale Implantatanteile</li><li>• Elastisches Implantatdesign</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Duale Integration im Bereich der kraftübertragenden Scheiben</li><li>2. Allmähliche Integration entlang der sonstigen vertikalen Implantatanteile</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>• T-förmig</li><li>• lateral</li><li>• bikortical</li></ul>
<b>Schraubbare basale Implantate</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Polierte, schneidende apikale Gewinde</li><li>• Dünne, polierte vertikale Implantatanteile</li><li>• Elastisches Implantatdesign</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Osseofixation der kraftübertragenden Gewinde</li><li>2. Allmähliche Integration entlang der sonstigen vertikalen Implantatanteile</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>• crestal</li><li>• trans-kortical</li></ul>
<b>Kombinationsimplantate</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Polierte, schneidende apikale Gewinde</li><li>• Kompressionsgewinde entlang der vertikalen Achse des Implantats</li><li>• Steifes Implantatdesign</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Osseofixation der kraftübertragenden Gewinde</li><li>2. Kompression des spongiösen Knochens entlang der vertikalen Implantatachse</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>• crestal</li><li>• trans-kortical</li></ul>

## Bibliografie Dr. Stefan Ihde

### Zusammenstellung der wichtigsten wissenschaftlichen Publikationen von Dr. Stefan Ihde bis April 2021

**113** Ihde Stefan, Palka Lukas, Slawomir Jarzab, Janecek Maciej, Gozdziwska-Harlajczuk Kariolina  
Three-Dimensional Determination of the Fusion Zone between the Distal Maxilla and the Pterygoid Plate of the Sphenoid Bone and Considerations for Implant Treatment Procedure Appl. Sci. 2021, 11, 30. <https://dx.doi.org/10.3390/app11010030>

**112** A. Ihde, S. Ihde, O. Sipic, Y. E. Vares, G. Gombkoto, E. Sethuraman, Y. Y. Vares  
Requirements for total prosthetic maxillary rehabilitation according to Strategic implant technology in immediate loading protocol (Case Series Report)  
<https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/kl-stomat>  
клінічна стоматологія; УДК 616.716.1-007.21-089.843  
DOI 10.11603/2311-9624.2020.1.12033

**111** Three-Dimensional Determination of the Fusion Zone between the Distal Maxilla and the Pterygoid Plate of the Sphenoid Bone and Considerations for Implant Treatment Procedure  
Appl. Sci. 2021; DOI: 10.3390/app11010030 ISBN: 1454-5101  
Ihde Stefan, Palka Lukas, Slawomir Jarzab, Janecek Maciej, Gozdziwska-Harlajczuk Kariolina

**110** Ihde S, Sipic O, Pałka L. A single-step implant treatment of a patient presenting with a high smile line (gummy smile) – Surgical, prosthetic, and financial considerations of full-mouth rehabilitation with one-piece implants

anchored in cortical bone - A case report. *Ann Maxillofac Surg* 2020;10:512-7.

**109** Ihde Antonina , Lazarov A, Gaur V, Lysenko V, Konstantinovic V, Grombkötö G, Lukas Palka, Stefan Ihde . Consensus regarding 16 recognized and clinically proven methods and sub-methods for placing corticobasal® oral implants. *Ann Maxillofac Surg* 2020;10:457-62.

**108** Ihde S, Sipic O. Esthetic indication for dental implant treatment and immediate loading (3). Case report and considerations regarding the aspect of the patient's right to self-determination in medical decision-making. *Ann Maxillofac Surg* 2020;10:213-6.

**107** Ihde A, Chakranarayan A, Sipic O, Soni P, Ihde S, Vares Y. Treatment of Patients with Vertical Maxillary Excess: Orthognathic Surgery vs Strategic Implant® (Clinical Cases Report). *Lviv Clinical Buletin*. 2020, 2(30): 21-28

**106** Ihde A., Chakradanarjan A., Sipic O., Soni P, Ihde S., Vares J. *CMF Impl Dir* 2020; Vol 14 S1: 45-60 (in ukrainian Langage)

**105** Ihde S, Sipic O. *Tretman dentalnim implantatima i imedijantno funkcionalno opterećenje CMF Impl. Dir. Volume 14 Issue 3 June 2020 , pp 157-164*

**104** Ihde Stefan, Palka Lukas, Slawomir Jarzab, Janecek Maciej, Gozdziwska-Harlajczuk Kariolina *Three-Dimensional Determination of the Fusion Zone between the Distal Maxilla and the Pterygoid Plate of the Sphenoid Bone and Considerations for Implant Treatment Procedure Dec 2020 DOI: 10.3390/app11010030 ISBN: 1454-5101*

**103** Ihde S, Sipic O, Pałka L. A single-step implant treatment of a patient presenting with a high smile line (gummy smile) – Surgical, prosthetic, and financial considerations of full-mouth rehabilitation with one-piece implants anchored in cortical bone - A case report. *Ann Maxillofac Surg* 2020;10:512-7.

**102** Ihde Antonina , Lazarov A, Gaur V, Lysenko V, Konstantinovic V, Grombkötö G, Lukas Palka, Stefan Ihde . Consensus regarding 16 recognized and clinically proven methods and sub-methods for placing corticobasal® oral implants. *Ann Maxillofac Surg* 2020;10:457-62.

**101** Ihde S, Sipic O. Esthetic indication for dental implant treatment and immediate loading (3). Case report and considerations regarding the aspect of the patient's right to self-determination in medical decision-making. *Ann Maxillofac Surg* 2020;10:213-6.

**100.** Ihde A., Chakranarayan A., Sipic O., Soni P., Ihde S., Vares Y., Treatment of Patients with Vertical Maxillary Excess: Orthognathic Surgery vs Strategic Implant® (Clinical Cases Report). *Lviv Clinical Buletin*. 2020, 2(30): 21-28.

**99.** Ihde A., Chakradanarjan A., Sipic O., Soni P, Ihde S., Vares J. *CMF Impl. Dir.* 2020; Vol. 14 S1: 45-60 (Ukrainisch).

**98.** Ihde S., (on behalf of the International Implant Foundation, Munich) ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ кортикобазальных челюстных имплантатов и соответствующие методики лечения *Clinical Stomatology*, 2020/1, [instom.spb.ru](http://instom.spb.ru)

**97.** Gaur V., Doshi A., Ihde S., Ihde A., Pača Multi-unit connection for the Strategic Implant®: an innovative way for achieving retrievability of prosthetics on fully polished single piece implants used in an immediate loading pro-

tol. CMF Impl. Dir. 2020; 14: 3-34.

**96.** Ihde S., Ihde A., Full maxilla and partial mandible reconstruction-case report and considerations regarding necessary number of implants and the necessity for the incorporation of a rigidly cemented metal-enforced first bridge for immediate loading treatment protocols. CMF Impl. Dir. 2020; 14: 35-43.

**95.** Ihde S., Sipic O., Dental implant treatment and immediate functional loading (1). Case report and considerations: Extended treatment options using the Strategic Implant® and indications and objectives for comprehensive dental implant treatment. Ann Maxillofac Surg 2019;9: 465-9.

**94.** Ihde S., Sipic O., Functional and esthetic indication for dental implant treatment and immediate loading (2) Case report and considerations: Typical attitudes of dentists (and their unions) toward tooth extractions and the prevention of early, effective, and helpful dental implant treatment in the European union. Ann Maxillofac Surg 2019;9: 470-4.

**93.** Ihde S., Indications and treatment modalities with corticobasal jaw implants. Ann Maxillofac Surg 2019;9: 379-86.

**92.** Gaur V., Ihde S., Ravi Sekhar M., Considerations Regarding Treatment Options and Technique For Cortically Anchored Implants in the Distal Maxilla IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS) e-ISSN: 2279-0853, p-ISSN: 2279-0861. Volume 18, Issue 1 Ser. 15 (January. 2019), pp. 28-37.

**91.** Ihde S., Sipic O., Dental implant treatment in immediate functional loading. Case report and considerations regarding the extended treatment possibilities of the Strate-

gic Implant® and regarding indications for comprehensive dental implant treatment. *Stomatologist* 2/2019, pp. 74-78 (Russisch).

**90.** Ihde S., Ihde A., Considerations regarding dental implant surfaces, bone reaction and „Periimplantitis“. *Ann Maxillofac Surg* 2018;8: 365-8.

**89.** Ihde S., Palka L., Anchorage possibilities in case of a unilateral maxillary defect using the concept of Strategic Implant®. *Natl J Maxillofac Surg.* 2018 Jul-Dec;9(2): 235-239. doi: 10.4103/njms.NJMS\_36\_18.

**88.** Ihde S., Palka L., Gaur V., Ihde A., Critical appraisal regarding the publication „Implant survival between endosseous dental implants in immediate loading, delayed loading, and basal immediate loading dental implants: A 3-Year follow-up“ as published in *Ann maxillofac surg* 2017;7: 237-44, by the Authors R. Gharg (Corresponding Author), Neha Mishra, Mohan Alexander, Sunil K. Gupta. *Ann Maxillofac Surg* 2018;8: 101-7.

**87.** Ihde S., Palka L., Janeczek M., Kosior P., Kiryk J., Dobrzynski M., Bite Reconstruction in the aesthetic zone using one-piece bicortical screw implants. *Case Reports in Dentistry* Vol. 2018, Article ID 4671482, 4 pages; <https://doi.org/10.1155/2018/4671482>

**86.** Gaur V., Doshi A., Ihde S., Fernandes G., Lysenko V., Immediate Loading of Implants in the Partially Edentulous Maxilla: A Case Report of a Novel Technique with Strategic Implants

*IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)* e-ISSN: 2279-0853, p-ISSN: 2279-0861. Volume 17, Issue 5 Ver. 12(May. 2018), pp. 34-40 [www.iosrjournals.org](http://www.iosrjournals.org)

**85.** Vares J. E., Ihde S., Tubero-Pterygoid Implants. Result of

4 yr Experience. Journal of the Organisation of Scientific Medical Investigation „Salutem“ 12./13. February 2016, pp. 60-61 (Ukrainisch).

**84.** Ivanjac F., Konstantinović VS., Lazić V., Dordević I., Ihde S., Assessment of Stability of Craniofacial Implants by Resonant Frequency Analysis.

Journal of Craniofacial Surgery 2016; 27(2): 185-189.

**83.** Ihde S., Ihde A., Lysenko V., Konstantinović V., Palka L., New Systematic Terminology of cortical Bone areals for osseo-fixated Implants in Strategic Oral Implantology. J.J.Anatomy, 2016, 1(2), 007.

**82.** Ihde S., Ihde A., „Periimplantitis“ Analyse einer Erscheinung und Hinweise zur Implantatauswahl. CMF Impl. Dir. Vol. 11 N° 1 2016, 3-21.

**81.** Vares Z., Ihde S., Medvid Z., Ihde A., Tubero/pterygoid Implants: Therapeutic Option For Patients with Distal Maxillary Defects.

CMF Impl. Dir. Vol. 11 N° 2, pp. 27-30.

**80.** Vares Y., Pavlenko O. W., Ihde S., Pavlenko M. O., Горбово-крилоподібні імпланти – терапевтична опція для пацієнтів з дефектами дистальних відділів верхньої щелепи (Ukrainisch).

Sovremenaja Implantologia 3/2016, pp. 87-90.

**79.** Ihde S., Ihde A., Lysenko V., Morphological Changes in the distal Mandible Influence basal Implant Survival. CMF Impl. Dir. Vol. 10, N° 3, 2015, pp. 79-83.

**78.** Ihde S., Ihde A., Lysenko V., Immediate Strategic Implant® Restoration of the Maxilla after Removal of a fully Impacted, horizontally retented canine. CMF Impl. Dir. Vol. 10, N° 3, 2015, pp. 84-88.

**77.** Ihde S., Clinical suitability of different implant designs: Analysis of customer complaints reaching the manufacturer. CMF Impl. Dir. Vol.9, N° 4, 2014; p. 43-55.

**76.** Nanda S., Ihde S., Nanda P., Intra-oral welding – A useful adjunct in immediate loading implantology using BCS® implants. CMF Impl. Dir. Vol. 9, N° 2, 13-24, 2014.

**75.** Ihde S., для немедленной нагрузки и применения даже при недостаточном вертикальном объеме костной ткани СОВРЕМЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ 4/2014, pp. 112-114.

**74.** Lazarov A., Ihde S., Case report: Replacement of failing 2-stage implants by basal implants and conventional bridgework. CMF Impl. Dir. Vol. 8 N° 4, pp. 104-109.

**73.** Shah S., Ihde A., Ihde S., Gaur V., Konstantinović V. S., The usage of the distal maxillary bone and the sphenoid bone for dental implant anchorage. CMF Impl. Dir. Vol. 8 N° 1 March 2013; 14-30.

**72.** Ihde S., Ihde A., Restoration of two patient cases with screwable basal implants (BCS) after failure after lateral basal and crestal implants made from a PEEK-compound. Case descriptions and failure analysis. CMF Impl. Dir. Vol. 8 N° 3-2 September 2013; pp. 83-101 (Englisch). CMF Impl. Dir. Vol. 8 N° 3-1 September 2013; pp. 61-79 (Russisch).

**71.** Ihde S., Ihde A., Equipping the upper jaw with basal screw implants to treat a case with severe bone loss and after the failure of an „all-on-four“-type construction. CMF Impl. Dir. Vol. 7 N° 4 December 2012, pp. 111-123

**70.** Kopp S., Maier T., Ihde S., Periimplantitis and implant characteristics in Dental Implantology: A Systematic Review. CMF Impl. Dir. Vol. 6 N° 4 2011, pp. 97-124.

**69.** Antimicrobial activity of NaCl solution as a medium for preservation of dental implants. Daniil V Rublevsky, Alexey V Stugarev, Ihde S., Ihde A. *CMF Impl. Dir.* Vol. 6 № 4 2011 pp. 89-94.

**68.** Ihde S., Shabanović A. B., Влияние конструкторских особенностей фрезы на теплообмен  
стоматологический журнал • 3 • сентябрь • 2011,219-221.

**67.** Ihde S., Dimitroff Y., Konstantinović V. S., Ihde A., Temporary gain of stability in basal implants through vertical bone screws. *CMF Impl. Dir.* 6 (2), pp. 17-23, 2011.

**66.** Ihde S., Ihde A., Immediate replacement of damaged or failing screw implants by lateral basal implants. *CMF Impl. Dir.* 6 (2), pp. 25-29, 2011.

**65.** Goldman T., Himmlova L., Ihde S., Stress distribution within basal dental implants and on the interface to the bone. Influence of the design of the bridgework in the atrophied posterior mandible: the concept of the supporting polygon. *CMF Impl. Dir.* 6(3): pp. 43-56, 2011.

**64.** Ihde S., Goldman T., Post-operative remodelling of the mandibular bone allows the incorporation of stiff circular bridges on four strategically placed basal implants in an immediate load protocol. *CMF Impl. Dir.* 6(3), pp. 57-67, 2011.

**63.** Ihde S., Konstantinović A., Ihde A., Restoring the severely atrophied posterior mandible with basal implants: four surgical approaches broaden the indications for fixed implant restorations in the mandible. *CMF Impl. Dir.* 6(3), pp. 69-84, 2011.

**62.** Ihde S., Sinuslift was left in the past *Implantologia,*

Parodontologia, Osteologia, N° 4 (24), 39-43, 2011 (Ukrainisch).

**61.** Kopp S., Kuzelka J., Goldmann T., Himmlova L., Ihde S., Model of load transmission and distribution of deformation energy before and after healing of basal dental implants in the human mandible Biomed Tech (Berl). 2011 Feb;56(1): 53-8. Epub 2010 Nov 17.

**60.** Konstantinović VS., Lazić V., Ihde S., Disk implants retained nasal epithesis. Case report and literature review. J Craniofac Surg 2010;21: (1) 33-36.

**59.** Ihde S., Kopp S., Ihde A., Fallbericht: Palatinaler Insertion von basalen Implantaten – Fallbericht und Diskussion einer alternativen Implantationstechnik für den Oberkiefer CMF Impl. Dir. Vol.5 N° 1 Januar: 9-18 (2010).

**58.** Ihde S., Rusak A., Case Report: Treatment of a severely resorbed mandible with endosseous implants in an immediate loading protocol (Englisch). CMF Impl. Dir. (2009) 1: Treatment of a severely resorbed mandible with endosseous implants in an immediate loading protocol (Arabisch). Arab Dental 2010, 1: 32.

**57.** Ihde S., Rusak A., Evidence Report: A comparison of bone grafts with and without platelet-rich plasma in preparation for dental implant placement. CMF Impl. Dir. Vol. 4 N° 3 August: 130-137 (2009).

**56.** Ihde S., The effect of matrix bound parathyroid hormone on bone regeneration. CMF Impl. Dir. Vol. 4 N° 2 September: 108-108 (2009).

**55.** Kopp S., Bienengraber V., Ihde S., Basal implants as a solid base for immediately loaded full arch bridges / Wszczepy bazalne jako trwała podstawa natychmias-

towych pełnotukowych protez stałych. DENTAL FORUM /1/2009/XXXVII, 51-60.

**54.** Kopp S., Panek H., Ihde S., Lieb B., Clinical Problems with Implant Installation in Geriatric Patients. Dent.Med. Probl. 2009, 46, 486-493.

**53.** Ihde S., Comparison of two techniques for immediate loading regarding their cost-effectiveness. Arab Dental 3: 30-33, 2009.

**52.** Kopp S., Halina Panek, Stefan Ihde, Bela Lieb, Clinical Problems with Implant Installation in Geriatric Patients. Dental and Medical Problems Quarterly, 46:4 (2009).

**51.** Ihde S., Kopp S., Maier T., Comparison of implant survival with implants places in acceptable and compromised bone: a literature review. J Maxillofac Impl. 8(1): 1-7 2009.

**50.** Ewald A., Ihde S., Salt impregnation of implant materials. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2009 Mar 7. [Epub ahead of print].

**49.** Ihde S., Kopp S., Gundlach K., Konstantinović VS., Effects of radiation therapy on craniofacial and dental implants: a review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2009 Jan;107(1): 56-65. Epub 2008 Aug 28.

**48.** Ihde S., Comparison of basal and crestal implants and their modus of application. Smile Dental Journal Vol. 4 N° 1: 36-46, 2009.

**47.** Ihde S., A basalis Es a crestalis implantatumrok összehasonlitasa es alkalmazasuk (Part 1). Magyar Fogorvos 2009/2 70-72 (Ungarisch).

**46.** Ihde S., A basalis Es a crestalis implantatumrok összehasonlitasa es alkalmazasuk (Part 2). Magyar Fogorvos

2009/3 130 -132 (Ungarisch).

**45.** Ihde S., A basalis Es a crestalis implantatumrok összehasonlítása es alkalmazasuk (Part 3). Magyar Fogorvos 2009/4 188-192 (Ungarisch).

**44.** Ihde S., No more sinuslifts. CMF Impl. Dir. Vol. 4, N° 2: 160-174; 2009.

**43.** Ihde S., Nema vise sinuslifta. Ihde S. DMNews Jesen 2009, 18-21 (Serbisch).

**42.** Ihde S., Scientific classification and evaluation: Comparison of basal and crestal implants and their modus of application. CMF Impl. Dir. Vol. 4 N° 1 Januar: 4-17 (2009).

**41.** Ihde S., Developing a study question. CMF Impl. Dir. Vol. 4 N° 2 September: 109-111 (2009).

**40.** Ihde S., Case Report: Immediate and intra-oral repair of a fractured basal implant. CMF Impl. Dir. Vol. 4 N° 2 September: 112-117 (2009).

**39.** Ihde S., Rusak A., Case Report: Treatment of a severely resorbed mandible with endosseous implants in an immediate loading protocol. CMF Impl. Dir. Vol. 4 N° 4 December: 150-153 (2009).

**38.** Ihde S., Functionally related changes to the vertical peri-implant bone after BOI® implant insertion in the mandible (Previously published in French in "Implantodontie", 2003). CMF Impl. Dir. Vol. 4 N° 4 December: 160-180 (2009).

**37.** Goldman T., Ihde S., Kuzelka J., Himmlova L., Bendable vs. angulated dental implants: considerations of elastic and plastic material properties based in experimental implant material data and FEM. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 2008, 152 (2).

- 36.** Ihde S., Radiological assessments and clinical implications in cases including basal implants. *Arab Dental* 2: 30-31, 2008.
- 35.** Ihde S., Corrective Intervention: Immediate restoration after failure and replacement of basal implants. *CMF Impl. Dir.* Vol. 3 N° 1 March: 28-35 (2008).
- 34.** Ihde S., Outcomes of immediately loaded full arch reconstructions on basal implants and teeth in the mandible: restrospective report on 115 consecutive cases during a period of up to 134 months. *CMF Impl. Dir.* 1(3): 50-60, 2008.
- 33.** Ihde S., Immediate Restoration after failure and replacement of basal implants. *CMF Impl. Dir.* 1 (3); 28-35, 2008.
- 32.** Ihde S., Goldmann T., Himmlova L., Aleksic Z., Kuzelka J., Implementation of Contact Definitions Calculated by FEA to Describe the Healing Process of Basal implants. *Bio-med Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2008, 152 (1): 1-6.
- 31.** Ihde S., Soo-Nam Yang, Yoo Hyo Ha, The primary stability and survival rate of 2-stage, conical compression screw implants; *J Maxillofac Oral Surg Ind*, 2008, Vol. 7, N° 2: 273-277.
- 30.** Ihde S., Goldman T., Himmlova L., Aleksic Z., The use of finite element analysis to model bone-implant contact with basal implants. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008.
- 29.** Ihde S., Replacement of a maxillary denture, extraction of residual teeth and implant borne reconstruction in an immediate load protocol. *CMF Impl. Dir.* Vol. 3 N° 4 December: 153-158 (2008).

28. Himmlova L., Goldman T., Ihde S., Konvickova S., Time analysis of hard and soft bolus processing. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 2007 Dec;151(2): 327-32.
27. Ihde S., Konstantinović V.S., Immediate Loading of Dental Implants. Where is the dip? CMF Impl. Dir. 2007 4:137-145.
26. Ihde S., Konstantinović V. S., The therapeutic use of botulinum toxin in cervical and maxillofacial conditions: an evidence-based review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2007 Jun 6; PMID: 17560141 [PubMed-indexed for MEDLINE]
25. Ihde S., BOI: a case of immediate loading alternative after failed dental implants. CMF Impl. Dir. 3 (2007): 75-77.
24. Ihde S., Prophylactic use of Botulinum toxin in dental Implantology. Clinical Note. CMF Impl. Dir. 2 (2007): 29-34.
23. Ihde S. and Konstantinović V., (10) Comparison and definition of the pathological phenomena occurring after a tooth replacement and the possible therapeutic stages implying basal and crestal implants. Implantodontie 14 (2005): 176-185.
22. Ihde S., (6) Utilisation therapeutique de la toxine botulique dans le traitement d'etretin Implantodontie 14 (2005): 56-61.
21. Ihde S., (5) Utilisation prophylactique de la toxine botulique en implantologie dentaire Implantodontie 14 (2005): 51-55.
20. Ihde S., Eber M., (4) Case report: restoration of edentulous mandible with 4 BOI® implants in an immediate load procedure. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc

Czech Repub. 2004 Dec;148(2): 195-8.

PMID: 15744373 [PubMed-indexed for MEDLINE]

**19.** Ihde S., Confronto e definizione di fenomeni periimplantari patologici nel caso di impianti basali e crestali. *Implantologia Dental* 1,2, 90-96 (2004).

**18.** Ihde S., Aspects of Biocompatibility of dental implants as a function of implant design, enossal surface structure, and time of loading. *Biomaterialien*, 5 (S1), 24 (2004).

**17.** Ihde S., Development of the basal osseointegration. *Nove Stomatologii*; 111 (3) 2003 p. 13-35

**16.** Ihde S., (3) Adaptation fonctionelles de la hauteur de l'os peri-implantaire apre implantation de BOI® dans la mandibule *Implantodontie* 12 (2003) 23-33.

Auch in tschechischer Sprache publiziert: *Dentalni TRH* 2/2003, p. 7-13: Osetreni Jednostranke Zkraceneho Zubniho Oblouku S Redukovanou Nabidkou Kosti Pomoci BOI® Methody.

Auch in russischer Sprache publiziert: *Nove b Stomatologii*; (111) 3, 2003, pp. 38-49.

**15.** Ihde S., Mutter E., (2) Versorgung von Freiendsituationen mit basalosseointegrierten Implantaten (BOI) bei reduziertem vertikalem Knochenangebot. Retrospektive Untersuchung von 228 Behandlungsfällen mit 275 konsekutiv inserierten basalosseointegrierten Implantaten. *Deutsche Zahnärztl. Zeitschr.* (2003) 2: 94-101.

**14.** Ihde S., Konstantinović V., Cutilo B., Der „kleine Reifenwechsel“ – Austausch eines BOI® unter der vorhandenen festsitzenden Versorgung. *Dent Implantol* 6, 358-361 (2002).

**13.** Ihde S., Ersatz eines funktionsuntüchtigen Blattimplan-

tats durch ein basalosseointegriertes Implantat. Dent Implantol 6, 180-182 (2002).

12. Ihde S., Osteotomie bei BOI® Implantaten: Wie kühlen? Dental Spiegel 3/2002; 42-43.

11. Ihde S., (1) Restoration of the atrophied mandible using BOI® and fixed prosthetic suprastructures Implant Dentistry, Vol. 10, 2001, Nr. 1, pp. 41-45 PMID: 11307647 [PubMed-indexed for MEDLINE]

10. Ihde S., Lekovic V., Aleksic Z., Blagojvic V., Primena Diskos sisteme u implantologiji. Stomatolog, (14) 20-21, Jun. 2001.

9. Ihde S., Diagnostik und Therapie im Distalen Unterkiefer DZW 49, 2000.

8. Ihde S., (7) Fixed Prosthodontics in Skeletal Class III Patients with partially edentulous jaws and age related prognathism: The basal osseointegration procedure. Implant Dentistry; Vol. 8, Nr. 3, 1999, p. 241 ff.

7. Fromovich O. und S. Ihde, Der interne Sinuslift für basal osseointegrierte Implantate, Dental Spiegel 1, 1999, p. 38 f.

6. Ihde S., Sanierung mit basalosseointegrierten Implantaten. Zahnarzt-Wirtschaft-Praxis 5, 1998, p. 138 f.

5. Ihde S., Total Bonding in außergewöhnlichen Situationen; Dental Spiegel 1, 1996, p. 46 ff.

4. Ihde S., Prypadek zastosowania materialow zlozonych do zmiany ksztaltu zebow I zmniejszenia luki miedzyzebowej. Stomatologia Wspolczesna. Vol. 2 Nr. 1, 1995, S. 158-159.

3. Ihde S., Naprawa licowki z tworzywa sztucznego na podbudowie metalowej. Stomatologia Wspolczesna. Vol.

2, N° 1 1995; p. 76-77.

2. Keller F., Ihde S., et al; Zur diagnostischen Korrespondenz dreier Methoden für die Bestimmung von Plasmacortisol. Aerztl. Lab. 33: 210-216 (1987).

1. Ihde S., Zur diagnostischen Korrespondenz dreier Methoden zum Nachweis von Cortisol in Serum und Plasma. Med. Diss. Würzburg, 1987.

## Posterpräsentationen

Kopp S., Ihde S., Bienengräber V.  
Aesthetical aspects of prosthodontics on basal implants  
XXVI PTS Prosthodontic Conference 2008  
Walbzych, Polen 2.-4.10.2008

Kopp S., Ihde S., Bienengräber V.  
Use of BOI® for immediate function in dental rehabilitation  
XII Congress of Maxillofacial Surgeons of Serbia  
Belgrade 22.-24.10.2008

Kopp S., Ihde S., Lieb B.  
Treatment steps and clinical results of immediate loaded  
basal implants  
PTS Prosthodontic Conference 2008, Wroclaw, Polen  
2009-06-26 (Friday) 15:00 -17:00

Kopp, S., Konstantinović V., Aleksic Z., Yugoslav V., Bienen-  
gräber V., Öri F., Ihde S.  
Histologische Untersuchungen dreier Implantatgeomet-  
rien in bestrahlter und unbestrahlter Kaninchentibia,  
Osteologie 2010, Berlin

## Bücher

Spahn F. P., Becker B., Besch K.J., David G., Fernsebner M.,  
Ihde S.

Kieferschwind; Verlag Hans Huber, Bern, Switzerland;

2000

ISBN 3-445-831 197-8

Ihde S. (Edt.)

Principles of BOI®

Vollständiges Lehrbuch über die lateralen basalen  
Implantate; 2004

Springer Verlag, Heidelberg

ISBN 3-540-21665-0 (Englisch)

Ihde S., Ihde A.

Secrets of Basal Osseointegration

IF Publishing München; 2011

ISBN 987-3-9813659-1-7 (Russisch)

Ihde S., Ihde A.

Immediate Loading; IF Publishing, München

1. Ausgabe; 2011 ISBN 987-3-9813659-1-7 (Englisch)

2. Ausgabe; 2012 ISBN 978-3-9851468-3-5 (Englisch)

### **Booklet N° 1**

Ihde S., Ihde A.

Einführung in die Sofortbelastung (Teil 1)

ISBN 987-3-9813659-4-8 (Deutsch)

***Erschienen auch in folgenden fremdsprachlichen Ausgaben:***

Въведение в ИмедиаТното Натоварване

ISBN 978-3-9813659-3-1 (Bulgarisch)

Uvod u imedijatno opterećenje

ISBN 978-3-9813659-8-6 (Serbisch)

Introduction into Immediate Loading

ISBN 978-3-9813659-6-2 (Englisch)

Bevezetés az implantátumok azonnali terhelésébe

ISBN 978-3-9813659-5-5 (Ungarisch)

Знакомство с немедленной нагрузкой

ISBN 978-3-9813659-7-9 (Russisch)

Carga Inmediata

ISBN 978-3-9813659-9-3 (Spanisch)

**Booklet N° 4**

Ihde and Ihde

Cookbook Mastication

IF Publishing, München

4. Ausgabe ISBN 978-3-945889-28-2 (Englisch)

Deutsche Übersetzung der 4. englischen Ausgabe; 2020

ISBN 978-3-945889-29-9

2. Ausgabe; 2015 ISBN 987-3-9851468-8-0 (Russisch)

Ihde S., Ihde A.

Libro de recetas de la Masticación

2. Ausgabe ISBN 978-3-945889-05-3 (Spanisch)

Prirucnik Mastikacija

Drugo izdanje

2. Ausgabe ISBN 978-3-945889-06-0 (Serbisch)

Ihde S., Ihde A., Lazarov A.

РЪКОВОДСТВО ПО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА ДЪВКАТЕЛНАТА  
ФУНКЦИЯ

2. Ausgabe ISBN 978-3-945889-03-9 (Bulgarisch)

Ihde and Ihde

A Rágás Receptkönyve

2. Ausgabe ISBN 978-3-945889-02-2 (Ungarisch)

Ihde S., Ihde A.

Cookbook Mastication

3. Ausgabe; 2016 ISBN 978-3-945889-23-7 (Rumänisch)

Ihde S., Palka L., Ihde A.

Protetyka od kuchni; wydanie drugie

2. Ausgabe; 2016 ISBN 978-3-945889-11-4 (Polnisch)

### **Booklet N° 6**

Markova K., Mitruchenkov Y., Ihde S., Ihde A.

Labwork on the Strategic Implant

1. Ausgabe; 2016 ISBN 978-3-945889-10-7

Markova K., Mitruchenkov Y., Ihde S., Ihde A.

Strwgiai Implantatumokkon egzett technikai munkafazi-  
sok; 2016

ISBN 978-3-945889-10-7 (Ungarisch)

Trabajo de Laboratorio con Strategic Implant®

2. Ausgabe ISBN 978-3-945889-13-8 (Spanisch)

Markova K., Mitruchenkov Y., Ihde S., Ihde A.  
Лабораторный этап протезирования на имплантатах  
Strategic Implant®  
2. Ausgabe ISBN 978-3-945889-14-5 (Russisch)

### **Co-Authorships (Textbooks)**

Angel Barkhardiev  
Oralna Chirurgia in dental medicine  
Co-Authorship: Dres. A and S. Ihde, Dr. Werner Mander,  
Plovdiv, 2011 (Bulgarisch)

Singh A.: Clinical Implantology

Ihde S., Ihde A., Chapter 20: Immdiate Loading using  
basal implants pages: 672 ff  
ISBN: 978-81-312-3324-5 (2013)

Konstantinović, Ihde, Ihde  
Uvod u bazalni implantologiju  
IF Publishing; 2014  
ISBN 987-3-9813659-8-6 (Serbisch)



„DER MIT DEM KNOCHEN SPRICHT“ ist ein biografischer Thriller über den bekannten Zahnarzt Prof. Ihde.

Wenn ein Mediziner eine gute Idee hat oder ein neues Verfahren entwickelt, welches sich zum Wohle der Patienten auswirkt oder die Behandlung preiswerter und schneller macht, dann tut er gut daran, diese Entdeckung schnellstens zu verheimlichen, damit ihn nicht die geballten Emotionen seiner Kollegenschaft trifft. Dr. Stefan Ihde hat diese alte Medizinerweisheit nicht beachtet, und er hat seine gesamte Schaffenskraft der Durchsetzung einer revolutionären Methode der Zahnimplantation gewidmet. Dabei musste er es mit den Kollegen direkt, und auch mit den instrumentalisierten Beamten in diversen Gesundheitswesen aufnehmen. Wie ihm das gelungen ist und wer die Gegenspieler waren, das berichtet der biografische Thriller.

Dieses Buch richtet sich an den interessierten Laien, der nach dem Studium dieses Buches weitaus mehr über die heutigen Möglichkeiten der dentalen Implantologie wissen und verstehen wird, als die meisten Implantologen.

„DER MIT DEM KNOCHEN SPRICHT“

ist ein biografischer Thriller über Europas bekanntesten Zahnarzt im stürmischen Gegenwind eines Marktes mit Milliarden Umsätzen.