

IMPLANTOLOGIE JOURNAL

- | **Special** 15 Jahre Implantologie Journal
- | **Marktübersicht** Implantologiemarkt
- | **Fachbeitrag** Rehabilitation in der Unterkieferfront | Implantieren im atrophierten Kiefer ohne Knochenabbau und Augmentation?
- | **Anwenderbericht** Sofortversorgung auf Implantate im Oberkiefer-Seitenzahnbereich | Vereinigung von Langlebigkeit und natürlicher Ästhetik
- | **Journaljubiläum** Grußworte aus Wissenschaft, Praxis und Industrie
- | **DGZI intern** Die Implantologie im Wandel
- | **Fortbildung** Bericht zum DGZI-Jahreskongress – Teil 2



Implantologie – State of the Art



Einfach, erfolgreich & bezahlbar

CHAMPIONS®

Made in Germany



Die (R)Evolution in der Implantologie & Prothetik: Für System-Umsteiger jetzt noch interessanter!



Time to be a Champion®

„Wir stellen allen System-Umsteigern das OP-Set sowie als Kommissionsware die für ihre ersten beiden Fälle benötigten Implantate zur Verfügung.“

Bereits mehr als 2000 Praxen und Kliniken sind begeisterte „Champions“ – wann gehören Sie dazu?“

Ihr

Dr. Armin Nedjat

Armin Nedjat
Spezialist Implantologie, Diplomate ICOI
CEO Champions-Implants GmbH



MIMI®-fähig

minimal-invasive Methodik der Implantation

Einteilig

€ 74,-
ohne Prep-Cap

- Vierkant- & Tulpenkopimplantate
- Ø 3,0 – 5,5 mm · Längen 6 – 24 mm (Vierkant)
- Ø 2,5 – 4,0 mm · Längen 8 – 24 mm (Tulpenkopf)
- Prep Cap Zirkon € 49,-
- Prep Cap Titan oder WIN!® € 29,-
- Alternativ: Laboranalog € 8,40



Zweiteilig

Standard-Abutment € 19,-* (*über graduierte Meisterlabore)

(Titan gerade, Klebebasis, Vierkant, V-präparierbar, Tulpe, Locs)

abgewinkelte Abutments 15°, 22,5° & 30° € 29,-*

• Innenkonus 9,5°, Ø 3,5 bis 5,5 mm · Längen 6,5 bis 16 mm

• Bakteriendichte Verbindung < 0,6 µm

• Shuttle-Insertion:

→ Schonung des Innengewindes, keine Abutmentlockerungen

→ garantierte Primärstabilität von 30 bis zu 70 Ncm

→ keine Kontamination des Implantates bis 8 Wochen post OP

• genial-einfaches „Handling“ – und erfolgreiche Prothetik

€ 59,-
mit Gingiva-Shuttle

im Einzelpack verfügbar



Unser Leitmotiv: „schmerzarm – patientenfreundlich – bezahlbar“

wird für mehr und mehr Patienten zum ausschlaggebenden Kriterium bei der Suche nach einem Implantologen. Allein 2010 wurden mehr als 50 000 Champions®-Implantate erfolgreich inseriert und prothetisch versorgt. Durch das revolutionäre Konzept und das standardisierte Insertionsverfahren sind Implantationen für den Anwender sicher und dank unserer › Reduce to the Max-Philosophie ‹ für den Patienten auch bezahlbar.

* die Champions® Reduce to the Max-Philosophie:

Verzicht auf Groß- und Zwischenhändler · Patienten-MIMI®-Info-Kampagnen, denn begeisterte Patienten sind unsere Werbung · durch www.mimi-info.de weitaus mehr hochwertiger ZE auch in Ihrer Praxis · Reduzierung des benötigten Werkzeugs durch intelligentes Engineering · offen-kollegialer Austausch im Forum: www.champions-forum.de

deshalb bezahlbare Spitzenqualität aus bekannter deutscher Produktion!

www.champions-implants.com

inkl. Online-Shop & Mediathek
(ca. 100 Filme mit Anleitungen & OPs)

Champions-Implants GmbH

Telefon: 0 67 34 / 91 40 80 · Fax: 0 67 34 / 10 53

info@champions-implants.com



Empfohlen vom VIP-ZM e.V.
Verein innovativ-praktizierender Zahnärzte/Innen



Champions®-Implants ist Preisträger des
Wirtschaftspreises „Regio Effekt 2010“

Fortbildung, die begeistert...



Champions-Implants führt seine Fortbildungskurse im 1. Halbjahr 2012 auf Mallorca durch. Genießen Sie das Ambiente eines 5-Sterne Hotels und machen Sie sich dabei mit Champions-Implantaten und dem MIMI®-Verfahren vertraut. Termine und Kursinhalte finden Sie unten, alle weiteren Informationen unter 0 67 34 / 91 40 80.

TERMINE · Beginn: Freitag 14 Uhr · Ende: Samstag 16 Uhr · Referent: Dr. Armin Nedjat

2-teilige (R)Evolutions	Fr. 13. – So. 15. Januar 2012	Kurssprache: deutsch
Kurs I	Fr. 20. – So. 22. Januar 2012	Kurssprache: deutsch
2-teilige (R)Evolutions	Fr. 27. – So. 29. Januar 2012	Kurssprache: deutsch
Kurs II	Fr. 10. – So. 12. Februar 2012	Kurssprache: deutsch
Kurs III	Fr. 9. – So. 11. März 2012	Langue d'enseignement: français
Kurs IV Powerweek	Mi. 14. – Sa. 17. März 2012 (arrival tuesday, departure sunday)	Course language: english
Kurs V	Fr. 23. – So. 25. März 2012	Kurssprache: deutsch
Kurs VI	Fr. 20. – So. 22. April 2012	Kurssprache: deutsch
Kurs VII	Fr. 4. – So. 6. Mai 2012	Langue d'enseignement: français
Kurs VIII	Fr. 11. – So. 13. Mai 2012	Kurssprache: deutsch
Kurs IX	Fr. 1. – So. 3. Juni 2012	Kurssprache: deutsch
Kurs X	Fr. 8. – So. 10. Juni 2012	Langue d'enseignement: français
Kurs XI Powerweek	Mi. 13. – Sa. 16. Juni 2012 (arrival tuesday, departure sunday)	Course language: english
Kurs XII	Fr. 29. Juni – So. 1. Juli 2012	Kurssprache: deutsch
Veranstaltungsort	Dorint Royal* Golfresort & Spa Camp de Mar oder gleichwertiges Hotel	



Christi Himmelfahrt (17. bis 20 Mai 2012) findet in Dresden der **2. Champions-VIP-Kongress** statt.

Themen sind u. a. ein- und zweiteilige Champions-Implantate, das MIMI®-Verfahren, Praxis-Marketing.

Hochkarätige Fachleute als Referenten sorgen für einen praxisorientierter Fachkongress – ohne abgehobene Theorie.

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt – sichern Sie sich noch heute Ihren Platz.

Let's go for Dresden 2012



Seminar-Hotline
0 67 34 / 91 40 80



4. INTERNATIONALER

CAMLOG KONGRESS

3.–5. MAI 2012

LUZERN, SCHWEIZ



FEEL THE PULSE OF SCIENCE IN THE HEART OF SWITZERLAND

- »State of the art« der dentalen Implantologie
- International renommiertes wissenschaftliches Komitee, anerkannte Referenten
- Außergewöhnliche Workshops
- Luzern – weltbekannter Kongressort in einzigartiger Lage
- Fetzige alpine Party – »Let's rock the Alps!«
- Attraktive Partnerprogramme in Luzern und Umgebung
- Hervorragendes Preis-Leistungs-Verhältnis

WISSENSCHAFTLICHES KOMITEE

Prof. Dr. Jürgen Becker, Prof. Dr. Fernando Guerra, Prof. Dr. Frank Schwarz,
Prof. Dr. Thomas Taylor, Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden,
Prof. Dr. Dr. Georg Watzek, Prof. Dr. Axel Zöllner



EDITORIAL

Jubiläum: 15 Jahre Implantologie Journal

Sehr verehrte Leserinnen und Leser,

mit der Ihnen vorliegenden Ausgabe des Implantologie Journals feiert die Mitgliederzeitschrift der DGZI ihr 15-jähriges Bestehen. Schon der Gründungsvater der DGZI Prof. Dr. Dr. h.c. Hans L. Grafelmann war von der herausragenden Bedeutung einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift für die Implantologie im Allgemeinen und die Mitglieder der DGZI im Besonderen überzeugt und gab von 1974 bis 1988 mit der Oralen Implantologie die erste deutschsprachige implantologische Fachpublikation heraus. Hält man eines der ersten Exemplare in der Hand, so ist man darüber erstaunt, auf welchem hohem Niveau schon damals publiziert wurde. Der vornehmlich wissenschaftlich ausgerichteten Oralen Implantologie folgte dann über mehrere Jahre die DGZI intern als Mitgliederzeitschrift der DGZI. Sie war durch die ersten Versuche gekennzeichnet, die sich zunehmend entwickelnde implantologische Szene in Form von Fach-, Veranstaltungs- und auch Industrieinformationen widerzuspiegeln. Mit der rasanten Entwicklung der DGZI zu Beginn der zweiten Hälfte der 90er Jahre verstärkte sich innerhalb der DGZI das Bedürfnis nach einer modernen, den aktuellen Herausforderungen entsprechenden medialen Darstellung der Aktivitäten des Verbandes. In dieser Phase gingen wir als damals junger aufstrebender Fachverlag mit der Idee einer implantologischen Praktikerzeitschrift auf den Vorstand der DGZI zu, der die Idee mit Interesse aufnahm. Ziel des Implantologie Journals war es von Beginn an, einer breiten Masse von Anwendern das aktuelle implantologische Know-how der Universitäten, der implantologischen Praxen sowie der Industrie regelmäßig in gut aufbereiteter Form zugänglich zu machen. Ergänzt wurden die Fachinformationen durch Veranstaltungsberichte, Nachrichten rund um die Implantologie und natürlich die Verbandsinformationen der DGZI, die heute unter der Rubrik „DGZI intern“ erscheinen – sozusagen als Reminiszenz an die Vorgängerzeitschrift. Dem Implantologie Journal folgte im Jahr 2000 als erste internationale Publikation der DGZI das International Magazine of Oral Implantology, das seit 2005 unter dem Namen „implants“ verlegt wird und Leser in 98 Ländern erreicht.

Heute ist das Implantologie Journal nach wie vor eine der erfolgreichsten implantologischen Fachpublikationen im deutschsprachigen Raum und ist in diesem Segment auch Vorreiter, was die komplexe Onlinepräsenz und -vernetzung angeht. Das Journal ist mit einer Vielzahl von weiterführenden Elementen wie den Autoren- oder Firmenprofilen sowie mit Archiv-, Video- und Suchoptionen als E-Paper im Internet verfügbar. Über die QR-Codes sind direkt aus dem Heft Videos, Kongressprogramme oder Studien per Smartphone oder iPad abrufbar. Das heißt, das Implantologie Journal ist nicht nur 15 Jahre alt, sondern vor allem modern.

Mir bleibt, mich an dieser Stelle vonseiten des Verlages bei allen Beteiligten zu bedanken – bei den vielen Autoren von den Universitäten und aus der Praxis, bei der Industrie und vor allem auch beim Vorstand der DGZI, der das Journal stets auch als einen wesentlichen Bestandteil der Identität der DGZI verstanden hat.



Ihr Jürgen Isbaner
Chefredakteur ZWP Zahnarzt Wirtschaft Praxis,
Mitglied des Vorstandes der OEMUS MEDIA AG



SCAN MICH



Implantologie Journal 1/97



IHDE DENTAL

✓ Hotline
089 - 319 761-0
www.ihde-dental.de



DIE ECHTEN
VOLKSIMPLANTATE
SWISS QUALITY

TOP
SECRET



US-Geheimdokumente über IHDE DENTAL aufgetaucht

(kein Geheimnis: Implantate immer günstig unter www.ihde-dental.de)

- ① * BCS®, unverschämt günstiger Preis
- ② * Hexacone®, die Konkurrenz tobt
- ③ KOS®, die professionelle Lösung

Alle Implantate zum
Preis von 5,- €

* inkl. chirug. Schraube und Abutment.

INHALT

Editorial

- 5 **Jubiläum: 15 Jahre
Implantologie Journal**
Jürgen Isbaner

Special

- 8 **15 Jahre Implantologie Journal**
Dr. Georg Bach

Marktübersicht

- 18 **Trends- und
Herausforderung 2012**
Jürgen Isbaner
- 19 **Anbieter und Produkte
Implantologiemarkt**

Fachbeitrag

- 24 **Rehabilitation in der
Unterkieferfront**
DDr. Paul Haki, M.Sc.,
Univ.-Prof. Dr. Dritan Turhani,
Dr. Waldemar Festenburg, PhD, M.Sc.
- 28 **Implantieren im atrophierten
Kiefer ohne Knochenabbau
und Augmentation?**
Dr. med. dent. Jörg Munack, M.Sc.
- 34 **Langzeitstabilität und
Ästhetik mit Implantat-
versorgung**
Dr. Patric Renner

Anwenderbericht

- 42 **3-D-gesteuerte Implantation
mit Sofortbelastung im
ästhetischen Bereich**
Dr. Dr. Rainer Fangmann,
M.Sc. Implantologie
- 48 **Herausnehmbar oder
feststehend?**
Dr. Fred Bergmann
- 54 **Sofortversorgung auf
Implantate im Oberkiefer-
Seitenzahnbereich**
Prof. Dr. Gregor-Georg Zafiropoulos

- 58 **Vereinigung von
Langlebigkeit und
natürlicher Ästhetik**
Dr. med. dent. Christian Buhtz, M.Sc.

Interview

- 72 **„Wir wollen den Markt
nicht missionieren“**
Kristin Urban
- 73 **Kundenloyalität durch
Transparenz und Ehrlichkeit
erreichen**
Antje Isbaner

15 Jahre Implantologie Journal

- 74 **Grußworte aus Wissenschaft,
Praxis und Industrie**

DGZI intern

- 86 **DGZI setzt
erfolgreiches modulares
Curriculum Implantologie
weiterhin fort**
Kristin Urban
- 88 **Die Implantologie
im Wandel**
Dr. Georg Bach

Fortbildung

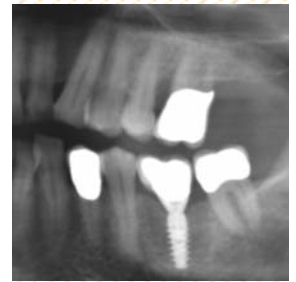
- 92 **Bericht zum DGZI-Jahres-
kongress – Teil 2**
Dr. Georg Bach

62 Herstellerinformationen

80 News

84 Tipp

98 Impressum



Titelbild mit freundlicher
Genehmigung der
Medical Instinct
Deutschland GmbH

15 Jahre Implantologie Journal

Ein persönlicher Rückblick auf Entwicklungen der oralen Implantologie

Als die Redaktion des Implantologie Journals anfragte, ob ich diesen kurzen Rückblick aus Sicht eines implantologisch tätigen Zahnarztes anlässlich des 15. Geburtstages des Implantologie Journals schreiben würde, wurde ich zunächst stutzig: Schon anderthalb Jahrzehnte? Ist das wirklich so? Erneut wurde mir der Unterschied zwischen gefühlter und tatsächlicher Zeitspanne klar...

Dr. Georg Bach/Freiburg im Breisgau

n Gerne habe ich diesen „Auftrag“ angenommen, möchte es aber nicht versäumen, dem Team, das hinter diesem Journal steckt, ein herzliches Dankeschön zu sagen. Dieser Dank gilt der Redaktion, den Vertriebsmitarbeitern, natürlich den zahlreichen Autoren, der DGZI und all denjenigen, die ich jetzt nicht aufgeführt habe, die aber auch zum Gelingen und Gedeihen beigetragen haben! Ich freue mich auf die nächsten 15 Jahre.

Die Phasen der Implantologie

Erlaubt man sich eine Grobeinteilung, dann lässt sich die orale Implantologie in drei Phasen gliedern:

1. Die Phase der Empirie und der Experimente
2. Die Phase des Einzugs der Implantologie in Hochschulen und Wissenschaft
3. Die Phase des „Massenphänomens Implantologie“

Bevor diese Einteilung jemandem Schmerzen bereitet, räume ich ein, dass diese in der Tat grob und vermutlich auch recht oberflächlich ist. Sie sei mir im Rahmen dieses persönlichen (und sicherlich nicht vollständigen) Statements dennoch gestattet.

Wenn wir nun auf die vergangenen anderthalb Jahrzehnte, den Zeitraum also, den das Implantologie Journal begleitet hat, zurückblicken, dann streifen wir gerade noch Phase zwei und erfassen mit diesem

Intervall vollumfänglich Phase drei. Dies bedingt per se verschiedene Ausrichtungen und Schwerpunkte, mit denen sich das Implantologie Journal zu befassen hatte.

Beim Durchblättern der bisherigen Ausgaben des Implantologie Journals wurde mir der Wandel, den die Implantologie in dieser doch recht kurzen Zeit durchmachen musste/durchgemacht hat, verstärkt bewusst. So darf ich in den kommenden Zeilen meine „Implantologie-Highlights“ dieser Periode aufführen.

Abschied von der „Tristesse der Blätter“

Zu Beginn ein Nebenaspekt: Eine Entwicklung der vergangenen 15 Jahre, die sicherlich nicht nur die Implantologie, sondern die gesamte Zahnheilkunde betrifft: Die Vielzahl und die (Druck-, Layout-) Qualität der zahnmedizinischen Printmedien und seit einigen Jahren auch der digitalen Medien. Erweckte der Auftritt einiger Fachzeitschriften Anfang/Mitte der Neunzigerjahre des letzten Jahrhunderts eher den Eindruck eines Gesetzesverkündungsblattes, so hat sich hier in den vergangenen anderthalb Jahrzehnten schier Unglaubliches getan. Die Qualität des (nun zur Regel gewordenen) Farbdruckes (früher für Autoren, die Farbbildungen wünschten, aufpreispflichtig!), die Schärfe der Abbildungen, das Papier, ja dies alles vermittelt einen

Abschied von Dogmen



Ein Dogma, das in den Zeitraum der ersten Ausgaben des Implantologie Journals fiel, war das der strikten Ablehnung der Sofortimplantation. Heute ist allgemein konsentiert, dass die Sofortimplantation bei geeigneten Bedingungen eine hochwertige und nachhaltige Alternative zu etablierten Verfahren darstellt. Die Abbildungen zeigen die Übereinstimmung von Bohrschablone und Implantatposition eines nicht erhaltungswürdigen seitlichen Oberkieferfrontzahns (Abb. 1), die Übertragung im Mund (Abb. 2) und den Zustand direkt nach dem Einsetzen des Implantates (Abb. 3) bei Sofortimplantation.

NSK



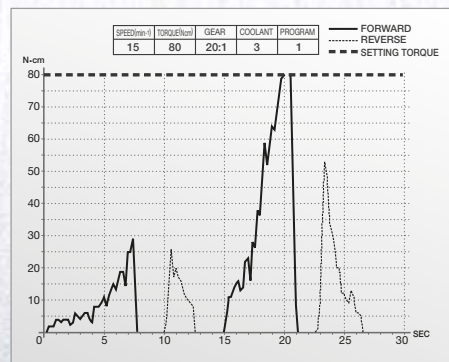
Surgic Pro

Die erste Wahl für Profis
Leistung, Sicherheit & Präzision. Keine Kompromisse.

Mit dem Surgic Pro stellt NSK schon die fünfte Generation chirurgischer Mikromotor-Systeme vor. Seit Anbeginn der dentalen Implantologie entwickelt NSK seine Chirurgiegeräte konsequent weiter, um den stets steigenden Anforderungen seitens der professionellen Anwender gerecht zu werden.

Surgic Pro – entwickelt und hergestellt ohne jegliche Kompromisse in puncto Zuverlässigkeit, Lebensdauer, Drehmomentgenauigkeit und Kraft. Ein unentbehrlicher Partner und Garant für optimale Ergebnisse.

- Kraftvolles Drehmoment (bis zu 80 Ncm)
- Breites Drehzahlspektrum
- Der kleinste und leichteste Mikromotor für die Chirurgie
- LED-Beleuchtung (32.000 LUX)
- Herausragende Lebensdauer und Zuverlässigkeit
- Mikromotor autoklavierbar und thermodesinfizierbar
- Optional: Datenspeicherung und -output (USB) zur Dokumentation (Surgic Pro+)

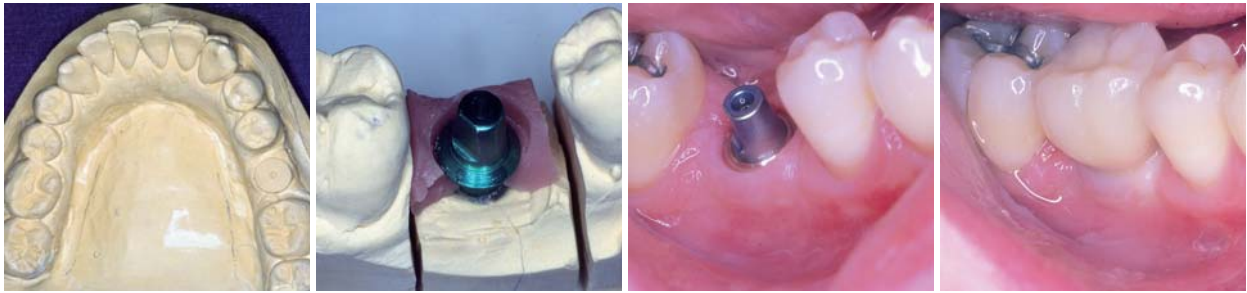


Surgic Pro+ Datenoutput:
Als Bitmap- oder csv-Datei.
Keine weitere Software
erforderlich.

Licht	MODELL: Surgic Pro+ (USB Data) REF: Y1001932	€ 4.555,-*
Licht	MODELL: Surgic Pro optic REF: Y1001933	€ 4.200,-*
Ohne Licht	MODELL: Surgic Pro non-optic REF: Y1001934	€ 3.200,-*

*Alle Preise zzgl. MwSt.

Implantatentwicklungen



Eine erfreuliche Vielfalt an neuen Implantaten, Implantatformen und prothetischen Möglichkeiten wurde in den vergangenen 15 Jahren Realität. Für spezielle Indikationen wurden sogar spezielle Implantate entwickelt, sodass nun auch ein Unterkiefermolar mit einem entsprechend dimensionierten Implantat ersetzt werden konnte, was die Insertion einer passenden Implantatkrone ermöglicht. Die Abbildungen 1 bis 4 zeigen einen entsprechenden Patientenfall im zahntechnischen und klinischen Bild.

hochwertigen Eindruck und hinterlässt beim Betrachter auch bleibenden Eindruck. Hier hat auch die Implantologie klar profitiert, denn nun lassen sich die teilweise hochkomplexen Zusammenhänge besser vermitteln, ein „Bild sagt (mitunter) doch mehr als tausende Worte“.

Die Möglichkeiten des E-Learning von digitalen Fachzeitschriften ergänzen das heutige Fortbildungsbedürfnis gerade der jungen Zahnärztergeneration in idealer Weise.

Das Implantologie Journal und sein Verlag, die OEMUS MEDIA AG, waren zweifellos ein Motor dieser Entwicklung, die unser aller (Lese-)Verhalten verändert hat.

Abschied von Dogmen

War die Implantologie zu Beginn und auch noch Mitte der 1990er-Jahre durch zahlreiche Dogmen gekennzeichnet, so kehrte sich dies zu der Zeit in Teilen bereits um, als die ersten Ausgaben des Implantologie Journals auf den Markt kamen, um später dann in ihrer Gesamtheit infrage gestellt zu werden. Ob Einheitszeiten, Wartezeiten nach Augmentation, prothetische Konzepte – alles kam auf den Prüfstand.

In der Tat haben sich durch bemerkenswerte Entwicklungen – hier seien vor allem Verbesserungen bei den Implantatoberflächen genannt – einige dieser Dogmen als nicht mehr haltbar erwiesen. Bei dem Zufallbringen einiger weiterer Entwicklungen jedoch wurde mitunter auch über das Ziel hinausgeschossen und es musste (für Patienten und Implantologen) schmerzhaft zurückgerudert werden.

Das Prosperieren des Implantatmarktes

Mit „einigen Hundert“ inserierten Implantaten pro Jahr gehörte man Mitte der Neunzigerjahre des letzten Jahrhunderts bereits zu den „Großen“ des Implantatmarktes. Bereits das Erreichen der Marke von hunderttausend gesetzten Implantaten pro Jahr in Deutschland wurde von Bemerkungen begleitet, dass

nun offensichtlich das Ende der Fahnenstange erreicht sei. Dem war nicht so. Im Rahmen einer stürmischen, nahezu ungebremsten Entwicklung wurde auch die Millionenmarke geknackt. In den vergangenen Jahren verlief der Anstieg zwar flacher, Entwicklungen auf dem Gebiet der Weltwirtschaft verursachten sogar einen kurzen Sinkflug, dennoch kann man auch heute davon ausgehen, dass der Implantatmarkt wächst. Die Phase des Maximalwachstums fällt übrigens voll in den bisherigen Erscheinungszeitraum unseres Implantologie Journals.

Die Entwicklung bei den Implantatherstellern

„Von der Manufaktur zum Global Player“ – so ließe sich die Entwicklung mancher Implantathersteller trefflich beschreiben und in der Tat ist es beeindruckend, wie sich einige dieser Firmen in den vergangenen 15 Jahren entwickelt haben, welche Größe sie nun aufweisen, wie viele Mitarbeiter für sie tätig sind. Bei diesen prosperierenden Unternehmen sind weitere Gemeinsamkeiten auffällig: Das Aufkaufen von Produkten und ganzen Firmen, um das Produktportfolio auszuweiten oder zu ergänzen, und das Drängen auf den „virtuellen Markt“ (CAD/CAM, Planung etc.). Hier werden seitens dieser Global Player große Summen investiert. Dass diese Investitionen möglich sind, müssen Einnahmen getätigt werden und diese werden auch getätigt – vielleicht mit einer Delle (bedingt durch die Wirtschaftskrise). Dennoch brummt der Implantatmarkt. Auch wenn die durchweg zweistelligen jährlichen Zuwachsraten, an die sich einige Implantathersteller bereits zu gewöhnen begannen, heute in der Regel moderater ausfallen, so lässt sich mit Implantaten durchaus gutes Geld verdienen. Dies bleibt nicht verborgen. Folge hiervon ist eine ständig wachsende Zahl von Implantatanbietern und -systemen, die es dem einzelnen Anbieter schier unmöglich macht, einen Überblick zu behalten.

Neben neuen Systemen kommen auch vermehrt Generika auf den Markt, dies ebenfalls eine Entwicklung der vergangenen 15 Jahre.



125 Jahre
DENTAURUM
DEPLANTATION

Danke.

125 Jahre Dentaurum – weltweit einzigartig.



DENTAURUM
IMPLANTS



DENTAURUM

Turnstraße 31 · 75228 Ispringen · Germany · Telefon +49 72 31/803-0 · Fax +49 72 31/803-295
www.dentaurum.de · E-Mail: info@dentaurum.de

Der Fokus auf „Rot-Weiß-Ästhetik“

Wie formulierte es der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V. (DGZI), Prof. Dr. Dr. Frank Palm, so treffend: „Wofür sich mancher Kollege vor zwanzig Jahren feiern ließ, das landet heute vor dem Kadi!“

Tatsächlich sahen sich die implantologisch tätigen Zahnärzte relativ unerwartet und teilweise unvorbereitet mit einer Diskussion konfrontiert, die vornehmlich aus dem nordamerikanischen Raum auf Europa überschwappte: der Diskussion der „Rot-Weiß-Ästhetik“. Direkt verbunden mit dem neuen Fokus auf Erzielung einer höchstmöglichen Ästhetik bei implantatprothetischen Versorgungen war auch eine gewisse Abnabelung der Implantologie von der bis dahin dominanten Chirurgie. Standen in der Frühphase die sichere Insertion und eine möglichst gute Platzierung im Knochen im Vordergrund – mitunter auch zulasten einer späteren Versorgung mit Zahnersatz durch hierfür ungünstige Platzierung der künstlichen Zahnpfeiler –, so dominierten nunmehr prothetische Ansprüche und Fragestellungen die Diskussion. Um diese befriedigen zu können, wurden Insertionstechniken geändert, umgekrempelt und neu etabliert. Möglich geworden ist diese Entwicklung vor allem durch die massiven Verbesserungen auf dem Gebiet der Augmentationen, die nun mit signifikant höherer Voraussagbarkeit durchgeführt werden konnten, jedoch auch durch eine wesentliche Verbesse-

rung der Ausbildung der implantologisch tätigen Kollegen. Diese Verbesserungen beziehen sich sowohl auf die Phase des Studiums als auch auf die postgraduale Ausbildung. So gebührt an dieser Stelle ein großes Lob den Universitäten und den Fachgesellschaften, die sich hier massiv eingebracht haben.

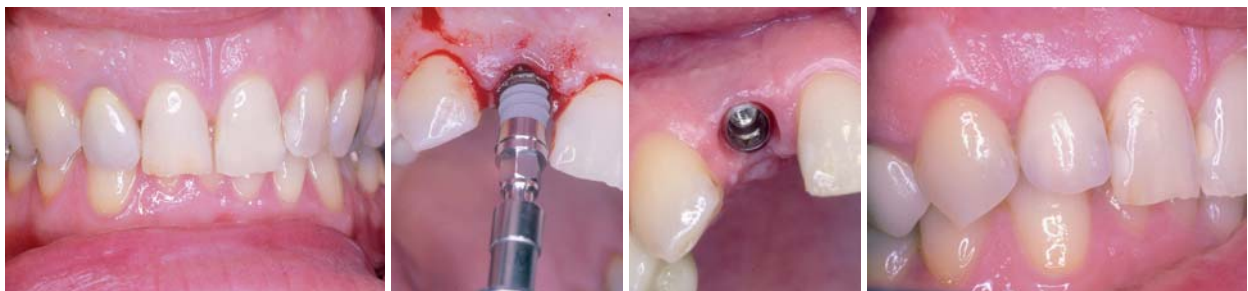
„Krieg der Einheilzeiten“

Im Grunde nur eine Episode, jedoch eine, die zum Zeitpunkt, wo sie relevant war, für ungemeine Furore sorgte: die Diskussion um die Verkürzung der Einheilzeiten. Angestachelt von einem Medienhype, in dem die eigentliche zahnmedizinische Fachpresse nur noch die zweite Geige spielte und die Laienpresse tonangebend schien, litten Einheilzeiten einiger Implantathersteller unter „Inflation“. Nahezu täglich wurden die Werte nach unten korrigiert. Mancher Hersteller ließ sich hiervon anstecken, mancher blieb solide. Mancher Leistungsbildner glaubte an vorderster Front stehen zu müssen, manche hielten sich raus. Nach einem kurzen, aber bemerkenswerten Steigflug, dann der rasche Absturz. Manche hatten sich verrannt, andere mussten zurückrudern. Geblieben ist die Erkenntnis, dass dank verbesserter Oberflächen und anderer Gegebenheiten in der Tat die langen Einheilzeiten, wie diese in der Frühphase der Implantologie empfohlen wurden, massiv unterschritten werden können, nicht jedoch um jeden Preis.

Der Fokus auf „Rot-Weiß“

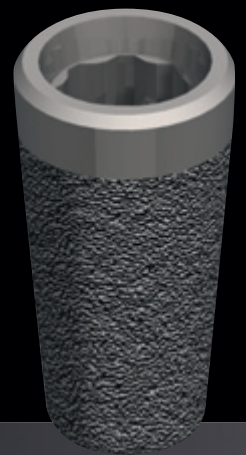


Eine gänzliche Änderung in den letzten 15 Jahren erfuhr die Beurteilung der Rot-Weiß-Ästhetik: Anspruchsvolle und komplexe Patientenfälle wie das obige Beispiel 1 werden heute seitens der Patienten nicht mehr oder nur vereinzelt akzeptiert. Die Implantate in der rechten Oberkieferfront sind zu weit bukkal inseriert (Abb. 1 und 2), außerdem besteht ein Abstand von der Implantatschulter zur Schmelz-Zement-Grenze der Nachbarzähne von 5,5 mm (Abb. 3). Die Versorgung mit einem Langzeitprovisorium ist nur mit einem unbefriedigenden ästhetischen Ergebnis möglich.



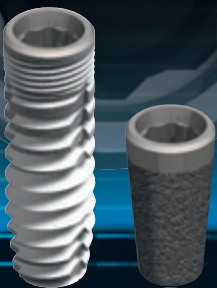
Wie das zweite Beispiel zeigt, sind bei Beachtung gewisser operativer und zahntechnischer Gegebenheiten auch bei anspruchsvollen Ausgangssituationen hervorragende, stabile Ergebnisse zu erzielen – auch über einen Zeitraum von mehr als zehn Jahren. 1999 wurde in Regio 12 eine Sofortimplantation durchgeführt, dessen einzelne Therapieschritte in Beispiel 2 zu sehen sind.

KURZE IMPLANTATE. MAXIMALE OBERFLÄCHE.



FOURBYFOUR®

Zwei Systeme -
eine Innenverbindung

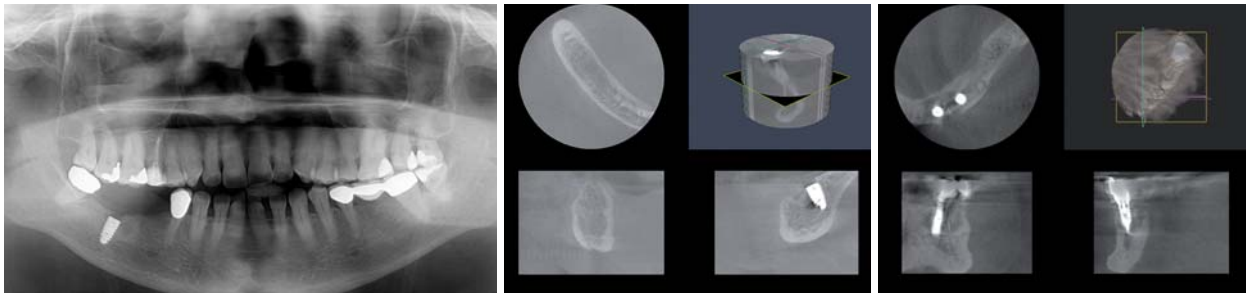


OT-F³ Die gesinterte, poröse OT-F³-Implantatoberfläche mit ihrer dreidimensionalen Struktur ist entscheidend verantwortlich für die hochfeste Osseointegration der bis zu 5 mm kurzen Implantate im stark atrophierten Kiefer. Modernste Herstellungsverfahren und kompromisslose Qualitätskontrollen sichern Ihnen die Grundlage für eine hochwertige medizinische Versorgung.

Digitale Implantologie



Der erste Fall zeigt einen hochatrophischen Unterkiefer, der dank 3-D-Datensatz und einer 3-D-Planung mit vier Implantaten ohne vorherige Augmentation versorgt wird.



Leider muss die 3-D-Diagnostik mitunter auch bei Komplikationen zur Klärung des Sachverhaltes beitragen, wie bei Nervläsionen nach Implantation (Abb. 1 und 2) oder bei einer nach Bisphosphonateinnahme auftretenden Knochennekrose, die irrtümlich für eine Periimplantitis gehalten wurde (Abb. 3).

Neue Optionen zur Verbesserung des Implantatlagers

Die bereits angesprochene Dominanz der „prothetischen Implantologie“ konnte unter anderem auch nur deshalb stattfinden, weil in unserem Betrachtungszeitraum eine Vielzahl neuer, aber auch sicherer Augmentationsverfahren etabliert wurde. Damit konnte das Knochenlager für das Implantat nahezu nach Belieben gestaltet werden.

Ein weiterer wichtiger Ansatz für einen echten Fortschritt waren die zum Zeitpunkt der ersten Ausgaben des Implantologie Journals gerade in der Diskussion stehenden revolutionären Verfahren für Augmentationen im Bereich des Oberkieferseitenzahnbereiches. Dank der Sinuslift-OP-Techniken, die in diesen 15 Jahren eine unglaubliche Anzahl von Modifikationen auch im Sinne weniger invasiven Vorgehens erfuhren, konnten nun Kieferareale mit Implantaten versorgt werden, die zuvor als verloren galten oder nur mit hochinvasiven kieferchirurgischen Verfahren wieder implantationsfähig gemacht werden konnten.

Waren die ersten Sinuslift-OPs in der Regel hoch spezialisierten Zentren vorbehalten, so sind diese heute implantologisches Gemeingut geworden und werden flächendeckend angeboten und durchgeführt.

Etablieren der „virtuellen Implantologie“

Was die Hardcore-Fraktion der „alten Kämpen“ von den neuen Planungs- und Insertionsmöglichkeiten für orale Implantate hält, ist unschwer zu erraten. Hatte sich

diese Fraktion bereits mit dem Wandel von der chirurgischen zur prothetisch-dominierten Implantologie schwer getan, so erfuhren die in einer unglaublichen Schnelligkeit aufkommenden neuen digitalen Verfahren oftmals Ablehnung.

Basierend auf der raschen Verbreitung der dentalen Volumentomografen, die der zahnärztlichen Bilddiagnostik eine neue Dimension eröffneten, wurde eine Vielzahl von Planungsprogrammen und -hilfen auf den Markt geworfen.

Jedoch vor allem das Ansinnen einiger Meinungsbildner, für diese neuen Techniken, die in der Regel auf der Gewinnung von 3-D-Röntgendatensätzen beruhen, einen Allgemeingültigkeitsanspruch definieren zu wollen und Standards zu setzen, stieß auf Ablehnung.

Dank einer vorausschauenden und seriösen Diskussion, die im Rahmen von Konsensuskonferenzen und bei Kongressen, aber auch an den Universitäten und in den zahnärztlichen Körperschaften geführt wurde, ist meines Erachtens ein guter Kompromiss gefunden worden. Bei komplexen Fällen sind diese neuen Techniken überaus hilfreich und sinnvoll, bei einigen hochkomplexen Fällen sogar unabdingbar. Bei „Normalfällen“ sind diese in der Regel jedoch nicht erforderlich, mitunter aufgrund der Strahlenbelastung (bei Gewinnung des 3-D-Datensatzes) auch nicht geboten.

Von Versprechungen und Realitäten

Waren die Kongresssthemen des ersten Jahrzehntes, in dem das Implantologie Journal erschien, vornehmlich

Von Versprechungen und Realitäten



Für Patienten ist eine Implantatversorgung in der Regel mit einer durchweg positiven Erwartungshaltung belegt. Problematisch wird dies allerdings, wenn die Ergebnisse nicht mit den Erwartungen des Patienten übereinstimmen. Im obigen Fall führte eine falsche Ausrichtung der Implantatachse zu einer massiven Zungenraumeinschränkung nach Eingliederung der Suprakonstruktion. Ferner war auch das Kauvermögen der Patientin eingeschränkt. Folge war das in mehrfacher Hinsicht schmerzhaftes Erfordernis der Entfernung der Implantate, weiterhin die erforderliche Augmentation in jener Region und später eine Neuimplantation.

mit positiven Aussagen und der Darstellung neuer Möglichkeiten in der Implantologie, die weit über die bisherigen hinausgehen und dem Unterton des Glaubens an grenzenloses Wachstum vergesellschaftet und damit nahezu deckungsgleich mit den entsprechenden Aussagen und Wertungen vieler Implantathersteller und -vertriebsfirmen, so wandelte sich dies im vergangenen halben Jahrzehnt deutlich. Nun standen plötzlich ganz neue Themen im Vordergrund und prägten die Fachkongresse. Kurioserweise Themen, die mitunter in den vergangenen Jahren nicht nur negiert, sondern teilweise aktiv in deren Darstellung verhindert wurden.

Nur zu guter Erinnerung erlaube ich mir an den in Frankfurt 1998 abgehaltenen Implantologie-Kongress eines damals sehr großen amerikanischen Implantatherstellers, wo ich über das an der Universität Freiburg entwickelte Therapiekonzept für die Periimplantitis berichtet hatte. In der anschließenden Podiumsdiskussion wurde ich von dem aus den USA stammenden Hauptredner gemäßregelt, dass er in „zwanzig Jahren Implantologie noch keinen einzigen Fall von Periimplantitis gesehen habe, dieses Phänomen gar keines sei und allenfalls bei mangelhafter OP-Kunst des Implantierenden vorkommen könnte...“ – wie sich die Zeiten ändern!

Troubleshooting/Komplikationen in der Implantologie, ja sogar das Wort Misserfolg kamen in den Kongressthemen der bedeutenden deutschen implantologischen Fachgesellschaften der vergangenen Jahre vor. Eng vergesellschaftet mit der durchweg positiven Wertung von Implantaten und dem Dauerunterton, dass man mit Implantaten immer und überall das Optimum erreichen könne, wie es vor allem der Laienpresse zu entnehmen war, schraubten sich die Erwartungen unserer Patienten in den vergangenen 15 Jahren enorm nach oben. Jeder Patient ging davon aus, dass bei ihm – ungeachtet der individuellen Situation – stets das Optimum zu erreichen sei. Selbstkritisch sollten wir einräumen, dass man diesem Eindruck nicht immer energisch genug entgegengetreten ist.

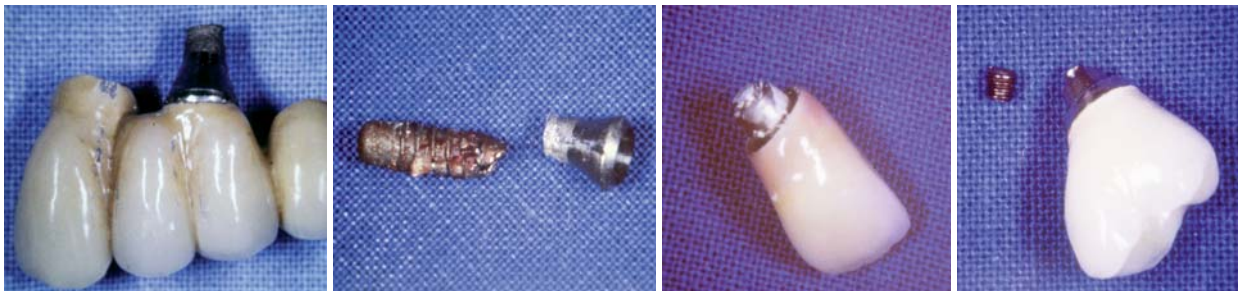
Und so kam es, wie es kommen musste – mitunter war das Ergebnis nicht so, wie es seitens des Patienten erwartet wurde. Ganz kurios wird es, wenn das erzielte Ergebnis angesichts des Ausgangsbefundes zahnmedizinisch als „gelingen“ und patientenseitig als „Misserfolg“ gewertet wird. „Zwei Drittel der bei Gericht anhängigen Verfahren sind enttäuschte Patientenerwartungen“, so einfach und treffend kann dies von einem langjährigen süddeutschen Kammergutachter-referenten zusammengefasst werden.

Kritische Stimmen



War viele Jahre ein durchweg positiver, mitunter nahezu euphorischer Tenor beim Thema Implantate zu vernehmen, so kamen noch vor gut 15 Jahren vereinzelt erste kritische Stimmen und später auch lautere Kritik auf. Diese stützte sich auf die deutlich gestiegene Anzahl von implantologischen Misserfolgen und Komplikationen – flankierend zu der deutlich gestiegenen Anzahl von Implantationen. Die Abbildungen zeigen den Verlust einer rein implantatgetragenen Oberkieferkomplettversorgung, bedingt durch eine ungünstig verlaufene Periimplantitis unter Hinterlassung profunder Knochendefekte.

Konzepte für Troubleshooting



Unerwartete Komplikationen wie Implantatfrakturen und Versagen von Implantat-Suprakonstruktionsverbindungen zwangen zur Entwicklung von Konzepten für chirurgisches und prothetisches Troubleshooting und mitunter auch zur Konstruktionsänderungen bei Implantat- und Abutment-Designs.

Ein wenig erfreulicher Nebenaspekt: Die deutlich gestiegene Anzahl entsprechender Klagen bei den Gerichten ist größtenteils der Implantologie geschuldet und dies führt zum nächsten noch unerfreulicheren Aspekt: Die deutlich gestiegenen Beiträge zur (verpflichtenden) Berufshaftpflichtversicherung kommen nicht von ungefähr...

Die aufkeimende Kritik

Ob man es so drastisch formulieren will, wie es der früher an der Universität Tübingen und nunmehr in Greifswald tätige Parodontologe Kocher tut, in dem er von der „Implantologie als Rotlichtmillieu“ der Zahnmedizin spricht, das sei jedem selbst überlassen.

Ich persönlich finde diese Wertung nicht zutreffend, aber in jeder Aussage steckt in der Regel ja auch ein Fünkchen Wahrheit und so wird der Vorwurf des „Overtreatments“, der nicht immer indizierten Entfernung von Zähnen zugunsten von prospektiven Implantaten vor allem seitens der Konservisten und Parodontologen immer öfter gehört.

Diesem muss begegnet werden, durch tägliches individuelles Abwägen bei der Behandlung von Patienten und in der akademischen Diskussion. „Implantate versus Zahnerhalt“ – ein Thema, welches in den letzten Jahren des Öfteren bei Kongressen und Symposien zu hören war – noch vor zehn Jahren wäre dies meines Erachtens unmöglich gewesen.

Konzepte für Troubleshooting

Mit der Erkenntnis, dass nicht jeder Fall zwangsläufig gelingt und nicht jeder Fall auch über Jahre so bleibt wie er einstmalig war, wurden Rufe nach neuen Therapiekonzepten laut. Diese waren zunächst nicht vorhanden und – wenn man ehrlich ist – sind diese zumindest für die Behandlung der Periimplantitis auch noch nicht abschließend konsentiert und implantologisches Gemeingut.

Ähnliche Aussagen können zu präimplantologischen Argumentationen gezogen werden, wo zwar eine erfreuliche Vielfalt an OP-Techniken und Materialien ange-

geben wird, aber sicherlich kein allgemeingültiges Schema konsentiert ist. Ebenfalls höchst erfreulich ist aber die Tatsache, dass die Erfordernis des Entwickelns und Vermittelns solcher Troubleshooting-Konzepte heute allgemein anerkannt und von allen am Implantatmarkt Beteiligten nach Kräften unterstützt wird.

Hier hat auch das Implantologie Journal seinen Beitrag geleistet und tut es laufend weiterhin – zahlreiche, vielbeachtete Beiträge der vergangenen 15 Jahre waren solche, die sich mit dem implantatologischen und implantatprothetischen Troubleshooting beschäftigt haben.

Mein persönliches Fazit

Ein Fazit für die Implantologie der letzten 15 Jahre zu ziehen, ist nicht nur schwierig, es ist eigentlich unmöglich. Zu facettenreich ist die Entwicklung, zu stürmisch das Fortschreiten der weltweiten oralen Implantologie und der in Deutschland.


So möchte ich eigentlich nur meinen akademischen Lehrer und früheren Chef Prof. Wilfried Schilli zitieren, der als Gründungsmitglied des ITI zweifellos zu den Männern der ersten Stunde der Implantologie gehört und zu denen, die die Implantologie durch seine universitäre Tätigkeit in unserem Land, „allgemein hoffähig“ gemacht hat: „Wer hätte das je gedacht, was aus der Implantologie in nicht einmal zwanzig Jahren geworden ist?“

In diesem so wahren Satz steckt die Bewunderung und Anerkennung für das Erreichte, die Befriedigung, ein Verfahren auf den Weg gebracht zu haben, das zu den sichersten in der gesamten Medizin zählt, aber auch ein wenig Kritik für die eine oder andere nicht so gut oder mitunter auch aus dem Ruder gelaufene Entwicklung in der oralen Implantologie.

Das Implantologie Journal war quasi ein Spiegel dieser stürmischen, dieser unglaublichen Geschichte. Es hat alle Entwicklungen, ob positiv oder negativ verlaufen, stets begleitet, dargestellt und Gott sei Dank mitunter auch gewürdigt.

In diesem Sinne:

Herzliche Glückwünsche zum Jubiläum!

Ihr Dr. Georg Bach 





Prof. Dr. Hannes Wachtel



Dr. Christian Helf

„Regenerative Verfahren stehen heute im Mittelpunkt der Parodontal- und Implantatchirurgie. Implantate können ohne ein geeignetes Knochenlager nicht erfolgreich und suffizient inseriert werden.“

Prof. Dr. Hannes Wachtel

PROF. DR. WACHTEL KURSREIHE:

DER BIOLOGISCHE WEG ZUR REGENERATION UND AUGMENTATION

NEUE MATERIALIEN UND NEUE TECHNIKEN

KURSinHALT – 2-TAGESKURS THEORIE UND PRAXIS

i Theorie

- Regeneration
- Augmentation

h Praxis

- Regeneration:
 - Parodontale Regeneration infraalveolärer Defekte
 - Socket-Preservation-Technik
- Augmentation:
 - Knöcherne Augmentation im Seitenzahnbereich
 - Sinuslift, laterale Augmentation
 - Knöcherne Augmentation im Frontzahnbereich
 - Double-Layer-Technik



Parodontale Regeneration infraalveolärer Defekte



Sinuslift nach Summers



Socket-Preservation-Technik



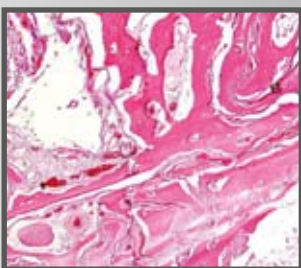
Laterale Augmentation im Seitenzahnbereich



Punch-Technik



Frontzahn-Augmentation mit Double-Layer-Technik



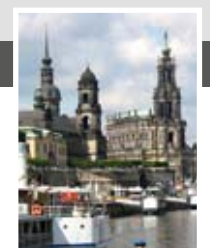
DÜSSELDORF
27.-28.01.2012



HAMBURG
30.-31.03.2012



STUTTART
18.-19.05.2012



DRESDEN
20.-21.07.2012

AMERICAN
Dental Systems



MELDEN SIE SICH JETZT AN: American Dental Systems GmbH · Telefon: 0 81 06/300-306 · Fax: 0 81 06/300-308

Trends- und Herausforderung 2012

Die Implantologie ist seit vielen Jahren die Lokomotive des Dentalmarktes. Immer öfter finden Innovationen zuerst hier ihren Einsatz, ehe sie auch in anderen Bereichen der Zahnmedizin erfolgreich verwendet werden. Für den Anwender ist es jedoch nicht immer einfach, zwischen echten und vermeintlichen Neuerungen zu unterscheiden bzw. den Implantologiemarkt in seiner Gesamtheit zu überblicken.

Jürgen Isbaner, Leipzig

n Der Implantologiemarkt hatte in letzter Zeit einige Belastungsproben zu überstehen. Nach der Wirtschaftskrise erholen sich allmählich die Märkte und auch die Dentalindustrie atmet merklich auf. Zwar verzeichnet die Implantologie nicht mehr ganz so starke Zuwächse wie vor einiger Zeit, aber das Volumen bewegt sich nach wie vor auf hohem Niveau. Das ohne Zweifel vorhandene Potenzial des Marktes gilt es jetzt durch neue Wachstumsstrategien zu mobilisieren. Ruinöse Preiskämpfe, wie sie hier und da zu beobachten sind, sind weder notwendig noch im Hinblick auf Qualität, Service und Innovationsfreudigkeit sinnvoll. So setzen die meisten Firmen in dieser Situation konsequenter Weise auf die Markterweiterung. Nach wie vor werden Implantatsysteme und implantologisches Equipment verbessert oder neu entwickelt und auf den Markt gebracht. Diese „permanente Innovation“ dient sicher der Fortentwicklung der Implantologie als Ganzes, hat aber auch zur Folge, dass es selbst für versierte Anwender kaum noch möglich ist, zwischen echten und vermeintlichen Neuerungen zu unterscheiden bzw. den Implantologiemarkt in seiner Gesamtheit zu überblicken.

Wie die nachstehende Übersicht zeigt, haben inzwischen schon weit mehr als 150 Unternehmen implantologisches Equipment oder implantologische Produkte im Portfolio. Über 60 davon bieten Implantate an – Tendenz steigend. Zugleich wird aber auch deutlich, es gibt ein Kommen und Gehen. Es gibt einen über Jahre, z. T. auch über Jahrzehnte hinweg stabilen Kern des Marktes – so teilen sich die drei großen Implantatanbieter Straumann, CAMLOG und Friadent ca. 75 % des Marktes – und es gibt neue Anbieter, während andere vom Markt verschwunden sind bzw. eigene Aktivitäten in diesem Bereich ganz oder teilweise aufgegeben haben.

In diesem Zusammenhang ist es übrigens kaum verwunderlich, dass kein anderes Spezialgebiet innerhalb der Zahnmedizin über eine solche Medienpräsenz verfügt wie die Implantologie.

Die Trends im Jahr 2012

Die Branche setzt auch 2012 auf Innovationen. Digitale Technologien stehen hoch im Kurs. Die dreidimensionale Diagnostik sei hier als ein wesentlicher Bereich genannt. Die Sinnhaftigkeit der Verwendung von digitaler Volumetomografie wird sicherlich weiterhin eine Menge Gesprächsstoff bieten. Anschaffungs- und Betriebskosten, Strahlenbelastung für die Patienten, Datenschutzerfor-

derungen und auch der Archivierungsaufwand stehen den nachweislich verbesserten diagnostischen Möglichkeiten gegenüber. Nicht für jede Praxis erweist sich die Investition als wirtschaftlich sinnvoll.

An Bedeutung wird die digitale Abdrucknahme gewinnen. Opto-digitale Verfahren als Möglichkeit zur Herstellung von Implantatprothetik auf Basis von CAD/CAM kommen gänzlich ohne Gipsmodell aus. Navigationssysteme ermöglichen dem Behandler eine exakte Planung der Implantatposition und der prothetischen Versorgung, sodass der chirurgische Eingriff und die definitive Versorgung in einer Sitzung erfolgen können. Ob diese inzwischen klinisch und technologisch gegebenen Möglichkeiten nun unbedingt massenhaft ausgereizt werden müssen, sei dahingestellt. Auch scheiden sich die Geister, ob es besser wäre, die Implantate dort zu inserieren, wo genügend Knochen gegeben ist, oder stattdessen Knochen an jener Stelle aufzubauen, wo das Implantat später besonders unter funktionellen Gesichtspunkten optimal sitzen sollte. In jedem Fall wird es auch in der Zukunft nicht die eine „optimale Lösung“ für alle Indikationen und auch nicht den „Goldstandard“ der Implantologie geben. Vielmehr bestimmt eine Vielzahl von Aspekten, welche individuelle Lösung am besten ist. Limitierende Faktoren auf Patientenseite, wie finanzielle Mittel, Zeit, der persönliche Anspruch, physische und psychische Belastbarkeit, wirken maßgeblich auf die Entscheidung. So wie für den einen Patienten die von zwei Kugelkopf-Attachments auf einzeitigen Implantaten getragene Deckprothese im Unterkiefer die „optimale“ Versorgung sein kann, ist es für den anderen der nach aufwendigen augmentativen Maßnahmen und Gingiva-Remodeling auf mehreren Implantaten fest zementierte oder herausnehmbare sowie ästhetisch perfektionierte High-End-Zahnersatz. Generell gilt, dass auch die modernste Technik und das ausgeklügeltste Implantatsystem ohne das fachliche Können des Zahnarztes nichts sind.

Wie bereits in den vergangenen Jahren möchten wir unseren Lesern mit der nachstehenden Übersicht auch für das Jahr 2012 einen Überblick des Marktes – über die Produkte und Anbieter – geben und so die Suche und die Entscheidungsfindung erleichtern. n

Anmerkung der Redaktion

Die folgende Übersicht beruht auf den Angaben der Hersteller bzw. Vertreiber. Wir bitten unsere Leser um Verständnis dafür, dass die Redaktion für deren Richtigkeit und Vollständigkeit weder Gewähr noch Haftung übernehmen kann.

Firma	Implantate	Interimplantate	Abformhilfen	Magnete	Keramikkprothesen	Membranen	Weichgewebematrix	Knochenersatzmaterial	Chirurgieverfahren	Knochenfilter	Knochenmöhlen	Knochenbögen	Chirurgische Instrumente/Sets	Bohrstopp-Kits	Bohrschablonen	Zahnersatz	Drehmomentschlüssel	OP-Kleidung	Sterilgut (Erwegmaterial)	Lipenbrillen	Röntgengeräte/Zubehör	Intravitalscanner	Panung/Navigation/Software	Piezoe-Christurgengeräte	Anästhetika/Anästhesie-Systeme	Naturmaterial	
3M ESPE																											
ACTEON																											
Aesculap																											
Alpha Bio																											
American Dental Systems																											
Argon Dental/Argon Medical																											
ARTOSS																											
A. Schweißherdt																											
Astra Tech																											
Baxter Deutschland GmbH																											
BEGO Medical																											
Bicon																											
Bien-Air Dental																											
Biocomposites																											
BioHorizons																											
BIOMET 3i																											
BioTissue Technologies																											
boissidental																											
BPI Biol. Phys. Implantate																											
bredent																											
BTI																											
CADstar																											
CAMLOG																											
Carl Martin																											
Carl Zeiss Meditec																											
C. Häfner																											
Champions-Implants																											
Chic-Dental																											
Clinical House Europe																											
Crealec																											
curasan																											
DCI-Dental-Consulting																											
DCV-Instrumente																											
Degradable Solutions*																											
Dentalpoint Implants																											
Dentares																											
Dentaurum Implants																											
Dentegris Deutschland																											
DENTSPLY Friadent																											

ZWP online Firmenprofil auf www.zwp-online.info

* Teil der Sunstar Group.

Die Marktübersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Stand: Dezember 2011

Produkt	Implantate	Interimplantate	Abrormhilfen	Magnete	Keramikprothesen	Membranen	Wechgewebematrix	Knochenersatzmaterial	Chirurgieinheiten	Knochenfilter	Knochenmöhlen	Knochenbögen	Chirurgische Instrumente/Sets	Bohrstopp-Kits	Bohrschablonen	Zahnersatz	Drehmomentschlüssel	OP-Kleidung	Sterilgut (Einwegmaterial)	Lipenbrillen	Röntgengeräte/Zubehör	Intraoralscanner	Panung/Navigation/Software	Piezoe-Chirurgiegeräte	Anästhetika/Anästhesie-Systeme	Natürmaterial
Firma																										
dexter																										
DFS-Diamond																										
Digit-XP																										
DOT																										
DREVE-DENTAMID																										
Dr. Inde Dental																										
DRS International																										
DT Medical																										
Dyna Dental (Hauschild)																										
EMS																										
ETHICON Products																										
Fair Implant																										
GEBR. BRÄSSELER Komat																										
Gebr. Martin/KLS Martin Group																										
Geistlich Biomaterials																										
Gendex																										
Green Implants																										
HADER SA																										
Hager & Meisinger																										
Hager & Werken																										
Helmut Zepf																										
Henry Schein																										
Heraeus Kulzer																										
Hess Medizintechnik																										
HI-TEC IMPLANTS																										
Hu-Friedy																										
Hygiatech																										
ic.med																										
IDI																										
IMP																										
Imperios																										
IMPLADENT																										
Implant Direct Sybron																										
IMT																										
Imtegra																										
Instrumentarium Dental																										
Ivoclar Vivadent																										
Jeneric Pentron																										
jmp dental																										

ZWP online Firmenprofil auf www.zwp-online.info

* Implantate zur Stabilisierung und Fixierung von Unterkiefervollprothesen bei atrophiertem Kiefer.

Produkt	KaVo	KeyStone Dental	Kohler Medizintechnik	K.S.I.	LASAK	LauxProthetik	LinuDent – Pharmatechnik	LOSER & CO	mako-med	Materialise Dental	Matrixcel	mectron	med3D	Medentika	medentis	Medical Instinct	MerzDental	MezaCura	MILESTONE	MIS Implant Technologies	J. Morita Europe	m&k dental	Nemris	Neoss	NewTom	Nobel Biocare	NOUVAG	NSK Europe	OMNIA S.p.A.	o.m.t.	Optima	orangedental	OSSiEM	OT medical	Paltop Germany	Paropharm	Pharmador	Planmecca
Implantate																																						
Interimplantate																																						
Abformhilfen																																						
Magnete																																						
Keramikprothesen																																						
Membranen																																						
Weichgewebematrix																																						
Knochenersatzmaterial																																						
PPPT/MK																																						
Chirurgiehilfen																																						
Knochenfilter																																						
Knochenmöhlen																																						
Knochenbögen																																						
Chirurgische Instrumente/Sets																																						
Bohrstopp-Rits																																						
Bohrschablonen																																						
Zahnersatz																																						
Drehmomentschlüssel																																						
OP-Kleidung																																						
Sterilgut (Einwegmaterial)																																						
Lupebrillen																																						
Fotengerate/Zubehör																																						
Intraoralscanner																																						
Panopt-Navigation/Software																																						
Piezoe-Chirurgiegeräte																																						
Anästhetika/Anästhesie-Systeme																																						
Naturmaterial																																						
ZWP online																																						

Firmenprofil auf www.zwp-online.info

Die Marktübersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Stand: Dezember 2011

Firma	Implantate		Interimplantate	Abformhilfen	Magnete	Keramikprothesen	Membranen	Weichgewebematrix	Knochenersatzmaterial	Chirurgiehilfen	Knochenfilter	Knochenmöhlen	Knochenbögen	Knochenersatz	Drehmomentschlüssel	OP-Kleidung	Sterilgut (Einwegmaterial)	Lupenbrillen	Röntgengeräte/Zubehör	Intraoralscanner	Panzur/Navigation/Software	Pnezo-Chirurgiegeräte	Anästhetika/Anästhesie-Systeme	Narkosematerial
	Implantate	Interimplantate																						
ProLab																								
PROMEDIA																								
Proximal Dental Implants																								
QUALIBOND																								
RESORBA Wundversorgung																								
Reuter systems																								
RIEMSER Arzneimittel																								
Rübeling & Klar																								
SAE DENTAL																								
Sanofi Aventis																								
Schlumbohm																								
Schütz Dental Group																								
Septodont																								
SICAT																								
SIC invent																								
Sigma Dental Systems																								
simedica medical																								
Sirona																								
SOREDEX																								
Southern Implants																								
steco-system-technik																								
Stoma Dentalsysteme																								
Straumann																								
Sybron Implant Solutions																								
Thommen Medical																								
Tigran																								
TRI Dental Implants																								
TRINON																								
TROPHY-Radiologie																								
ULTRADENT Dent. Med. Geräte																								
USTOMED																								
W&H																								
Wolf Dental																								
XO Care Dental																								
Zantomed																								
Zimmer Dental																								
ZL-Microdent																								
Z-Systems																								

Firmenprofil auf www.zwp-online.info

Die Marktübersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Gesteuerte Knochen- und Geweberegeneration:

Biomaterialien made
in Germany



**CompactBone B. made in Germany
exklusiv von Dentegris**

**BoneProtect Membrane aus porcinem
Kollagen, 3-4 Monate Barrierefunktion**



CompactBone B.



BoneProtect
Membrane

- Weites Indikationsspektrum für Implantologie, Parodontologie und Oralchirurgie
- 20 Jahre klinische Erfahrung aus der Ortho- und Traumatologie
- Großes Produktportfolio: Knochenaufbaumaterial, Kollagenmembrane, Kollagenvliese
- Röntgenopak (bessere Visualisierung)
- Volumenstabil, einfache Verarbeitung
- Kontrollierte und gesicherte Qualität
- Preisattraktiv und wirtschaftlich

 **Dentegris**
DENTAL IMPLANT SYSTEM

Rehabilitation in der Unterkieferfront

Systematische Darstellung einer chirurgisch-prothetischen Zusammenarbeit

Die präimplantologische Knochenaugmentation ist heute ein wichtiges und herausforderndes Thema in der zahnärztlichen Implantologie. Bei jedem implantologischen Kongress wird dieses Kapitel aufs Neue diskutiert. Die vertikale Augmentation stellt alle implantologisch tätigen Chirurgen vor eine besondere Herausforderung. Dabei gibt es diverse dokumentierte und publizierte Methoden zu diesem Thema.

DDr. Paul Hakl, M.Sc., Univ.-Prof. Dr. Dritan Turhani/St. Pölten und Wien, Österreich, Dr. Waldemar Festenburg, PhD, M.Sc./Wien, Österreich

n Von der Augmentation mit Beckenkammtransplantat, der Distractionsosteoneogenese, verschiedene Tunneltechniken bis zur Augmentation mit Knochenersatzmaterialien und Membran – all diese Methoden haben ihre Vor- und Nachteile. Eines haben sie jedoch gemeinsam: Die Prognose einer vertikalen Auflagerungsplastik ist generell nicht exakt vorhersehbar. Sowohl kurz- als auch langfristig kann ein nicht erwünschter Verlauf eintreten. Die möglichen Komplikationen können unter anderem die wiedereinsetzende Atrophie nach erfolgreicher Augmentation, sofortiger Augmentatverlust, Dehiszenzen und erhöhte Infektionsanfälligkeit bis zu irreversiblen Nervverletzungen sein. Nicht jeder kann jede dieser Techniken auch für sich umsetzen. Oft fehlt es für gewisse Techniken an der notwendigen Infrastruktur.

Der Fall

Der nachfolgende Fallbericht zeigt, wie die Herausforderung der vertikalen Augmentation in der Unterkieferfront bei einem Patienten nach einem Unfall an der Abteilung für MKG-Chirurgie in St. Pölten gelöst wurde und danach in enger Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Kollegen Dr. Waldemar Festenburg prothetisch versorgt werden konnte.

Der Patient, ein 20-jähriger Mann, stellte sich nach einem Unfall vor, bei dem die Zähne 32 bis 42 mit Alveolarkamm verloren gingen. Mit einer Unterkieferfrontzahnbrücke wollte er sich nicht abfinden.

Der Behandlungsplan, dem der Patient zustimmte, sah die Anfertigung einer Klebebrücke, die vertikale Augmentation des verloren gegangenen Knochens in der

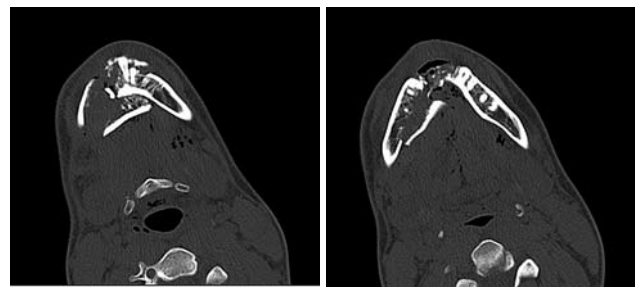


Abb. 1 und 2: Präoperatives CT.

Unterkieferfront, die Insertion von Implantaten und die Restauration der Zähne 32, 31, 41, 42 vor. Die gesamte Behandlungsdauer vom Unfall bis zur Eingliederung der definitiven Brücke dauerte 28 Monate.

Chirurgische Behandlung

Am 29.06.2008 wurde der Patient nach einem Sturz aus zwei Meter Höhe an der Unfallabteilung im LKH St. Pölten erstmals begutachtet. Es wurde ein CT des Gesichtsschädels durchgeführt. Dieses zeigte eine komplizierte Unterkieferfraktur (Abb. 1 und 2) mit Alveolarfortsatzfraktur Regio 32 bis 42. Die genaue radiologische Diagnose lautete: Trümmerfraktur im Bereich der Mandibula mit deutlicher Dislokation in mehreren Ebenen, zusätzlich frakturierte Zähne im Unterkieferfrontzahnbereich.

Die Reposition und Osteosynthese wurde von Univ.-Prof. Dr. Dritan Turhani durchgeführt (Abb. 3 bis 5). Dabei ist es gelungen, mit zwei Osteosyntheseplatten (Fa. Synthes Matrix) und zwei Zugschrauben ein zufriedenstellendes Repositionsergebnis zu erzielen. Die Zähne 32 bis 42 mit dem Alveolarkamm waren jedoch nicht zu erhalten.

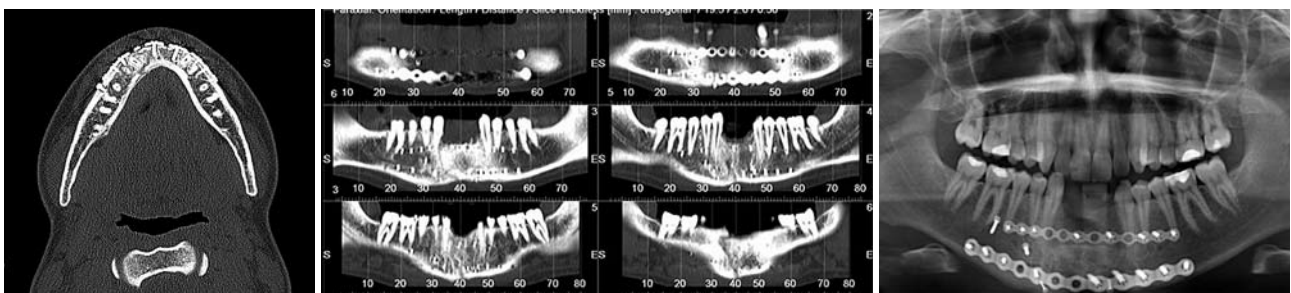


Abb. 3 und 4: Postoperatives CT. – Abb. 5: Panoramaröntgenaufnahme vom 20.11.2008.

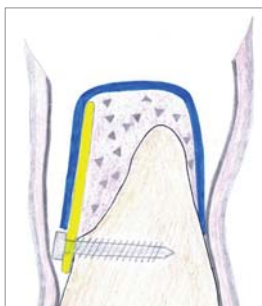


Abb. 6: Röntgenaufnahme vom 26.3.2008 zeigt die Klebebrücke. – **Abb. 7:** Skizze – Knochenblock (gelb), Membran (blau), gemahlener Knochen mit Blut (Dreiecke).

rativ zeigte sich jedoch, dass die Frakturlinie des Unterkiefers noch nicht bis an den Unterkieferfertrand durchbaut war und somit die untere Platte belassen wurde. Des Weiteren zeigte sich noch, dass nicht nur die vertikale, sondern auch die horizontale Dimension verloren gegangen ist. Anschließend wurde aus dem Kieferwinkelbereich Regio 48 ein 2x1,5cm großer Knochenblock mithilfe des

Nur stellte sich für uns als behandelndes Team die Frage der bestmöglichen Lückenversorgung. Nach ausführlicher Beratung entschieden wir uns gemeinsam mit dem Patienten für eine implantologische Lösung. Da an unserer Abteilung keine prothetischen Arbeiten durchgeführt werden, war eine Zusammenarbeit mit unserem niedergelassenen Kollegen notwendig. Im Zentrum für Implantologie und orale Chirurgie (AKD ImplantCare) wurde vor der weiterführenden chirurgischen Therapie zunächst eine Klebebrücke angefertigt (Abb.6).

Zehn Monate nach dem Unfall wurde der Patient im LKH St. Pölten in ungestörter Intubationsnarkose wieder operiert. Bei der Operation sollten zunächst die beiden Osteosyntheseplatten entfernt werden. Intraope-

Piezo-Surgery-Gerätes entnommen. Dieses kortikale Knochenstück wurde anschließend in der Mitte durchtrennt, sodass zwei ca. 1 mm dünne Knochenplättchen gewonnen werden konnten. Alle Kanten wurden abgerundet, um Perforationen der Schleimhaut zu verhindern. Nun wurde nach einem Alveolarkammschnitt in der Unterkieferfront ein bukkaler und lingualer Mukoperiostlappen gebildet. An der lingualen Seite wurde eine Bio-Gide® Membran zwischen Knochen und Periost eingelegt. Eines der gewonnenen dünnen Knochenplättchen wurde bukkal auf den verbliebenen Unterkieferknochen aufgelegt und dort mit zwei Schrauben befestigt. Der verbliebene andere Knochenblock wurde mit einer Knochenmühle zerkleinert. Dieser zerkleinerte kortikale Knochen, gemischt mit etwas

ANZEIGE

remaix
DIE RESORBIERBARE MATRIX



Relax. Remaix.

Die Membranlösung zur sicheren Knochen- und Geweberegeneration



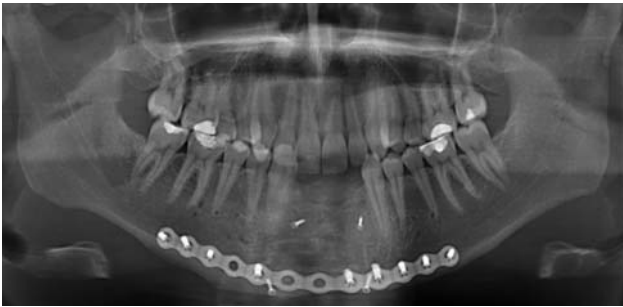


Abb. 8: Post OP nach Augmentation im Unterkiefer am 24.4.2009.

spongiösem Knochen – der ebenfalls vom Kieferwinkel gewonnen wurde –, wurde mit etwa 1 ml Blut gemischt. Mit diesem Gemisch konnte nun der nach bukkal abgestützte Defekt aufgefüllt und mit der bereits lingual eingelegten Bio-Gide® Membran nach lingual und koronal abgedeckt werden (Abb. 7). Die Schleimhaut wurde danach soweit mobilisiert, dass ein spannungsfreier Wundverschluss möglich war. Hier kamen sowohl horizontale Matratzen- als auch Einzelknopfnähte zum Einsatz.

Auch diesmal gestaltete sich die postoperative Phase komplikationslos. Dank der ausreichenden Mobilisation konnte postoperativ keine Membranexposition beobachtet werden (Abb. 8).

Der Einsatz dieser dünnen kortikalen Knochenblöcke in der präimplantologischen Chirurgie hat mehrere Funktionen. Das Plättchen hat die Funktion einer biologisch kompatiblen Membran, die sehr steif ist und so die vertikale Dimension des Augmentats halten kann. Auf diese Weise kann darunter wieder neuer Knochen entstehen.

Nach weiteren sechs Monaten wurde der Patient erneut operiert. Diese Operation wurde nun in Lokalanästhesie durchgeführt. Der Knochen präsentierte sich beim Bohren für die drei Implantate als ausgezeich-

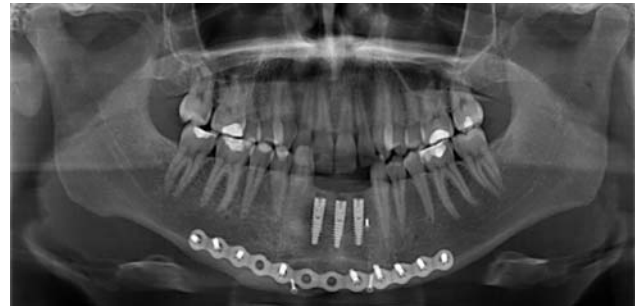


Abb. 9: Post OP nach Implantation am 23.10.2009.

netes Implantatlager. Die drei ANKYLOS® Implantate 3,5x14 mm konnten ohne Probleme in dieser Region gesetzt werden, es war ausreichend Knochen vorhanden. Alle Implantate waren primär stabil, trotzdem haben wir uns in diesem Fall für eine gedeckte Einheilung entschieden, um kein unnötiges Risiko für das Augmentat einzugehen (Abb. 9). Der Patient bekam dann neuerlich die Klebebrücke für weitere sechs Monate eingesetzt (Abb. 10).

Sechs Monate später wurden die drei Implantate freigelegt und eine provisorische Belastung der Implantate wurde beim behandelnden Zahnarzt für sechs Monate durchgeführt. Während dieser Zeit gab es weder mit den Implantaten noch mit dem Provisorium Probleme. Nach weiteren sieben Monaten wurde nun die definitive Brücke in der Unterkieferfront eingegliedert. Es handelt sich dabei um eine Edelmetall-Verblend-Keramikbrücke.

Unser Patient ist mit der Ästhetik und Funktion der implantatgetragenen Brücke hochzufrieden. Regelmäßige Kontrollen zeigen ein zufriedenstellendes Ergebnis nach dieser langen Therapie (Abb. 11). Die Situation ist seitdem stabil.

Fazit

Diese Fallpräsentation zeigt einen möglichen Weg zur vertikalen Augmentation. Die Implantation und auch die prothetische Versorgung ist noch nicht lange genug in Funktion, um über einen Langzeiterfolg sprechen zu können. Definitiv lässt sich aber sagen, dass die vertikale Augmentation mittels dieser Methode im zuvor beschriebenen Fall zum Erfolg geführt hat und dass an dieser Stelle nach einem halben Jahr eine problemlose Implantation mit drei 14 mm langen Implantaten mit ausreichendem Knochenangebot möglich war. ⁿ

KONTAKT

DDr. Paul Haki, M.Sc.

Landeskrankenhaus St. Pölten
Propst-Führer-Straße 4
3100 St. Pölten, Österreich
Tel.: +43-2742/3 00-0

E-Mail: Paul.Haki@stpoelten.lknoe.at



Abb. 10: Zustand während der Einheilungsphase am 19.1.2010.



Abb. 11: Zustand nach definitiver Versorgung am 1.11.2010.



Die neue Philips Sonicare
DiamondClean – bis zu
viermal bessere
Plaque-Entfernung¹

Erleben Sie ein völlig neues Gefühl einer perfekten Zahnpflege. Mit patentierter Schalltechnologie für außergewöhnliche Ergebnisse.



Empfehlen Sie Ihren Patienten die innovative Schalltechnologie von Philips Sonicare und überzeugen Sie sich von dem einzigartigen Design und luxuriösem Ladezubehör:

- Bis zu viermal bessere Plaquebiofilm-Entfernung im Vergleich zu einer Handzahnbürste nach vierwöchiger Verwendung.²
- Verbessert die Zahnfleischgesundheit in nur zwei Wochen.²
- Hellt die Zähne in nur einer Woche auf.³

PHILIPS
sonicare
sense and simplicity

Überzeugen Sie sich selbst von Philips Sonicare – telefonisch unter der Rufnummer +49 (0) 40 2899-1509 oder im Internet unter sonicare.de/dp

1. Im Vergleich zu einer Handzahnbürste nach vierwöchiger Verwendung.

2. Milleman K, Milleman J, Putt M, DeLaurenti M, Souza S, Jenkins W, Strate J. Vergleich zwischen Sonicare DiamondClean und einer Handzahnbürste hinsichtlich der Reduzierung von Zahnfleischentzündung und Plaqueentfernung. Aktenkundige Daten, 2011. 3. Colgan P, DeLaurenti M, Johnson M, Jenkins W, Strate J. Bewertung der elektrischen Zahnbürste Sonicare DiamondClean von Philips im Vergleich zu Handzahnbürsten hinsichtlich der Entfernung von Zahnverfärbungen. Aktenkundige Daten, 2010.

Implantieren im atrophierten Kiefer ohne Knochenabbau und Augmentation?

Teil 3 – Ermutigende Studienergebnisse

Kann mit dem Implantatsystem NobelActive™ eine Versorgung im transversal reduziertem Knochen ohne umfangreiche Augmentationen durchgeführt werden, kommt es dabei zu radiologisch feststellbarem Abbau des periimplantären Knochens und werden vergleichbare Überlebensraten erzielt? Die Ergebnisse der retrospektiven Praxisstudie zeigen, dass bei Beachtung biologischer, material- und verfahrenstechnischer sowie chirurgischer Parameter ermutigende Ergebnisse zu erzielen sind.

Dr. med. dent. Jörg Munack, M.Sc./Hannover

n Entscheidendes Kriterium für den implantologischen Langzeiterfolg – und damit für die Aussagen und Zusicherungen dem Patienten gegenüber – ist der periimplantäre Knochenabbau, besonders dann, wenn er über das physiologische Maß hinausgeht. Nur über radiologisch nachvollziehbare und nachverfolgbare periimplantäre Knochenverhältnisse kann eine prognostische Einschätzung über den Langzeitimplantaterfolg stattfinden.¹ Als Kriterium hierfür gilt jedoch nach wie vor die Überlebensanalyse nach Kaplan und Meyer,^{2,3} obschon hierin funktionelle Aspekte des inkorporierten Implantats ebenso wenig berücksichtigt werden wie der periimplantäre Knochenabbau und damit zusammenhängende Weichgewebsdefizite.

Zielsetzung der Praxisstudie war daher die Evaluation der Einflussfaktoren, die einen periimplantären Knochenabbau verursachen oder ihn unterbinden bzw. geringer ausfallen lassen. Im Fokus der Studie stand dabei die Frage, ob bzw. inwieweit bei transversal reduziertem Knochenangebot ohne umfangreiche augmentative und risikobehaftete Eingriffe der ortsständige Knochen erhalten werden kann.

Patientenkollektiv

In die Studie waren insgesamt 42 Patienten einbezogen (häufig weiblich und männlich). Ihr Durchschnittsalter lag bei 56 Jahren, wobei das der weiblichen mit 56,8 Jahren geringfügig höher war als das der männlichen Patienten mit 55,2 Jahren. Die Altersspanne reichte von 18 bis 88 Jahren. Das Durchschnittsalter der weiblichen Patienten in Bezug auf die Implantatanzahl (w=53, m=54) war 59,2 Jahre und bei den männlichen 52,9 Jahre. Es wurden 44 Implantate mit 3,5 mm (NP) Durchmesser, 49 Implantate mit 4,3 mm (RP) Durchmesser und 14 Implantate mit 5,0 mm (WP) Durchmesser inseriert. Die Implantatlängen variierten von 10 mm bei 16 Implantaten, 11,5 mm bei acht Implantaten, 13 mm bei 38 Implantaten und 15 mm bei 45 Implantaten (Abb. 1).

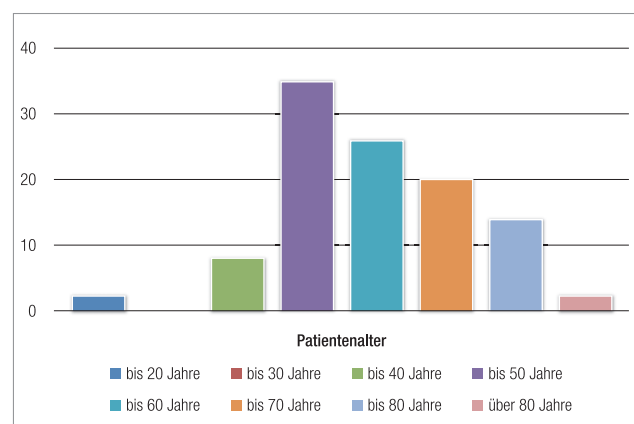


Abb. 1: Altersverteilung der Patienten und Implantatanzahl.

Ergebnisse der Nachuntersuchung

Die Nachuntersuchung der Patienten fand nach definierten Zeitabständen und nach bis zu 24-monatiger funktioneller Belastung der Implantate statt. Elf Patienten (w = 6, m = 5) mit gesamt 33 Implantaten (w = 15, m = 18) konnten aus unterschiedlichen Gründen nicht oder noch nicht einbezogen werden („Drop-Outs“), so-

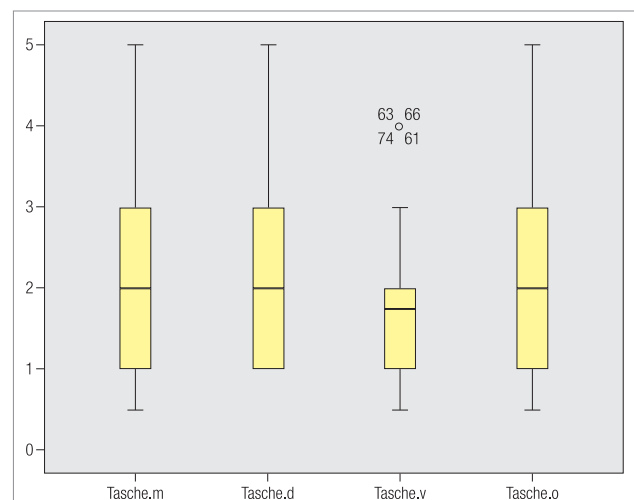


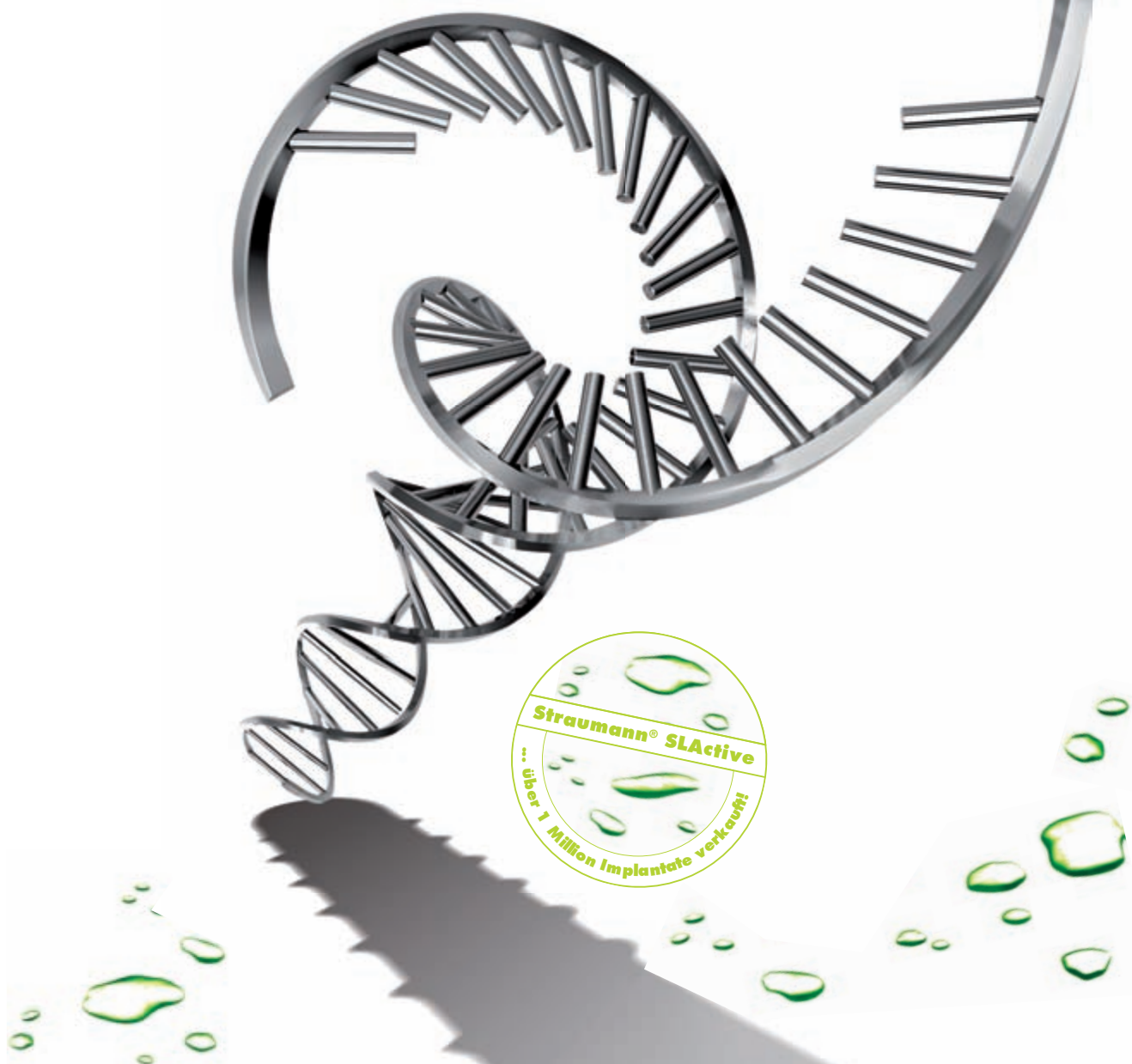
Abb. 2: Ergebnis der Taschenmessungen mesial, distal, vestibulär und oral.

ROXOLID®

DIE NEUE „DNS“ VON IMPLANTATMATERIALIEN

ROXOLID® – Exklusiv für die Anforderungen von Implantologen entwickelt.

Roxid® bietet ■ Vertrauen beim Setzen von Implantaten mit kleinem Durchmesser ■ Flexibilität mit mehr Behandlungsoptionen ■ Entwickelt für gesteigerte Patientenakzeptanz von Implantatbehandlungen



Bitte rufen Sie uns an unter **0761 4501 333**. Weitere Informationen finden Sie unter www.straumann.com

COMMITTED TO
SIMPLY DOING MORE
FOR DENTAL PROFESSIONALS

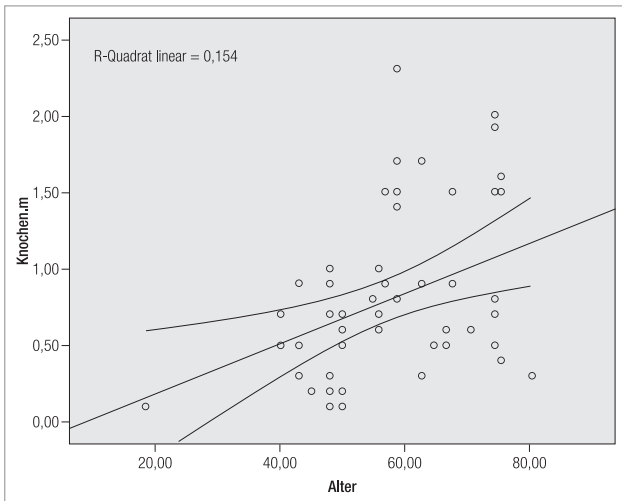


Abb. 3a: Knochenmessung mesial. Mittelwert: 0,78 mm

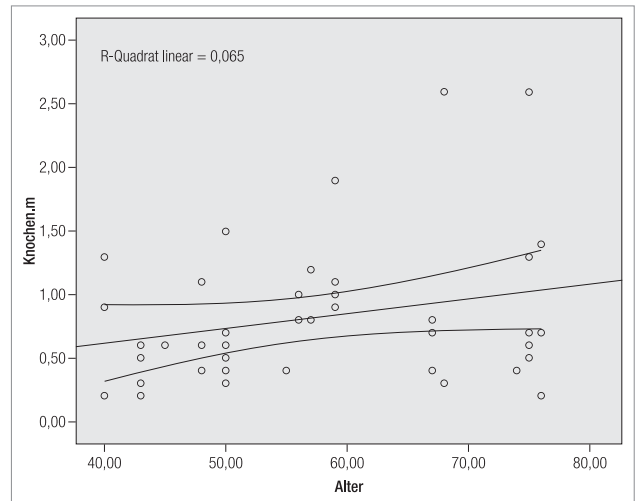


Abb. 3b: Knochenmessung distal. Mittelwert: 0,82 mm.

dass bis zum vorläufigen Abschluss der Studie 74 der 107 in atrophierte Kiefer gesetzten NobelActive™-Implantate nachuntersucht wurden.

Für die Taschentiefen- und Knochendefizitmessungen wurden Regressionsanalysen vorgenommen. Dabei wurden bei den 74 Implantaten die Taschentiefen an vier Messstellen sondiert. Während sie sich oral, distal und mesial durchschnittlich knapp über 2 mm bewegten, lagen sie vestibulär bei 1,81 mm. Ein signifikanter Zusammenhang mit dem Alter des Patientenkollektivs ergab sich nicht (Abb. 2).

Eine der Fehlerquellen bei der Vermessung periimplantärer Knochendefekte ist das unsichere Erkennen der eigentlichen Messstrecke am periimplantären Knochen bei unzureichender Abzeichnungsschärfe von entwickelten Zahnfilmen und Orthopantomogrammen. Streckenmessungen sind nicht exakt möglich und mit einer hohen Fehlerquote behaftet. Die Auswertung der Röntgenbilder erfolgte daher anhand digitaler Zahnfilme und mittels eines speziellen 2-D-Diagnostik-, Planungs- und Vermessungsprogramms (copgiX®, IVS Solutions AG).

Die so mesial und distal durchgeführten Knochenmessungen ergaben für die nachuntersuchten NobelActive™-Implantate mesial einen durchschnittlichen Knochenverlust von lediglich 0,78 mm (bei einer Standardabweichung von 0,52 mm) und für distal einen Rückgang von

0,82 mm (bei einer Standardabweichung von 0,56 mm). Die Regressionsanalyse ließ hierbei eine gewisse Abhängigkeit der Knochensituation mesial vom Alter des Patienten erkennen (Abb. 3 und 4).

Einflussfaktoren für den Knochenerhalt

Diverse Studien zum Knochenabbau hingegen gehen mit einer Resorptionsrate von $\pm 1,7$ mm von einer deutlich höheren Rezession aus, wobei, wie in der Praxisstudie auch, der initiale Abbau mit erfasst wurde.^{4,5} In klinisch kontrollierten Studien wurden zudem Unterschiede hinsichtlich des Ausmaßes des durchschnittlichen periimplantären Knochenabbaues zwischen verschiedenen Implantatsystemen festgestellt.⁶ Der reduzierte Knochenrückgang bei den NobelActive™-Implantaten ist multifaktoriell zu sehen. Hierbei sind einige Parameter besonders hervorzuheben. Da ist zunächst die Implantatoberflächenmorphologie. Hier haben sich mittelraue Oberflächen den stark rauen Oberflächen als überlegen erwiesen.⁷ Um weder Nahtdehiszenzen noch infolge inflammatorische Prozesse bis hin zum partiellen Knochenabbau hervorzurufen, ist ein absolut spannungsfreier primärer Wundverschluss Voraussetzung. Die Inzisionen wurden oral

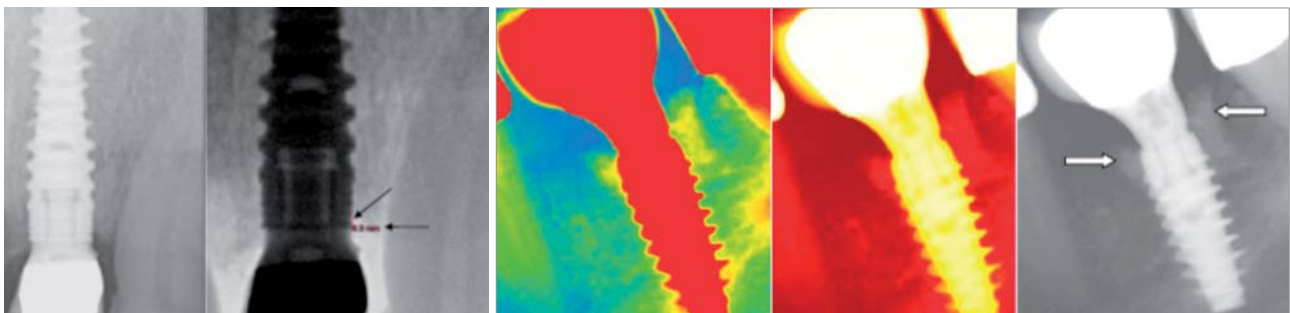
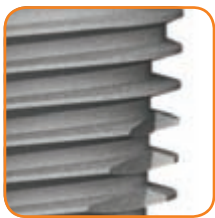


Abb. 4a: Unterschiedliche Darstellungsmöglichkeiten zur Knochenstrukturerkennung. Implantation in Regio 21. Implantat: 3,5 x 13 mm, die Pfeile kennzeichnen die Messstrecke (nach Augmentation mit Bio-Oss®/Bio-Gide®), Versorgungszeit (OP-ZE [LZPV]) = ein Tag, nach sechs Monaten definitiver ZE, ZE-Untersuchung = 496 Tage, Implantat-Verweildauer = 497 Tage, Patient: männlich 81 Jahre alt, Sofortimplantation mit Belastung. – **Abb. 4b:** Unterschiedliche Darstellungsmöglichkeiten zur Knochenstrukturerkennung. Implantation in Regio 36. Implantat: 5,0 x 13 mm, die Pfeile kennzeichnen den augmentierten Bereich (Bio-Oss®/Bio-Gide®), Versorgungszeit (OP-ZE) = 179 Tage, ZE-Untersuchung = 499 Tage, Implantat-Verweildauer = 678 Tage, Patient: männlich 40 Jahre alt, verzögerte Implantation ohne Belastung.

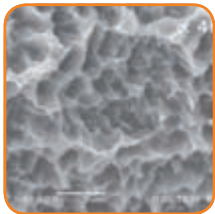


TS Implantate

Qualität schafft Vertrauen



Effizientes, selbstschneidendes
Corkscrew Gewinde



SA Oberfläche - 20% schnellere
Osseointegration als RBM



Konische Innenverbindung
mit Indexierung

OSSTEM[®]

IMPLANT

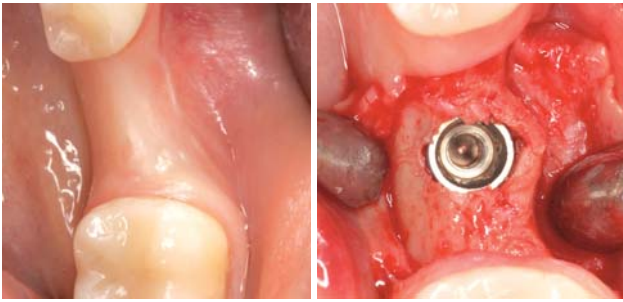


Abb. 5a: Transversal atrophiertes Alveolarkamm vor ... – **Abb. 5b:** ... und nach der Insertion. Die knöcherne Ummantelung beträgt nun mehr als 1–1,5 mm.

gesetzt, um ausreichend Weichgewebe adaptieren und ausformen zu können, was wiederum die Ausbildung bzw. den Erhalt einer ausreichenden und gesunden „Attached Gingiva“ begünstigt. Als weiterer Faktor für den Knochenhalt kann die unterdimensionierte und substanzerhaltende Aufbereitung des Implantatlagers angesehen werden, wie sie aufgrund des spezifischen Makrodesigns des NobelActive™-Implantats möglich ist. Der stark konische Kern des Implantats und das selbstschneidende, progressive Kompressionsgewinde bewirken dabei einen ausreichend starken Osteotomeffekt bei nur sehr geringem Knochenabtrag. Damit einher geht der „Korkenziehereffekt“ (vgl. Teil 2 in Heft 8/2011). Mit den dadurch gewonnenen autologen Knochenpartikeln kann der Spalt zwischen Implantat und Knochenwand der Extraktionsalveole optimal aufgefüllt werden (Abb. 5).

Ein weiterer wichtiger Faktor für den Knochenhalt scheint das Platform Switching in Verbindung mit einem abdichtenden Innenkonus zu sein, wodurch eine mikrobielle Besiedelung am Implantat-Abutment-

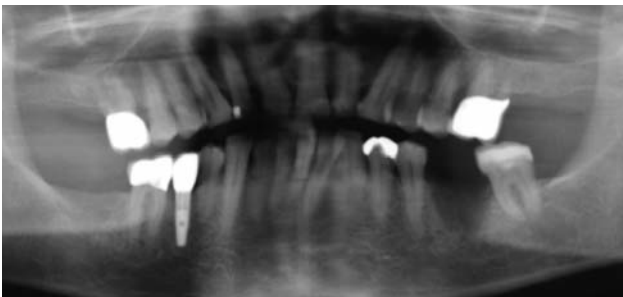


Abb. 6a: Das OPG aus 11/2007 zeigt einen großvolumigen knöchernen Defekt in Regio 36.

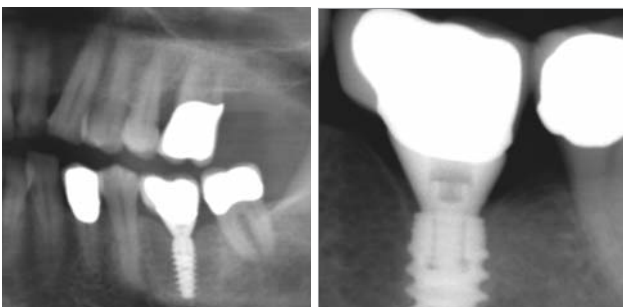


Abb. 6b: Kontroll-OPG (Ausschnitt) aus 2/2009 ein Jahr post OP; die Eingliederung des Zahnersatzes erfolgte 12/2008. – **Abb. 6c:** Der Zahnfilm aus 6/2010 zeigt auch nach über anderthalb Jahren funktioneller Belastung stabile knöcherner Verhältnisse.

Interface weitgehend vermieden werden kann. Durch die Durchmesserreduzierung des Implantataufbaus wird zudem der Mikrospace zur Implantatachse hin und die „Biologische Breite“ von der Vertikalen in die Horizontale verlagert. Damit kommt es zu einer räumlichen Trennung des Mikrospace vom periimplantären Knochengewebe an der Implantatschulter und es treten keine Irritationen mehr auf. Es konnte gezeigt werden, dass es zu keinem bzw. zu einem verminderten postoperativen periimplantären krestalen Knochenabbau kommt.^{8,9,10} Ähnliches gilt für einen Abutmentwechsel. Auch hier besteht die Gefahr einer Knochenresorption aufgrund der Verletzung der „Biologischen Breite“, die sich bereits etabliert hat. Das Einsetzen des definitiven Abutments nach Freilegung scheint eine weitere Voraussetzung für stabile Hartgewebeverhältnisse zu sein. Die Ergebnisse dieser retrospektiven Praxisstudie mit einem feststellbaren Knochenverlust mesial und distal von durchschnittlich nur 0,8 mm zeigen, dass im kompromittierten transversal reduzierten Kiefer NobelActive™-Implantate ohne nennenswerten Knochenabbau osseointegrieren. Die unterschiedlichen Belastungsarten und augmentative Verfahren hatten darauf keinen feststellbaren Einfluss.

Schlussfolgerung

Die Interpretation der Studienergebnisse legt beim Knochenhalt einen multikausalen Prozess nahe: Patienten- und implantatspezifische Faktoren, chirurgisches Trauma, Implantatposition, Insertionstiefe, Lage des Mikrospace bei zweiteiligen Implantaten, Augmentation und weitere Parameter beeinflussen das Verhalten des periimplantären Knochens. Der implantologische Langzeiterfolg lässt sich, so das Fazit aus der Studie, nicht an einem Parameter festmachen. Vielmehr scheinen mehrere der aufgeführten Faktoren für den Erfolg verantwortlich zu sein und sich somit positiv zu ergänzen. Will man – weitgehend vorhersagbar – Knochenabbau vermeiden, muss jeder einzelne Parameter berücksichtigt werden. Darüber, wie stark der Einfluss des jeweiligen Parameters ist, lässt sich sicherlich diskutieren, aber keine „evidenzbasierte“ Aussage treffen. Hierzu ist das einzelne Individuum Patient zu verschieden.

Unter diesen Kautelen kann NobelActive™ als ein Implantatsystem bezeichnet werden, das einem Behandler vielfach die Insertion in transversal atrophierte Kieferbereiche bei gleichzeitigem Erhalt des ortständigen Knochens ermöglicht und damit eine langzeitstabile Basis für eine festsitzende Versorgung legt (Abb. 6).ⁿ



KONTAKT

Dr. med. dent. Jörg Munack, M.Sc.
ZahnMedizinisches Team am Aegi
Hildesheimer Str. 6, 30169 Hannover
Web: www.zmtaa.de



Für okklusal
verschraubte Brücken
oder Stegversorgungen
auf 4 bis 6
Implantaten



Sub-Tec Multi^{Plus}
Pfosten gerade



Sub-Tec Multi^{Plus}
Pfosten 30°



Sub-Tec Multi^{Plus}
Pfosten 20°

Christoph Staufenbiel
Produktmanager/ZTM
BEGO Implant Systems

Systemaufbauten einer neuen Generation

Multi^{Plus}-Konzept – bei großen Implantatdivergenzen

- Leistungsfähige Implantat-Prothetik-Verbindung für stabile periimplantäre Knochenkonditionen
- Unterschiedlich abgewinkelte Aufbauten in verschiedenen Gingivahöhen zur Versorgung individueller Bedürfnisse
- Große Komponenten-Auswahl für bedingt abnehmbare verschraubte Prothetik
- Sterile Lieferung ausgewählter Komponenten für Sofortversorgungen

Eine große Auswahl an weiteren Prothetik-Komponenten finden Sie unter
www.bego-implantology.com

Miteinander zum Erfolg

Langzeitstabilität und Ästhetik mit Implantatversorgung

Herausforderung Sofortimplantation und -versorgung im Frontzahnbereich

Der Patient stellt bei Frontzahnrestaurationen hohe ästhetische Ansprüche an den Zahnarzt. Sowohl Stabilität und Funktion als auch eine optimale rot-weiße Ästhetik sollten gegeben sein. Mit möglichst atraumatischer Sofortimplantation und einer unmittelbaren provisorischen Versorgung kann das gewünschte Therapieziel erreicht werden. Die Grundlagen für den Erfolg sind u.a. das Makrodesign des Implantats und das Operationsprotokoll.

Dr. Patric Renner/Goldbach

An der Front stehen heißt, übertragen auf das zivile Leben, ganz vorn und somit im Blickfeld der Umgebung zu sein. Die Frontzähne haben, bedingt durch ihre Stellung, einen erheblichen Einfluss auf den visuellen Eindruck eines Gesichts. Insofern ist dies für die Patienten ein sensibler Bereich. Bei allen Korrekturen in dieser Region stellt der Patient hohe Ansprüche an den Zahnarzt. Zwischen der rot-weißen Ästhetik des implantatgetragenen Zahnersatzes und der natürlichen Bezahnung sollte kein Unterschied zu sehen sein. Um dem Patienten berechtigte Hoffnung auf das gewünschte Ergebnis machen zu können, müssen mehrere Faktoren zusammenkommen. Neben entsprechenden gesundheitlichen und anatomischen Voraussetzungen des Patienten kommt dabei dem Implantatsystem eine entscheidende Rolle zu.

Die Grundlagen für den Erfolg sind das Makrodesign des Implantats und das Operationsprotokoll. Sie helfen, den unerwünschten Abbau von Knochen und die darauf unweigerlich folgende Rezession der Weichgewebe zu verhindern. Vorausgesetzt, der Patient arbeitet entsprechend mit. Beim Ersatz von einzelnen Zähnen kann mit einer möglichst atraumatischen Sofortimplantation und der unmittelbaren provisorischen Versorgung das gewünschte Therapieziel erreicht werden. Von erheblichem Vorteil ist es, wenn schon zu diesem Zeitpunkt ein definitiver Keramikaufbau – „one abutment one time“ – verwendet wird.

Nach der Eingliederung sehen die meisten Restaurationen gut aus. Was ist jedoch nach ein paar Jahren? Das

Therapieziel kann erst dann als erreicht angesehen werden, wenn auch nach langer Zeit das anfängliche Ergebnis stabil ist. Dies ist ohne ein dauerhaft erhaltenes Hart- und gesundes Weichgewebe nicht zu erreichen. Die Unterstützung des Weichgewebes kann, ebenso wie die funktionellen Aspekte, schon in der Planungsphase berücksichtigt werden. So sind ein girlandenförmiger, narbenfreier Gingivaverlauf, harmonisch ausgebildete Interdentalpapillen und ausreichend keratinisierte Gingiva wichtige Parameter für die Ästhetik. Diese werden jedoch entscheidend beeinflusst vom Implantatdesign und der vertikalen Positionierung der Implantatschulter. Die Materialeigenschaften sowie die Konstruktionselemente der Aufbauteile spielen ebenfalls eine Rolle. Weitere Faktoren sind eine optimale Funktion und vor allem die auch materialbedingte Langlebigkeit und Biokompatibilität der Restauration.

TissueCare: Verlässlichkeit eines Konzepts

Ob das gewünschte ästhetische Ergebnis erzielt wird, hängt auch davon ab, inwieweit sich die „biologische Breite“ als immunkompetentes Gewebe an der Durchtrittsstelle des Implantats etablieren und stabilisieren lässt. Ein bakteriendichtes und – aufgrund des Platform Switchings – in die Horizontale verlagertes Implantat-Abutment-Interface wie beim ANKYLOS-Implantat bietet hierfür günstige Voraussetzungen. Die spaltfreie, form- und kraftschlüssige Konusverbindung zwischen

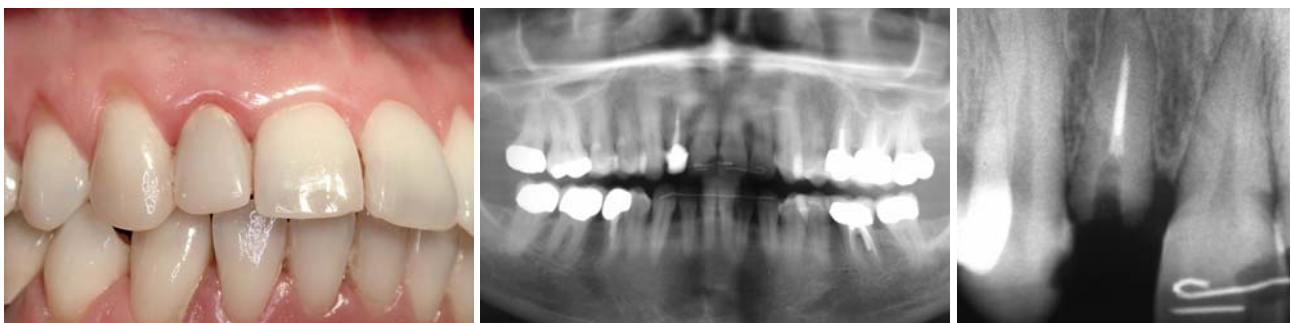


Abb. 1 und 2: Die Ausgangssituation. – **Abb. 3:** Die Einzelaufnahme von Zahn 12 zeigt die defekte Wurzelfüllung und eine leichte apikale Transluzenz mit Verdacht auf chronische apikale Ostitis.

Genesis, Become a biomimetic addict *

* Geben Sie sich der Faszination Biomimese hin



Genesis, das Biomimetic Implantatsystem

Genesis, das biomimetische Implantatsystem, ist durch sein Design der Natur nachempfunden. Der AnaTite™ pinkfarbene Implantatthals und die Abutments imitieren den natürlichen Farbton der Gingiva für sofortige und langanhaltende Ästhetik. Sein Doppelgewinde lässt die Sofortversorgung zu, die makro-mikro-nano hydrophile BioSpark™ Oberfläche imitiert das natürliche Knochengewebe. Das Genesis System ist so vorhersagbar, dass die Smile Trust™ lebenslange Garantie bereits am ersten Tag beginnt.

- **Ästhetik**
- **Sofortversorgung**
- **Schnelle Osseointegration**
- **Smile Trust™ Lebenslange Garantie**



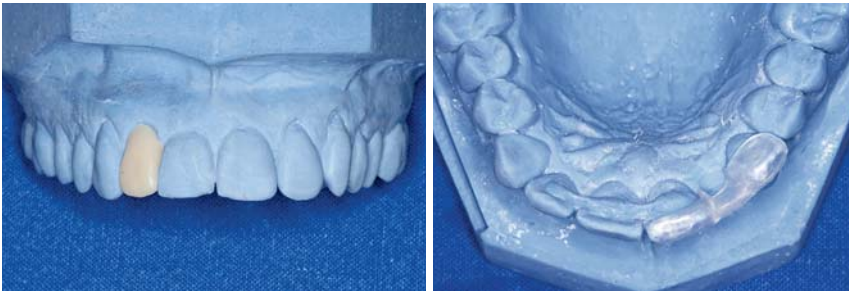


Abb. 4: Das Situationsmodell mit dem Wax-up. – **Abb. 5:** Die Positionierungshilfe.

Implantat und Aufbau bleibt frei von bakterieller Besiedlung. Eine apikal gerichtete Migration des epithelialen Gewebes und der Abbau des periimplantären Knochens werden verhindert. Unter solchen Voraussetzungen kann das Implantat auch subkrestal inseriert werden. Aufgrund der mikrostrukturierten Implantatschulter wächst der Knochen über die Implantatschulter an das Interface zum Abutment. Durch den Erhalt des interdentalen Septums sind die Grundlagen für eine dauerhafte, knöcherne Abstützung der Gingiva und ein natürliches Emergenzprofil gelegt.

Sofortimplantation und Sofortversorgung: Die Vorteile überwiegen

Besonders unter dem Gesichtspunkt der Ästhetik des Weichgewebes bietet die Sofortimplantation – mit einem wurzelförmigen Implantatkörper und einem entsprechenden parallelwandigen Kompressionsgewinde – Vorteile. Wenn so atraumatisch und gewebeschonend wie möglich extrahiert und unmittelbar danach das Implantat inseriert wird, bleibt der Alveolarfortsatz erhalten. Der sonst in der Regel eintretende Verlust wichtiger Hart- und Weichgewebestrukturen lässt sich vermeiden. Zudem verringern sich für den Patienten Behandlungsdauer und -stress. Eine unmittelbare Unterstützung der Architektur des Weichgewebes wird erreicht, wenn möglichst rasch der definitive Aufbau eingeschraubt und mit einer provisorischen Krone versorgt wird. Der Effekt gleicht dem eines transgingival gesetzten, einteiligen Implantats, jedoch mit allen Vorzügen der flexiblen, prothetischen Restauration eines zweiseitigen Implantats.

Fallbeispiel

Behandlungsplanung

Im August 2004 stellte sich die 43-jährige Patientin zum ersten Mal in der Praxis vor. Sie klagte über leichte Beschwerden in Regio 12. Der Gingivasaum war leicht gerötet und der Zahn perkussions- und aufbissemempfindlich (Abb. 1). Die Re-

tainer waren vor rund 16 Jahren im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung eingesetzt worden. Zahn 12 war alio loco mit einem gegossenen Stift und einer Metallkeramikkrone versorgt worden (Abb. 2). Schon zweimal hatte sich der Stift samt Krone gelöst und wurde wieder befestigt. Funktionelle Beschwerden, allgemeine Vorerkrankungen oder Allergien lagen nicht

vor, auch der PA-Status war unauffällig. Im Röntgenbild zeigte sich am Zahn 12 eine nicht ganz vollständige Wurzelfüllung (Abb. 3). Apikal lag eine leichte Transluzenz vor. Außerdem bestand der Verdacht auf einen Haarriss im Bereich der Wurzel. Zahn 12 war nicht mehr erhaltungswürdig. Die Patientin wurde umfassend über die Möglichkeiten der Versorgung aufgeklärt. Sie entschloss sich aus ästhetischen Aspekten, aber auch wegen des Substanzerhalts der Nachbarzähne, für den implantologischen Eingriff. Hinzu kam die Aussicht auf eine kurze Behandlungsdauer. Angestrebt wurde eine Sofortversorgung mit einer provisorischen Krone auf einem definitiven Aufbau. Für diese Möglichkeit war sie bereit, einen Tag lang „zahnlos“ zu sein. Als endgültige Restauration war eine Vollkeramikkrone vorgesehen.

Präoperativ: Provisorium und Bohrschablone

Für die provisorische Versorgung wurde präoperativ am Situationsmodell Zahn 12 radiert und ein Wax-up in ästhetisch korrekter Position im Zahnbogen aufgestellt (Abb. 4). Die Situation wurde mit Vor- und Rückwall festgehalten und eine Bohrschablone als Positionierungshilfe für die exakte Insertion angefertigt (Abb. 5). Der reduzierte Silikonschlüssel lieferte die Vorlage für eine



Abb. 6: Schonendes Aufbereiten des Implantatlagers. – **Abb. 7:** Mit Einzelknopfnahm am Sulcusformer adaptiertes Weichgewebe.

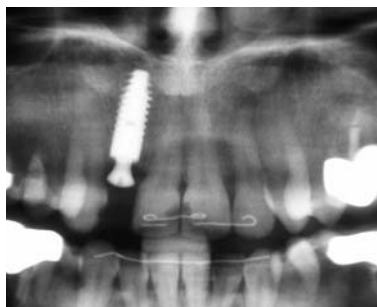


Abb. 8: Situation unmittelbar nach der Insertion. – **Abb. 9:** Die Ausrichtung des Implantats ist am Übertragungsaufbau erkennbar.



Hinter jedem erfolgreichen
Implantologen steht ein Implantmed



QR-Code
mit dem
Mobiltelefon
scannen und
mehr über das
Implantmed
erfahren



NEU

Mit dem neuen Implantmed führen Sie implantologische Eingriffe mit höchster Präzision durch. Die Antriebseinheit ist einfach zu bedienen und garantiert ein längeres Arbeiten ohne Ermüderserscheinungen – dank des leichten, jedoch leistungsstarken Motors und des ergonomisch geformten Winkelstücks. Und bei besonders hartem Knochen unterstützt Sie die integrierte Gewindeschneide-Funktion.

implantmed



Abb. 10: Die provisorische Krone auf dem individualisierten, definitiven Zirkonaufbau (ANKYLOS-Cercon-Balance). – **Abb. 11:** Das Provisorium einen Tag nach der Eingliederung. Die Nähte sind bereits entfernt.



Abb. 12 und 13: Bei der Kontrolle nach drei Monaten zeigt sich eine reizlose und stabile Gingiva.

anatomisch orientierte Form des definitiven Aufbaus, um danach im Labor präoperativ ein passendes Kunststoffprovisorium anfertigen zu können.

Atraumatisch extrahiert und funktional-ästhetisch inseriert

Noch im Dezember 2004 wurde der Eingriff in Lokalanästhesie durchgeführt. Die weitgehend atraumatische Extraktion mit einem Periotom schont die labiale

Knochenlamelle. Nachdem die Extraktsalveole apikal sorgfältig von Granulationsgewebe gesäubert war, wurde das Implantatbett gemäß Protokoll leicht nach palatinal konditioniert (Abb. 6). Die Insertion des ANKYLOS-Implantats (B 14) erfolgte leicht subkrestal. So wird die vorhandene Schleimhautdicke nicht unnötig reduziert. Der Implantatdurchmesser war so gewählt, dass der in der Literatur empfohlene mesiodistale Abstand zu den Nachbarzähnen von 2 mm eingehalten werden konnte. ANKYLOS mit seinem progressiven, kondensierenden Gewindedesign verdichtete den Knochen, sodass die erforderliche Primärstabilität erreicht werden konnte. Augmentative Maßnahmen waren nicht erforderlich, die Jumping Distance lag unter 1,0 mm. Unmittelbar nach der Insertion wurde ein ANKYLOS-Balance-Sulkusformer eingedreht, um einem Kollabieren der Weichgewebe vorzubeugen (Abb. 7). Die exakte Position des

Implantats wurde mit einer postoperativen Kontrollaufnahme überprüft (Abb. 8). Die krestale Situation erlaubte, wie geplant, die provisorische Sofortversorgung. Nachdem die Naht gelegt war, wurde daher der Sulkusformer wieder entfernt und ein Übertragungsaufbau eingebracht (Abb. 9). Die Abformung erfolgte mit einem individuellen, offenen Löffel. Danach wurde der Sulkusformer wieder eingesetzt. Die Patientin verließ an diesem Tag die Praxis ohne ein Provisorium.



Abb. 14: Die klinische Situation nach fünf Monaten vor der Anfertigung der definitiven Krone. – **Abb. 15:** Zustand nach Entfernen des Provisoriums. – **Abb. 16:** Die Kappe aus Vollkeramik wurde bereits Monate zuvor zusammen mit dem individualisierten Aufbau angefertigt. Sie wird für die Abformung provisorisch befestigt.



Abb. 17: Die Abformung (Impregum) mit dem Käppchen. – **Abb. 18 und 19:** Die Keramikkrone auf dem Meistermodell und im Mund (Zahntechnikermeister Martin Zang, Goldbach). – **Abb. 20:** Das Kontrollbild der definitiven Versorgung zeigt sehr gut die exzellente Anlagerung des Knochens. Der Periotestwert betrug –4.

Wieder kräftig zubeißen können?
Äpfel sind bei uns kein Maßstab.



Kraft- und formschlüssige Verbindung

Übersichtlich und unkompliziert

Perfekte Passgenauigkeit

Hotline: 0 18 01 - 40 00 44

(3,9 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. 42 Cent/Min.)

Freefax: 0 80 00 - 40 00 44



 **HENRY SCHEIN®**
DENTAL

alphatech®
Implantate

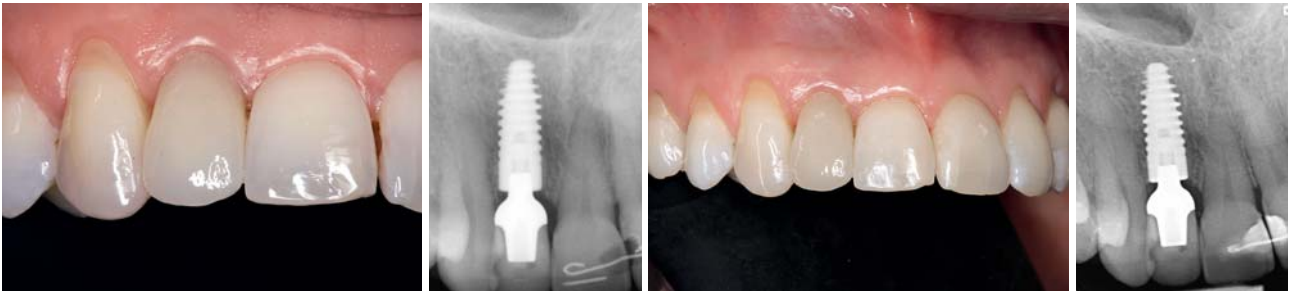


Abb. 21 und 22: Die Situation nach fast einem Jahr (März 2006). – **Abb. 23:** Klinische Situation ein weiteres Jahr später (Februar 2007). – **Abb. 24:** Am periimplantären Knochen sind auch fünf Jahre nach der Insertion noch keine Rezessionen erkennbar.

Definitives Abutment und provisorische Versorgung

Bereits am nächsten Tag lag vom Zahntechniker der definitive, vollkeramische Aufbau (ANKYLOS-Cercon-Balance klein) individualisiert vor (Abb. 10). Sulkusformer und Nähte wurden entfernt. Um das durch seine konische Anschlussgeometrie frei positionierbare Abutment exakt positionieren zu können, war ein Übertragungsschlüssel mitgeliefert worden. So konnte bereits ein Tag nach Implantation der definitive Aufbau eingebracht werden. Da mit dieser „one abutment one time“-Methode kein provisorischer Aufbau mehr entfernt werden muss, wird eine mögliche Irritation der Gingiva von vornherein vermieden. Das präoperativ im Labor angefertigte Kunststoffprovisorium wurde mit temporärem Kunststoffzement auf dem Abutment fixiert (Abb. 11). Um ein störungsfreies Einheilen des Implantats zu erreichen, hat das Provisorium keine okklusale Kontakte, weder in Statik noch in Dynamik. Auch die Approximalkontakte wurden mit Absicht weggelassen. Der Periotestwert („Tübinger Specht“) betrug –2. Die Patientin wurde eingehend darüber instruiert, den Frontzahnbereich zu schonen und nicht fest abzubeißen.

Fünf Monate später

Ein wichtiger Schlüssel zum funktionalen wie ästhetischen Erfolg ist der Zeitfaktor. Die oralen Gewebe brauchen ausreichend Zeit, um sich regenerieren und stabilisieren zu können. Ein anatomisches Design des Provisoriums unterstützt nicht nur die Weichgewebestrukturen. In Verbindung mit einem, ebenfalls anatomisch geformten, definitiven Abutment kann sich von Anfang an ein bakteriendichter Abschluss ausbilden, vergleichbar dem dentogingivalen Verschluss. Nach drei Monaten ist das Gewebe reizlos und das Implantat stabil eingeheilt (Abb. 12 und 13). Für die vollkeramischen Cercon-Aufbauten wird hochfestes, Yttriumoxid-stabilisiertes (Y_2O_3) Zirkoniumdioxid (ZrO_2) verwendet. Diese Hochleistungskeramik zeichnet sich nicht nur durch eine sehr hohe Festigkeit aus, sondern überzeugt auch durch hervorragende Ästhetik und Biokompatibilität. Die geringe Plaqueanlagerung senkt das Risiko von Weichgeweberezessionen. Im Mai 2005 wurde der definitive Zahnersatz angefertigt und eingegliedert. Dafür wurde zunächst das – zusammen mit dem Provisorium auf dem Originalaufbau bereits vorgefertigte – Vollkeramikhäppchen provisorisch mit Temp Bond Nogenol auf dem Cercon-Aufbau fixiert (Abb. 14 bis 16). Anschließend erfolgte eine Überabformung mit Im-

pregum (Abb. 17). Am 6. Juni 2005 wurde die in Überpresstechnik hergestellte Vollkeramikkrone aus leuzitverstärkter Glaskeramik adhäsiv eingesetzt (Abb. 18 und 19). Der Periotestwert lag bei –4. Die Röntgenkontrolle ergab keine Auffälligkeiten (Abb. 20).

Jahre später ...

Bei der Kontrolle ein Jahr später (Abb. 21) betrug der Periotestwert –3. Die auch aus diesem Anlass angefertigte, digitale Röntgenaufnahme zeigte stabile periimplantäre Knochenverhältnisse (Abb. 22). Die jährlich durchgeführten Kontrollen zeigten keine negativen Veränderungen an der Versorgung und den umgebenden Geweben (Abb. 23). Die Röntgenaufnahme vom Dezember 2009, also fünf Jahre nach der Implantation, belegt eindrucksvoll die stabilen Knochenverhältnisse (Abb. 24). Die Grundvoraussetzungen für den ästhetischen Erfolg in der Frontzahnrestauration – ein auch nach Jahren girlandenförmiger Verlauf der Gingiva und schön ausgeprägte Interdentalpapillen – sind damit erfüllt.

Schlussbetrachtung

Die Sofortversorgung nach einer Sofortimplantation mit einer implantatgetragenen Einzelzahnkrone kann im ästhetisch sensiblen Frontzahnbereich als State of the Art bezeichnet werden. Vorausgesetzt, dass die entscheidenden Kriterien wie Patientenauswahl sowie Eignung des Implantatsystems und seiner Komponenten beachtet werden. Zudem sollte der Arzt über fundiertes Wissen über die periimplantären Strukturen und deren mögliche Veränderungen verfügen. Die Primärstabilität des Implantats und die Infraokklusion der provisorischen Krone sind, neben der Compliance des Patienten, weitere Erfolgsparameter. Werden diese Faktoren beachtet, lassen sich vorhersagbare, funktionelle, stabile und ästhetische Langzeitergebnisse erzielen. n

KONTAKT

Dr. Patric Renner

Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Spezialist für Implantologie (EDA)
Schwerpunkt Ästhetische Zahnheilkunde (DGÄZ)
Hauptstraße 48, 63773 Goldbach
Web: www.renner-brueckner.de



Schmal und stabil.



Sichere Implantatinsertion in Bereichen mit geringem Platzangebot.

Maximale Materialfestigkeit und stabile, passgenaue Verbindung.

Hohe Primärstabilität selbst bei ungünstigen Knochenverhältnissen.

NEU

Ø 3,0 mm für geringes Platzangebot

NobelActive 3.0 ist die Lösung für Sie. Dieses einzigartige Implantat ist die ideale Lösung bei begrenztem Platzangebot im Frontzahnbereich. Die Vorgehensweise beim Bohren ist so konzipiert, dass möglichst viel Knochen erhalten bleibt. Gleichzeitig kann durch das Design des Implantats und des Gewindes eine Verdichtung des Knochens und somit eine höhere Primärstabilität erzielt werden. Dank der selbstbohrenden Implantatstipitze kann die Implantatposition angepasst werden, um eine optimale

Ausrichtung der prothetischen Versorgung zu erreichen. NobelActive 3.0 ermöglicht durch die konische Innenverbindung und das integrierte Platform Switching Versorgungungen mit einer hervorragenden Ästhetik. Seit 45 Jahren sind wir ein Innovator auf dem Gebiet der Zahnmedizin – wir haben die Erfahrung, Ihnen zukunfts-sichere und zuverlässige Konzepte für eine effektive Patientenbehandlung anbieten zu können. **Ihr Know-how, unsere Lösungen – für das Lächeln Ihrer Patienten.**



Weitere Informationen erhalten Sie unter **0221 50085-590** oder besuchen Sie unsere Website unter **nobelbiocare.com/active3**.



3-D-gesteuerte Implantation mit Sofortbelastung im ästhetischen Bereich

Eine minimalinvasive Behandlung in allen Bereichen der Medizin ist stets Patientenwunsch. In der Implantologie ist dieses heute bei Anwendung der zur Verfügung stehenden digitalen und konventionellen Techniken umsetzbar, wenn diese ineinandergreifend im Team der Behandler für den Patienten eingesetzt werden, wie dargestellte Kasuistik zeigt.

Dr. Dr. Rainer Fangmann, M.Sc. Implantologie/Wilhelmshaven

n Bei dem nachfolgenden Fall handelt es sich um eine 66-jährige norddeutsche Nichtraucherin in gutem allgemeinen Gesundheits- und Ernährungszustand. Die Patientin steht in keiner medikamentösen Behandlung und hat keine Allergien.

Orale und dentale Anamnese

Die Patientin weist zahlreiche Füllungen mit unterschiedlichen Materialien nebeneinander auf sowie multiple prothetische Versorgungen bei altersentsprechendem Gebiss mit zum Teil bestehenden Lücken. Die Patientin präsentierte sich mit einer Erwachsenen-Parodontitis. Sie gab an, dass die durch die Parodontitis verursachte Entzündung in den letzten Jahren die Kosten beim Hauszahnarzt gesteigert habe. Sie wurde jetzt, nach parodontalbedingtem Verlust des Frontzahnes 21 im Oberkiefer, an mich überwiesen. Seitens der Patientin bestand der Wunsch nach einer Rehabilitation durch festsitzenden Zahnersatz. Eine darüber hinausgehende Rehabilitation wurde aus wirtschaftlichen Gründen mehrfach von ihr abgelehnt.

Klinische Untersuchung

Die klinische Untersuchung zeigte eine Zahnücke in Regio 21. Der Zahn 12 wies eine seit Jahren bestehende metallkeramische Kronenversorgung auf, der Zahn 11 ist mit zwei 3- bis 4-flächigen Kunststofffüllungen versehen. Im zweiten Quadranten besteht eine mesiale Anhängerbrücke 22–23–24. In Regio 21 zeigte sich ein durch parodontale Entzündungen bedingter Knochendefekt und in Regio 22 zudem, durch die überlange Zeit bestandene Brückengliedsituation, der typische Knochenabbau.

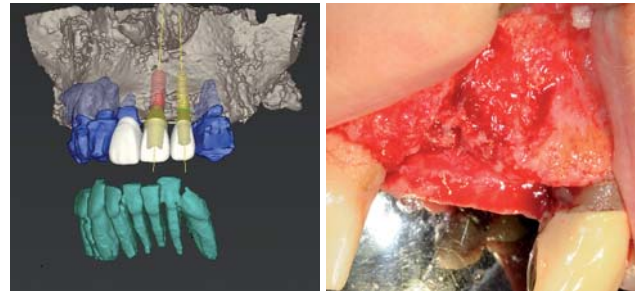


Abb. 1a: Räumliche Darstellung vor Augmentation. – Abb. 1b: Klinische Situation vor Augmentation.

Behandlungsplanung

Für die Schallücke Regio 21 und 22 wurde zunächst ein Knochenaufbau in Schalenteknik und der Einsatz von partikulärem autologen Material erwogen. Anschließend sollte eine 3-D-gesteuerte Implantation mit Sofortversorgung mittels Straumann® coDiagnostiX™ und Straumann® Guided Surgery Kit erfolgen. Die Beurteilung der Möglichkeit der Sofortbelastung bei entsprechender Primärstabilität der Implantate wurde über das Einbring-Drehmoment und den Osstell™ mentor-Wert beurteilt. Es wurde entschieden, in Regio 21 ein Straumann® Bone Level Implantat, Ø 4,1 mm, RC, SLActive® 12 bis 14 mm zu verwenden und in Regio 22 ein Straumann® Roxolid Bone Level Implantat, Ø 3,3 mm, NC, SLActive® 12 bis 14 mm (Abb. 1a und 2a).

Chirurgisches Augmentationsverfahren

Es wurde ein Mukoperiostlappen abgeklappt, um die Ausdehnung des Knochendefektes zu evaluieren (Abb. 1b). In Regio 21 zeigte sich der Zustand nach parodontal be-



Abb. 2a: Planungsansicht Regio 21. – Abb. 2b: Intraorale Ansicht präaugmentativ.

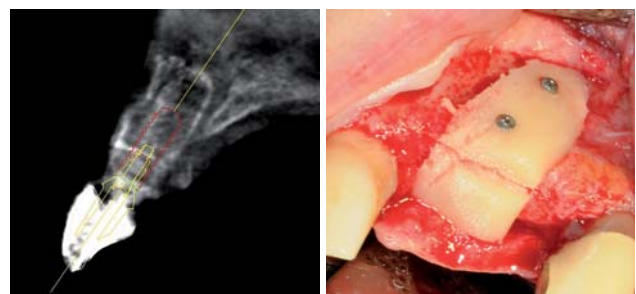


Abb. 3a: Planungsansicht Regio 22. – Abb. 3b: Augmentat in situ mit Osteosyntheseschrauben fixiert.

ADVANCED TISSUE-MANAGEMENT

The easy way to aesthetics.

PARASORB Sombrero®

RESODONT®

PARASORB® HD Cone

GENTA-COLL® HD Cone



RESODONT®

- ▶ natürlich quervernetzt, ohne chemische Zusätze
- ▶ besonders gut modellierbar, beidseitig verwendbar
- ▶ schnelle Integration im umgebenden Gewebe
- ▶ höchste Produktsicherheit und hervorragende Biokompatibilität

PARASORB Sombrero®

- ▶ Abdeckung und gleichzeitige Auffüllung der Alveole (Socket Preservation)
- ▶ bietet eine definierte Regenerationsmatrix
- ▶ bereits nach relativ kurzer Zeit Ausbildung eines stabilen knöchernen Implantatlagers
- ▶ Verbesserung der ästhetischen und funktionalen Langzeitergebnisse, vor allem im Frontzahnbereich

PARASORB® HD Cone GENTA-COLL® HD Cone

- ▶ sichere und schnelle Blutstillung
- ▶ Verminderung der Kieferkamatrophie
- ▶ optional mit antibiotischem Schutz für Risikopatienten (z.B. Diabetiker, Raucher, immunsupprimierte Patienten)

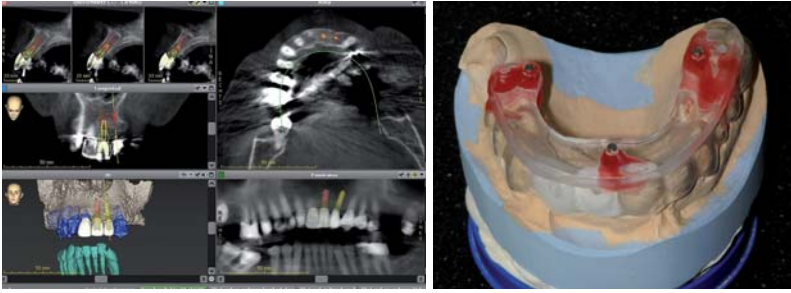


Abb. 4a: Darstellung der Planung mittels Straumann® coDiagnostiX™. – **Abb. 4b:** Schablone der Straumann® coDiagnostiX™ Planung.



Abb. 5: Bohrschablone. – **Abb. 6:** Bohrschablone auf Modell.

dingtem Zahnverlust mit dem entsprechenden ossären Alveolarkammdefekt in horizontaler und vertikaler Höhe. Es wurde Knochen aus der Retromolarregion links mittels des Piezotoms 2 (Acteon Germany GmbH, Mettmann) entnommen und dem Defekt angepasst (Abb. 2b) sowie zusätzlich partikuläres Knochenmaterial mittels des Safescraper® (Meta Advanced Medical Technology C.G.M. S.p.A., Reggio Emilia, Italien). Die Knochenplatten wurden mit Osteosyntheseschrauben, \varnothing 1,0 mm (Gebrüder Martin GmbH & Co. KG, Tuttlingen) fixiert (Abb. 3b) und mit partikulärem autologem Material überschichtet. Danach erfolgte nach diskreter Periostschlitzung der speicheldichte Wundverschluss.

Präimplantologische Diagnostik und Guided Surgery Implantation

Drei Monate nach der ossären Augmentation erfolgte die Abformung für die geplante DVT-Aufnahme als Vorbereitung der Straumann® coDiagnostiX™ Planung (Abb. 4b) mit der infolge durchzuführenden Straumann® Guided Surgery Implantation. Hierzu wird der 3-D-Datensatz (DICOM) des DVTs direkt in die Planungssoftware importiert. Die Implantate werden unter Berücksichtigung der Patientenanatomie und des gewünschten prothetischen Ergebnisses positioniert. Nach Abschluss der Implantatplanung liefert die Software den Plan für die Herstellung der Bohrschablone mit dem gonyX™ und den chirurgischen Plan für das Straumann® Guided Surgery Kit. Die 3-D-Planung ergab die Umsetzung der Behandlungsplanung mit 14 mm Straumann® Bone Level Implantaten (Abb. 3a und 4a).

Die Bohrschablone (Abb. 5) wird mit dem Straumann® gonyX™ entsprechend des Schablonenplans hergestellt, der von coDiagnostiX™ für jedes Implantat geliefert wird. Die Bohrschablone enthält die Bohrhülsen, die die chirur-

gischen Instrumente führen. Es wurde die Scanschablone zur Bohrschablone umgearbeitet. Zudem kamen Kunststoffhülsen und keine Titanhülsen zum Einsatz, da aus der Bohrschablone am Ende die Abdruckschablone werden sollte (Abb. 6).

Nach Reentry mit Abklappen des Mukoperiostlappens (Abb. 7) wurden zunächst die Osteosyntheseschrauben entfernt (Abb. 8). Nach Fixierung der Bohrschablone im Mund der Patientin wurde das Implantatbett mit den geführten Instrumenten präpariert (Abb. 9) und dann die Implantatinserterion vorgenommen. Das von der Planungssoftware gelieferte chirurgische Protokoll gibt an, welche Instrumente für die Präparation in jeder Implantatposition benötigt werden. Danach erfolgte nach Entfernung der Bohrschablone die Überprüfung der Implantatstollen mit entsprechenden Tiefenmesslehren (Abb. 10). Nun wurden die Implantate inseriert. Nach Entfernung der

Einbringhilfen wurden die Abdruckpfosten für eine offene Abformung eingebracht (Abb. 11). Es erfolgte die erneute Einsetzung der Bohrschablone, die nun die Funktion des Abdrucklöffels übernimmt. Die Abdruckpfosten werden mittels eines selbsthärtenden Kunststoffs aus einer Kartusche (VOCO Struktur 2 SC, VOCO GmbH) mit dem Abdrucklöffel (gleich Abdruckschablone ehemals Bohrschablone) verbunden (Abb. 12). Nach Abdrucknahme wurden die Verschlusschrauben auf die Implantate gesetzt und die Patientin mit dem von basal ausgeschliffenem Interimsersatz provisorisch versorgt.

Laborverfahren

Die den Abdruckpfosten entsprechenden Manipulierimplantate wurden in den Abdruck gesetzt. In das ursprüngliche Gipsmodell wurden seitens des Zahntechnikers für die beiden Manipulierimplantate ausreichend große Stollen in das Gipsmodell getrieben und mit Gips fixiert. Nach Aushärtung wurde mit der Herstellung des sofortigen provisorischen Zahnersatzes für diese Schallücke im ästhetischen Bereich begonnen. Es kamen Straumann® Provisoriumsekundärteile RC und NC zur Anwendung. Die Provisoriumsekundärteile

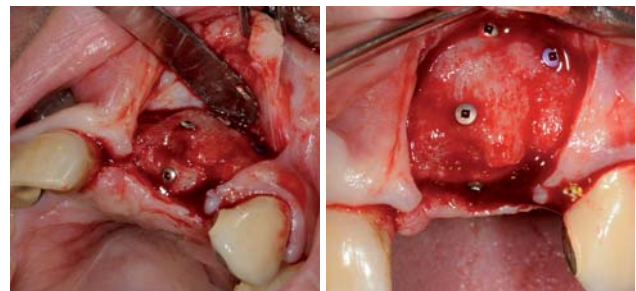


Abb. 7: Reentry mit Abklappen des Mukoperiostlappens. – **Abb. 8:** Osteosyntheseschrauben in situ.



HI-TEC IMPLANTS

Nicht besser, aber auch nicht schlechter



NEU

89,-*

*inkl. Verschlusschraube

VISION

VISION

Konisches wurzelförmiges Implantat mit Tri-Lobe Rotationsschutz



NEU

89,-*

*inkl. Verschlusschraube

LOGIC

LOGIC

Selbstschneidendes knochenverdichtendes Implantat mit Platform-Switching und Innen-Hex



89,-*

*inkl. Verschlusschraube

Self Thread

Self Thread

Konisches selbstschneidendes Doppelgewinde-Implantat



79,-

Tite-Fit

Tite-Fit

Einphasiges Implantat



59,-

TRX

TRX

Sofortbelastungs-Implantat



65,-

TRX-OP

TRX-OP

Einteiliges Sofortbelastungs-Implantat



65,-

TRX-TP

TRX-TP

Sofortbelastungs-Implantat mit abnehmbarem Kugelkopf-Attachment

ohne Abbildung: Mini-Implantate
2,4 mm Ø mit und ohne Kugelkopf-Aufbau

Internationale Standards und Zertifizierungen **FDA, CE, ISO 9001:2000, CMDCAS**

Beispielrechnung*
*Einzelzahnversorgung Komponentenpreis

Implantat (Vision, Logic, Self Thread).....	89,-
Abheilpfosten.....	15,-
Einbringpfosten=Abdruckpfosten.....	0,-
Modellimplantat.....	12,-
Titan-Pfosten.....	39,-
Gesamtpreis zzgl. MwSt.	€ 155,-

Das HI-TEC Implantatsystem bietet allen Behandlern die **wirklich** kostengünstige Alternative und Ergänzung zu bereits vorhandenen Systemen. Kompatibel zu führenden internationalen Implantatsystemen.



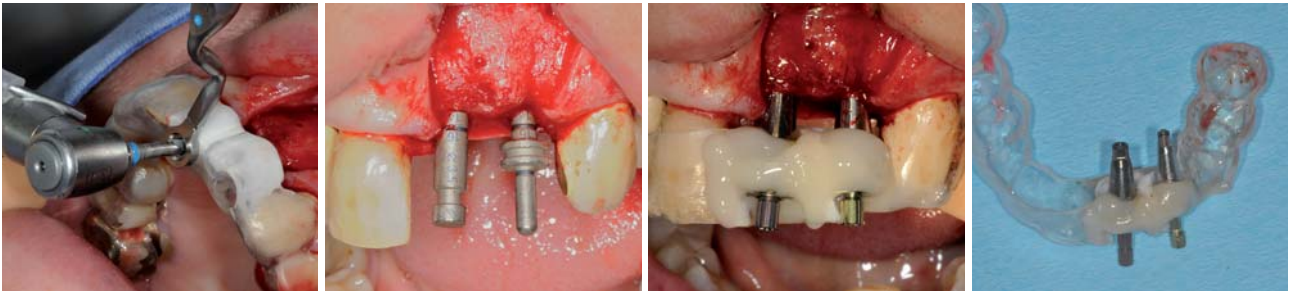


Abb. 9: Geführte Implantatstollenaufbereitung. – **Abb. 10:** Überprüfung der Implantatstollen mit entsprechenden Tiefenmesslehren. – **Abb. 11:** Abdruckpfosten in Abdruckschablone mittels eines selbsthärtenden Kunststoffs intraoral fixiert. – **Abb. 12:** Abdruckpfosten in Abdruckschablone.



Abb. 13: Temporäre Restauration des provisorischen Doppelkronenblocks. – **Abb. 14:** Gingivasisituation nach Entfernung der temporären Restauration. – **Abb. 15:** Individualisierte RC- und NC-Abdruckpfosten. – **Abb. 16:** Individualisierte RC- und NC-Abdruckpfosten in situ.

wurden vom Zahntechniker bearbeitet, darauf das Provisorium als Doppelkronenblock hergestellt und abschließend poliert. Zahntechnisch wurde eine idealisierte konvexe ponticartige Doppelkronengestaltung mit deutlicher Separation für die Interdentalpapille angestrebt.

Einsetzen der provisorischen Komponente

24 Stunden später und nach Sterilisation des provisorischen Doppelkronenblocks wurde dieser eingesetzt (Abb. 13). In jeden der Schraubenkamine wurde zunächst ein in 0,2 % Chlorhexidin getränktes Schaumstoffpellet eingeführt und dieser dann mit lighthärtendem Kunststoff (Tetric EvoFlow) verfüllt. Es wurde der Kontakt mit der Gegenkieferbeziehung in allen Richtungen vermieden. Der Patientin wurde empfohlen, in den ersten Wochen nur weiche Speisen zu essen und das Abbeißen zu vermeiden. Zudem wurde ihr ein Antibiotikum (Clindamycin 300 mg 3/d über vier Tage) verordnet und die Anweisung gegeben, prophylaktisch eine Chlorhexidin-Mundspüllösung (0,2 %) zu verwenden. Die Nahtentfernung erfolgte zehn Tage postoperativ.

Definitive Versorgung

Nach einer Osseointegrationszeit von mehr als sechs Monaten wurde die temporäre Restauration (Abb. 14) entfernt und mittels des Osstell™ mentors die Integration der Implantate evaluiert. Die inserierten Implantate zeigten eine zehnpromtente Zunahme des ISQ-Wertes und damit eine gute Osseointegration. Bei einer Sofortversorgung bzw. -belastung wird stets die klassische Einheilungsphase (Oberkiefer sechs Monate und Unterkiefer drei Monate – Empfehlung DGI) aus forensischen Gründen abgewartet. Das Weichgewebe war optimal abgeheilt und ausgeformt. Somit konnte als Abschluss der mund-, kiefer- und gesichtschirurgischen Behandlung die Herstellung der individuellen Abdruckpfosten (Abb. 15) erfolgen und seitens der überweisenden Hauszahnärztin mit der definitiven Versorgung begonnen werden.

Hier wurden zunächst die kunststoffverschlossenen Schraubenkamine eröffnet und dann der temporäre Doppelkronenblock entfernt. Der individualisierte RC- und NC-Abdruckpfosten für offene Löffel wurde auf die Implantate gesetzt (Abb. 16) und eine definitive Abformung vorgenommen. Es wurden die entsprechenden



Abb. 17: Definitive Abformung mit Manipulierimplantaten. – **Abb. 18:** Individuell gefräste Sekundärteile. – **Abb. 19:** Metallgerüste von palatinal auf dem Modell. – **Abb. 20:** Fertiggestellte Restauration von vestibulär.

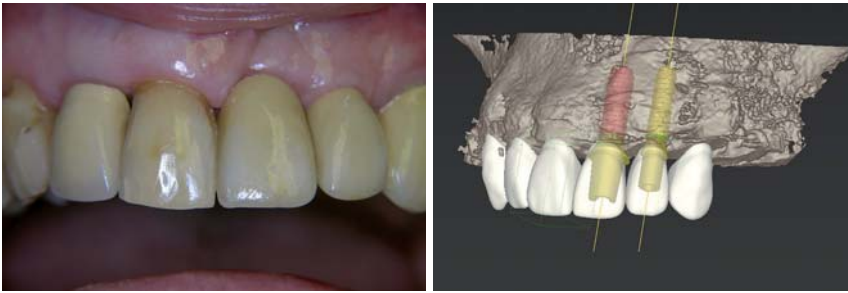


Abb. 21: Abschlussituation. – Abb. 22: Räumliche Darstellung nach Augmentation.

Manipulierimplantate in den Abdruck gesetzt (Abb. 17). Dann wurde die Schleimhautmaske vorbereitet und der Abdruck mit Superhartgips ausgegossen. Die Modelle wurden in den Artikulator montiert. Die Entscheidung fiel auf CAD/CAM-gefertigte, individuelle Sekundärteile aus Titan. Über einen Straumann® Scan-Service sollen die Modellationen digitalisiert werden. Die verankerte Modellierhilfe sichert präzise Modellation auch mit Pattern Resin zu (GC Pattern Resin LS Liquid, GCEUROPE N.V. Interleuvenlaan 13) und ermöglicht aufgrund einer geringen Profilhöhe eine besonders ästhetische Lösung bei exakter Anpassung an das Weichgewebe. Die individuell gefrästen Sekundärteile (Abb. 18) wurden direkt in das Dentallabor gesendet. Im nächsten Arbeitsschritt wurden die Metallgerüste hergestellt (Abb. 19) und entsprechend der Farbauswahl verblendet (Abb. 20). Das endgültige Aussehen der Restauration zeigt Abbildung 21.

Schlussfolgerung

Es konnte mit dem vorliegenden Fallbeispiel gezeigt werden, wie wenig der Patient in der minimalinvasiven Implantologie mit Abdrucktechnik belastet wird. Dies wird bei geschickter Anwendung aller Techniken und deren ineinandergreifendes Zusammenspiel, von der 3-D-Planung über die Guided Surgery bis hin zur provi-

sorischen zahntechnischen Restauration und letztendlich der definitiven abschließenden Prothetik, an diesem Fallbeispiel deutlich. Der rasante Fortschritt in der Computertechnologie, insbesondere im Bereich der Hard- und Softwareentwicklung, wie auch die Verfügbarkeit hochinnovativer Werkstoffe lassen zukünftig weitere neue Fertigungswege und Behandlungskonzepte erwarten. Dabei bietet uns die konventionelle Zahnmedizin und Zahntechnik in Kombination mit den heutigen digitalen Möglichkeiten bereits Wege der minimalinvasiven Behandlung an, wie gezeigt. [n](#)

Danksagung

Ich danke der Zahnarztpraxis Cordula Picht, Jever, für die Überweisung der Patientin und die prothetische Versorgung in Zusammenarbeit mit ihrem Zahntechnikermeister Herrn Holger Buchholz, Vareler Dentaltechnik GmbH & Co. KG/Varel. Mein besonderer Dank gilt Herrn Zahntechnikermeister Norbert Hespe, Hespe & Bath Dentaltechnik GbR/Wilhelmshaven, für die Unterstützung bei der 3-D-Planung, Schablonenherstellung und der Anfertigung der provisorischen Versorgung. Nur durch kontinuierliche und enge Zusammenarbeit mit den überweisenden Zahnarztpraxen und den Zahntechniklaboratorien sind derartige Ergebnisse möglich.

KONTAKT

Dr. Dr. Rainer Fangmann, M.Sc. Implantologie

Facharzt für MKG-Chirurgie
Gesundheitszentrum St. Willehad
Luisenstr. 28
26382 Wilhelmshaven
E-Mail: drfangmann@gmx.de



ANZEIGE

REMOTi

mplant

Implantat-Reinigungs-Paste
RDA < 7

Lang anhaltender
Schutz des Zahnimplantats
durch wirksame Reinigung:
schonend und professionell
ohne Bimsstein, ohne Fluorid
mit Xylitol und CHX

lege artis Pharma GmbH + Co. KG, D-72132 Dettenhausen
Tel.: +49 (0) 71 57 / 56 45 - 0, Fax: +49 (0) 71 57 / 56 45 50
E-Mail: info@legeartis.de, Internet: www.legeartis.de

Herausnehmbar oder festsitzend?

Festsitzender Zahnersatz stellt nicht immer die beste Wahl dar. In Anbetracht des möglichen Kostenaufwands und der psychischen wie physischen Belastung der Patienten kann auch implantatgestützter herausnehmbarer Zahnersatz eine sinnvolle Alternative sein. Mithilfe verschiedener Patientenfälle soll gezeigt werden, welcher Kriterien es bedarf und wann eine festsitzende Versorgung nicht mehr realisierbar ist.

Dr. Fred Bergmann/Viernheim

Die Entwicklungen im Bereich der Implantatsysteme und -materialien haben dazu geführt, dass der Einsatz von Implantaten nahezu jeder Patientengruppe offen steht. War die Alterszahnmedizin früher mit einfachen Konstruktionen und reduzierten Behandlungszielen oder Reparaturmaßnahmen verbunden, so eröffnen Implantate der Gruppe der älteren Patienten neben einer Verbesserung der Kaufähigkeit gegenüber konventionellen prothetischen Lösungen auch den Zugang zu Lifestyle, ästhetisch ansprechenden Versorgung und deutlich verbesserter Lebensqualität.¹⁻³ Nicht immer jedoch können und müssen diese Therapieziele mittels eines festsitzenden, implantatgetragenen Zahnersatzes erreicht werden.

Wägt man Aufwand, Risiken, Kosten und Ergebnis gegeneinander ab, stellt eine herausnehmbare Lösung auf Implantaten ohne die aufwendigen chirurgischen Kompensationstechniken eine weitere, erfolgreiche und für den Patienten zufriedenstellende Alternative dar. In dem folgenden Überblick soll anhand verschiedener Patientenfälle beispielhaft demonstriert werden, dass diese Möglichkeit nicht nur denkbar, sondern beinahe die einzige sinnvolle Rehabilitation ist.

Herausnehmbare vs. festsitzende Restaurationen

Der Zeit- und Kostenaufwand nimmt mit den zusätzlich notwendigen Eingriffen deutlich zu. Darüber hinaus steigt die physische und psychische Belastung für den Patienten. Die Zahl der Patienten, die tatsächlich eine absolute „High-End-Versorgung“ mit allen möglichen Maßnahmen haben möchten, ist in der täglichen Praxisroutine eher gering (Abb. 1).

In der Implantatprothetik werden herausnehmbare von festsitzenden Restaurationen differenziert. Die Entscheidung für die eine oder gegen die andere Variante wird häu-

fig mittels statischer und funktioneller Parameter, wie Größe und Lokalisation der Lücke der zu ersetzenden Zähne, Implantatanzahl sowie Situation des vorhandenen Knochen- und Weichgewebes, getroffen. Darüber hinaus sind aber auch persönliche Vorlieben des Patienten, Aufwand und Erfolgsaussichten individueller Lösungen sowie pekuniäre Aspekte nicht zu unterschätzende Faktoren bei der Identifizierung der sinnvollsten Versorgung, die immer patientenspezifisch erfolgen muss. Es ist darüber hinaus von entscheidender Bedeutung, in welcher Situation sich der Patient aktuell befindet. Steht er mitten im Leben? Hat der Verlust eines Zahnes dazu geführt, dass lediglich die Zahnreihen nicht mehr geschlossen sind? Oder ist ein entscheidender Pfeiler verloren gegangen und eine festsitzende Versorgung, abgestützt ausschließlich auf natürlichen Zähnen, nicht mehr möglich? Für diesen Patienten bedeutet es ein absolut einschneidendes Erlebnis, plötzlich einen „Plastik-Fremdkörper“ im Mund zu haben.

Anders sieht es dagegen bei Patienten aus, die bereits über Jahre mit gut funktionierenden und ästhetisch akzeptablen herausnehmbaren Restaurationen versorgt sind. Aufgrund des fortschreitenden Zahn- und Knochenverlustes ist eine grazile Gestaltung der Prothesenbasis nicht mehr möglich, oftmals wird eine Gaumenabdeckung notwendig. Das kann mitunter zu einem extremen Verlust von Lebensqualität führen: nicht nur durch die möglicherweise eingeschränkte Stabilität der Prothesen mit Konsequenzen für die Aussprache, sondern auch durch Geschmackseinbußen.

Die Weiterentwicklungen in der Implantologie haben dazu geführt, dass sich das Indikationsspektrum für implantatgetragenen Zahnersatz deutlich erhöht hat. Daher liegt der Gedanke nahe, dass in vielen klinischen Fällen Patienten mit den passenden Implantatsystemen und entsprechenden augmentativen Verfahren immer festsitzend versorgt werden können. Festsitzend ist jedoch nicht automatisch die beste Versorgungsform.

Ausschlaggebend für die Entscheidung „festsitzend“ sind die Verhältnisse der dentoalveolären Rekonstruktionshöhe (vertikale Dimension) und der sagittalen Relation der Kiefer (horizontale Dimension) zueinander. Sie bestimmen, ob eine festsitzende Versorgung möglich und mit welchem Aufwand sie anschließend zu erreichen ist. Mit einartikulierten Kiefermodellen nach diagnostisch/therapeutischem Mock-up sowie virtueller 3-D-Planung wird das Therapieziel und der adäquate Einsatz enossaler Implantate im Vorfeld festgelegt (Crown-down-Planning).

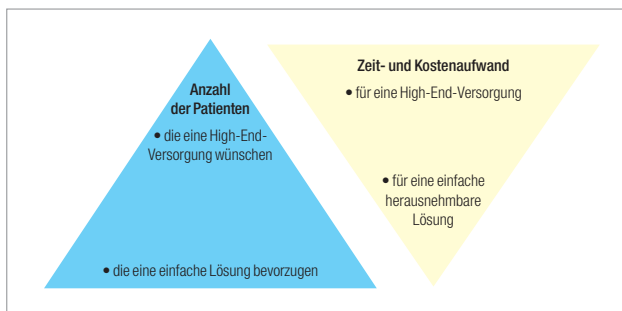


Abb. 1: Zahnarme/zahnlose Patienten in der täglichen Praxisroutine.

Diagnostik

Sind allgemeinmedizinische Kontraindikationen ausgeschlossen, werden in der präimplantologischen Diagnostik mittels dreidimensionaler Bildgebung die Knochenqualität und -quantität der Alveolarfortsätze des Patienten analysiert. Die computergestützte Darstellung und die virtuelle chirurgische Planung mittels digitaler Volumetomografie (DVT) bieten dem Behandlungsteam große Vorteile gegenüber der konventionellen, zweidimensionalen Röntgendiagnostik. Sie unterstützen die präzise und sichere Planung am Computer, die exakte und vorhersehbare Positionierung von Implantaten und die Frage nach der Notwendigkeit von augmentativen oder anderen chirurgischen Verfahren.⁴ Zudem können so Nervverletzungen ausgeschlossen werden. Anschließend werden die Daten der 3-D-Bildgebung und die Erkenntnisse aus der initialen Diagnostik, wie beispielsweise die Bestimmung des Knochenvolumens und der Knochendichte, die Registrierung der Kieferrelation und die Kontrolle funktioneller und ästhetischer Parameter mithilfe eines diagnostischen Wax-up zusammengefasst. Die Vorteile und Möglichkeiten der computergestützten Planung dürfen nicht dazu verführen, durch virtuelles Verschieben des Implantats im Knochen die Position allein vom Knochenangebot abhängig zu machen. Die Folge wäre, dass für die Implantatpositionierung ausschließlich das vorhandene Knochenangebot das ausschlaggebende Kriterium wäre.

Werden die Implantatpositionen aber nach rein chirurgischen Gesichtspunkten ausgewählt, kann die anschließende prothetische Versorgung erschwert oder sogar unmöglich sein. Das Ergebnis entspräche trotz modernster Hilfsinstrumente dem, was man schon vor mehr als zehn Jahren als inadäquat erkannt hat und durch „Crown-down-Planning“ vermeiden wollte.

Vorausschauende Planung

Die Entscheidung für oder gegen einen festsitzenden bzw. herausnehmbaren implantatgetragenen Zahnersatz wird meist über die Anzahl der als Verankerungselemente zur Verfügung stehenden Implantate definiert. Dabei gelten wenige Implantate eher als Indikation für herausnehmbare Versorgungen und viele Implantate als Indikation für festsitzende Versorgungen auf Implantaten.

Neben der Implantatanzahl ist der Grad der Resorption beim zahnlosen oder zahnarmen Patienten von ausschlaggebender Bedeutung für die Art der Versorgung, da gerade hier durch langjährige Zahnlosigkeit möglicherweise kombiniert mit schlechtsitzendem Zahnersatz der Knochen sehr stark atrophiert sein kann. Die Resorptionen der knöchernen Alveolarfortsätze in Ober- und Unterkiefer sind ein komplexer, multikausaler Vorgang und hängen in hohem Maße von der Ausgangs-

ANZEIGE

Minimieren Sie Knochenaufbauverfahren!



Sie können mit den SHORT® Implants von Bicon®:

- ▶ Vitale Strukturen umgehen
- ▶ Knochenaufbauverfahren minimieren
- ▶ Die Möglichkeit für die Implantatpositionierung maximieren
- ▶ Die Akzeptanz durch Ihre Patienten erhöhen
- ▶ Ihre Implantatfälle vereinfachen
- ▶ Eine klinisch bewährte Lösung anbieten

SHORT[®]
IMPLANTS



bicon[®]
D E N T A L I M P L A N T S

Bicon Europe Ltd.

Michael-Felke-Str. 9a ■ 55487 Sohren

Telefon 065 43 / 81 82 00 ■ Fax 065 43 / 81 82 01

germany@bicon.com ■ www.bicon.com

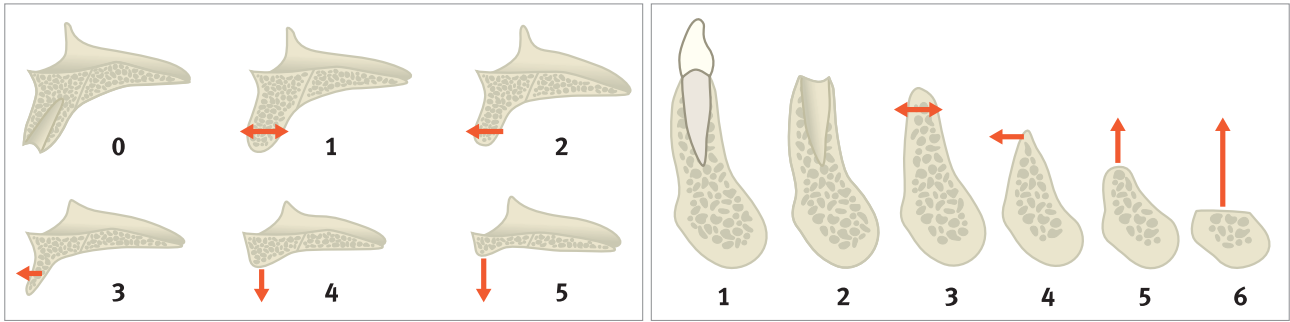


Abb. 2 und 3: Die Resorptionsklassen nach Fallschlüssel (RKL) 0–5 für den Oberkieferfrontzahnbereich (Abb. 2) und den Unterkieferfrontzahnbereich (Abb. 3).

situation des Alveolarkamms ab.^{5–8} Zu den Einflussfaktoren gehören die Größe, Form und Dichte des Knochens, Parodontalerkrankungen, die Lokalisation des Zahnverlusts, mechanische Ursachen sowie systemische und metabolische Ursachen. Zu den systemisch-metabolischen Ursachen zählt die lebenslange, altersbedingte Tendenz zur Verringerung der Knochendichte und zur Rückbildung des Knochens von Ober- und Unterkiefer.^{8,9} Der durchschnittliche Knochenverlust führt in erster Linie zu starken Formveränderungen in horizontaler und vertikaler Richtung im Bereich der Alveolarfortsätze. Im Unterkiefer findet dabei die Atrophie des Alveolarknochens in der Regel schneller statt als im Oberkiefer.¹⁰ Für die Klassifikation von Resorptionen bzw. für die Knochenquantität werden unter anderem, neben der Einteilung nach Atwood für den Unterkiefer, die Resorptionsklassen (RKL) nach Fallschlüssel (1986; Abb. 2 und 3) für den Oberkiefer oder nach Cawood und Howell für beide Kiefer verwendet.¹¹ Die Resorption der Alveolarfortsätze findet in Ober- und Unterkiefer in unterschiedlicher Weise und Richtung

statt. Während die Resorption im Oberkiefer nach zentripetal, also zum Zentrum hin stattfindet, erfolgt die Resorption des Unterkiefers in zentrifugaler, vom Zentrum abgewandter Richtung.¹² Zusätzlich führt die veränderte Muskelaktivität im Unterkiefer zu einer Vergrößerung des Kieferwinkels und einer Verkürzung des aufsteigenden Astes.^{13,14} Dadurch kommt es zu einer nach ventral und kaudal gerichteter Rotation des Unterkiefers und in der Folge zu einer Vergrößerung des Abstandes von Ober- und Unterkiefer zueinander, die sich besonders im Frontzahnbereich bemerkbar macht. Aus diesen unterschiedlichen Resorptionsrichtungen ergibt sich eine Diskrepanz zwischen Ober- und Unterkiefer, die sich nicht nur dentoalveolär bemerkbar macht, sondern vor allem durch eine sekundäre Dysgnathie auffällt. Infolgedessen kann auch mit einer ausreichenden Anzahl von Implantaten nicht zwingend eine festsitzende Lösung erzielt werden, da die Korrektur der negativen sagittalen Stufe über die Angulation prothetischer Aufbauten allein nicht erreicht werden kann.

Die etablierten Konzepte zur Rekonstruktion verloren gegangener knöcherner Strukturen unterscheiden sich maßgeblich darin, ob lediglich der Alveolarfortsatz augmentiert wird oder ob der Eingriff auch Einfluss auf die intermaxilläre Beziehung hat. Eine rein auf den Kieferkamm bezogene Rehabilitation kann eine bestehende sekundäre Dysgnathie oder den ebenfalls infolge des unterschiedlichen Verlaufs der Atrophie in Ober- und Unterkiefer entstehenden lateralen Kreuzbiss nicht kompensieren. Umstellungsosteotomien im Oberkiefer oder Le Fort I-Operationen hingegen stellen aufwendige kieferchirurgische Maßnahmen dar, die bei einer stark ausgeprägten Resorption der Maxilla zu einer Verbesserung ihrer Relation zur Mandibula beitragen und die Insertion von Implantaten ermöglichen sollen.^{15–17} Das Ausmaß, mit welchem die Kiefer chirurgisch bewegt werden können, ist allerdings limitiert und das Therapieergebnis nicht exakt vorhersagbar.



Abb. 4: Ausgangssituation: Patient mit insuffizientem Prothesenhalt im Oberkiefer. – **Abb. 5:** Pfeilervermehrung durch die Implantate: Natürliche Zähne mit Zirkoniumdioxid-Käppchen mit den präfabrizierten ANKYLOS® SynCone® Implantataufbauten bieten eine ausreichende Verankerung für die Prothese.



Abb. 6: Die Sekundärteile der Prothesenpfeiler sind in der Prothesenbasis verankert. – **Abb. 7:** Ein ästhetisches, für den Patienten minimalinvasives und zufriedenstellendes Ergebnis.



Abb. 8: Ein röntgenologisch ausreichendes Knochenangebot scheint für eine feststehende implantatgetragene Rekonstruktion zu sprechen. – **Abb. 9:** Im Artikulator wird deutlich, dass aufgrund der sekundären Dysgnathie, des lateralen Kreuzbisses und der dentoalveolären Rekonstruktionshöhe nur eine herausnehmbare prothetische Versorgung infrage kommt. – **Abb. 10:** Postoperatives Übersichtsrontgenbild: Insertion von acht XiVE®-Implantaten (DENTSPLY Friadent) im Oberkiefer.

Zu viele Parameter, unter anderem der Verlauf der Knochenheilung und die Problematik der Weichgewebsabdeckung, können das Behandlungsergebnis beeinflussen. Es stellt sich außerdem die Frage, ob der Patient eine solche großangelegte Rehabilitation überhaupt verlangt. Oftmals steht der Wunsch im Vordergrund, durch die vom Zahnarzt vorgeschlagene Therapie mindestens den Zustand wiederherzustellen, wie er vor den Veränderungen, z.B. vor dem Zahnverlust, war und an den der Patient gewöhnt ist. Das kann dann zum Beispiel eine gaumenfreie, teleskopierend verankerte Versorgung im Oberkiefer gewesen sein.

Fallbeispiele

Im folgenden Patientenfall wird gezeigt, wie ein atrophierter, nach dorsal verlagertes Oberkiefer mit einer für eine konventionelle Versorgung statisch ungünstigen Restbezahnung durch die Insertion von Implantaten (ANKYLOS®, DENTSPLY Friadent, Mannheim, Deutschland) und präfabrizierten Konusaufbauten (SynCone®-System, DENTSPLY Friadent) auf einfache Weise wieder herausnehmbar versorgt werden kann.

Im Oberkiefer des Patienten war eine Teilprothese nach der Extraktion von drei parodontal insuffizienten Zähnen nur noch auf drei Pfeilerzähnen mittels Teleskopen verankert (Abb. 4). Aufgrund der ungleichmäßigen Abstützung erwiesen sich der Prothesenhalt und die Lagestabilität der Prothese bei Kaubelastung als unzufriedenstellend. Der Patient fühlte sich in seiner Lebensqualität sowie in seiner Kau- und Sprechfähigkeit eingeschränkt. Er wünschte die Wiederherstellung einer gut sitzenden Prothese und eine gaumenfreie Versorgung. Nach Abformung der Kiefer, 3-D-Diagnostik und Wax-up wurden die Versorgungsmöglichkeiten mit dem Patienten erörtert. Zur Auswahl standen neben der Insertion von drei Implantaten die Möglichkeiten einer Versorgung mit mehr als fünf Implantaten und einer feststehenden implantatgetragenen Prothese oder feststehende, implantatgetragene Einzelzahnkronen mit knöcherner Augmentation. Gemessen am hohen finanziellen und instrumentellen Aufwand für eine feststehende implantatgestützte Restauration in Relation zu dem geringen Zugewinn an oraler Lebensqualität und der eingeschränkten Hygienefähigkeit wurde die Therapieent-

scheidung zugunsten einer herausnehmbaren Lösung auf den drei natürlichen Restzähnen und auf drei zusätzlich inserierten Implantaten getroffen. Ein weiterer Vorteil dieser Strategie besteht in der Erweiterbarkeit der prothetischen Suprakonstruktion im Falle zukünftiger Verluste natürlicher Zähne.

Die natürlichen Zähne wurden mit per CAD/CAM-Technik hergestellten Zirkoniumdioxidkeramik-Käppchen versehen (Abb. 5). Im gaumenfreien Oberkieferprothesengerüst konnte eine gemeinsame Einschubrichtung aller Sekundärteile umgesetzt werden (Abb. 6). Die neue herausnehmbare prothetische Lösung entsprach genau den anfänglich geäußerten Wünschen des Patienten nach einer lagestabilen, gaumenfrei gestalteten Versorgung (Abb. 7). Ähnliche Ansprüche stellte auch der Patient im zweiten hier vorgestellten Fall. Er war über lange Zeit mit einer Teleskoparbeit im Oberkiefer versorgt gewesen. Durch Verlust der Pfeilerzähne wurde ihm eine klassische Oberkieferprothese mit Gaumenabdeckung eingegliedert. Da der Patient leidenschaftlicher Weinkenner und -genießer ist, war diese neue Situation für ihn absolut inakzeptabel, die gaumenfreie Gestaltung der prothetischen Rekonstruktion im Oberkiefer stand für ihn an erster Stelle.

Die Herausforderung dieses Falles bestand in der richtigen Einschätzung der Situation: Bei isolierter Betrachtung des Oberkiefers zeigte sich sowohl klinisch als auch radiologisch ein suffizientes Knochenangebot, in dem sich relativ problemlos eine adäquate Anzahl an Implantaten verankern ließ. Kleinere Defekte konnten aufgefüllt und im Seitenzahngebiet durch interne Sinusbodenelevation das vertikale Knochenangebot verbessert werden. Das Ergebnis schien die Versorgung klar vorzugeben (Abb. 8): Offensichtlich kam nur eine feststehende Rekonstruktion infrage.

Mit Blick auf Abbildung 9 wird klar, welchen Stellenwert die einartikulierten Planungsmodelle tatsächlich haben, um gerade bei den Patienten mit reduziertem Zahnbestand oder vollständiger Zahnlosigkeit das sinnvollste Versorgungskonzept auswählen zu können: Anhand der Situation im Artikulator wird deutlich, dass durch die stark ausgeprägte sekundäre Dysgnathie nach Oberkiefer-Atrophie eine feststehende Versorgung so nicht realisierbar ist. Die chirurgischen Möglichkeiten zur Kompensation dieser Situation wären extrem aufwendig und belastend für den Patienten. Der Erfolg und die Dauer dieser kieferchirurgischen Interventionen sind, wie bereits angedeu-



Abb. 11: Klinisches Bild der acht inserierten Oberkiefer-Implantate. – **Abb. 12:** CAD/CAM-hergestelltes Titangerüst in situ. – **Abb. 13:** Stegverankerung in der Prothese.



Abb. 14: Die zur Stabilisierung der Prothese eingesetzten Implantate werden später mit präfabrizierten Konusaufbauten (ANKYLOS SynCone) kombiniert. – **Abb. 15:** Sichere Verankerung nach klassischem Prinzip.

tet, nicht nur schlecht vorhersagbar, die alters- oder stoffwechselbedingte Atrophie des Kiefers wird zudem auch nicht aufgehalten, da die Behandlung nur symptomatisch sein kann.

In Absprache mit dem Patienten wurde also eine herausnehmbare implantatgetragene Versorgung gewählt, die auf einem CAD/CAM-gefertigten Titangerüst angefertigt werden soll.

Der Patient verfügt im Oberkiefer noch über den Zahn 17, der mit einem Innenteleskop versorgt ist. Nach Analyse des Knochenangebotes im anterioren und posterioren Knochensegment wurden acht Implantate (XiVE® S plus, DENTSPLY Friadent) in den Regionen 12–16 und 22–26 eingesetzt (Abb. 10 und 11). Nach erfolgreicher Osseointegration und Ausheilung der Weichgewebe erfolgte die Eingliederung des per CAD/CAM-Technologie im Labor hergestellten Titangerüsts (Abb. 12). Auf diesem Gerüst ist die herausnehmbare Oberkieferprothese verankert (Abb. 13). Als vorteilhaft gilt hier bei der Verwendung der CAD/CAM-Technologie, dass Stegversorgungen spannungsfrei gefertigt und eingegliedert werden können („passive fit“). Die fehlende vertikale Dimension zwischen den Alveolarfortsätzen wurde mit rosa Komposit ausgeglichen. Auf diese Weise konnte mit einem insgesamt eher wenig aufwendigen Therapiekonzept dem Wunsch des Patienten nach Gaumenfreiheit und minimalinvasivem Vorgehen entsprochen werden.

Auch im letzten hier dargestellten Fall konnte durch die Verwendung von Implantaten in Kombination mit präfabrizierten Konusaufbauten (ANKYLOS SynCone) eine bereits bestehende Teleskopversorgung auf natürlichen Zähnen nach bestehendem Zahnverlust wieder komplettiert werden. Auf diese Weise konnte eine Rehabilitation des Unterkiefers entsprechend des Patientenwunsches nicht nur schnell, sondern auch kostengünstig erfolgen.

Fazit

Erfolgskriterien für implantatgetragenen Zahnersatz sind neben der erfolgreichen Osseointegration, der langfristigen klinische Funktionalität und der Ästhetik vor allem die Zufriedenheit des Patienten. Eine enge Kooperation zwischen den zahnmedizinischen Disziplinen, mit Zahntechniker und Patient sowie die Kenntnisse der entscheidungsbestimmenden fachlichen Parame-

ter, Techniken und Materialien sind Voraussetzung für eine erfolgreiche Zielerreichung. Die verschiedenen Prothetikkomponenten moderner Implantatsysteme eröffnen zahlreiche Möglichkeiten zur herausnehmbaren Versorgung bei zahnlosen oder teilbezahnten Patienten mit stark atrophierten Alveolarfortsätzen. Bei älteren Patienten ist die Prognose der Mundhygienefähigkeit bereits ein wichtiger Parameter für die Beantwortung der Frage nach herausnehmbarem oder feststehendem Zahnersatz. Eine starke Veränderung der natürlichen Kieferlagebeziehung (sekundäre Dysgnathie, lateraler Kreuzbiss) spricht für eine herausnehmbare implantatgetragene Versorgung, um Patienten langlebige Funktionalität und Ästhetik gewährleisten zu können. Mit diesen abnehmbaren Lösungen kann oftmals ein funktionell und ästhetisch gutes Ergebnis bei reduziertem operativen Aufwand und geringeren Kosten erreicht werden, das auch im Hinblick auf den Langzeiterfolg und die Pflegefähigkeit sowie Erweiterbarkeit dem feststehenden Versorgung nicht unterlegen ist. Die virtuelle Planung ist ein sehr hilfreiches Instrument bei der Diagnostik, sie kann aber eine genaue Modellanalyse nicht ersetzen. ⁿ



KONTAKT

Dr. Fred Bergmann

Dr. Bergmann und Partner –
Zahnärztliche Partnergesellschaft
Heidelberger Straße 5–7
68519 Viernheim
Tel.: 0 62 04/91 26
Fax: 0 62 04/91 26 62
E-Mail: fredbergmann@oralchirurgie.com



BONDBONE®

MIS

EXPERTS

Zeit sich zu entscheiden ... die Experten haben es schon!

Ob als Composite graft oder reines Composite: Das synthetische BONDBONE® überzeugt als einzigartiges Augmentationsmaterial von Anfang an. Basierend auf zweiphasigem Calciumsulfat ist es mit seinen biokompatiblen, osteokonduktiven und bioresorbierbaren Vorteilen voll etabliert und bewährt. Aus gutem Grund ist BONDBONE® weltweit die erste Wahl unter den Experten.



“BONDBONE® has become an excellent synthetic material to utilize in my bone graft procedures. As a stand-alone product and especially as a binder for other bone graft products I utilize. It is user friendly and has excellent handling qualities. It is clearly the best calcium sulfate material I have come across.”

Dr. Maurice A. Salama

Clinical Assistant Professor of Periodontics, University of Pennsylvania and the Medical College of Georgia, USA



“...BONDBONE® is simple and effective to use in treating extraction defects before dental implant placement... BONDBONE® is bio-compatible and osteoconductive and allows for newly-formed bone.”

Dr. Robert Horowitz

Clinical Assistant Professor of Periodontics, Department of Periodontics and Implant Surgery, NYU College of Dentistry



“The use of BONDBONE® around immediate placed implant (MIS SEVEN) in extraction socket prevents the collapse of the buccal bone plate and the ridge resorption.”

Prof. Giuseppe Cardaropoli DDS, PhD

Dental School - Vita-Salute San Raffaele University



MIS ist ein innovatives Dentalunternehmen, das ein umfassendes Sortiment an Implantaten und Zubehör bei Zahnverlust entwickelt und produziert. So sorgt MIS im Fall der Fälle für erstklassigen Zahnersatz und für ein perfektes Lächeln. Mehr über BONDBONE® erfahren Sie auf unserer Website: mis-implants.com/bb oder telefonisch unter 05 71-97 27 62-0.

MIS
Make it Simple

Sofortversorgung auf Implantate im Oberkiefer-Seitenzahnbereich

Im vorliegenden Fallbericht wird – anhand eines Beispiels – die Technik der Implantatinsertion mit einer Neigung von 35° im Seitenzahnbereich des Oberkiefers zwecks Vermeidung eines Sinuslifts und Sofortversorgung mit festen Brücken beschrieben.

Prof. Dr. Gregor-Georg Zafiropoulos/Düsseldorf

Seit der Einführung der Technik der Insertion posteriorer (distaler) Implantate mit einer Neigung bis zu 35° (im Verhältnis zur vertikalen Achse) und den dazugehörigen vorgefertigten abgewinkelten Aufbauten für die Versorgung des zahnlosen Ober- bzw. Unterkiefers erlebt die zahnärztliche Implantologie eine Veränderung in ihrem bis dato bewährten chirurgischen und prothetischen konventionellen Denken (Maló et al. 2003, 2005, 2006). Durch die auf diese „unorthodoxe“ Art inserierten Implantate wird die Durchführung regenerativer Maßnahmen im posterioren Bereichen der atrophierten bzw. teilzahnlosen Ober- und/oder Unterkiefer vermieden und die Sofortbelastung und -versorgung ermöglicht. Klinische Studien belegen, dass die Erfolgs- und Überlebensrate der mit einer solchen Neigung inserierten Implantate mit denen vergleichbar ist, die auf konventionelle axiale Art inseriert wurden (Khatami und Smith 2008, Krekmanov et al. 2000, Hinze et al. 2010). Weitere Ergebnisse zeigten, dass kein signifikanter Unterschied bezüglich des Knochenverlustes zwischen den konventionell axial und den abgewinkelt inserierten Implantaten (unabhängig von Kiefer und/oder Region) bestand (Zambelis et al. 2007, Francetti et al. 2010). Obwohl die abgewinkelten Aufbauten und diese Implantationstechnik für die Rehabilitation eines gesamten Kiefers entwickelt wurden, gab es nur wenige Informationen über ihre Anwendung zur Versorgung des Seitenzahnbereichs eines atrophierten Ober- bzw. Unterkiefers mit festsitzenden Brückenkonstruktionen (Rocuzzo et al. 2009, Cordaro et al. 2009). Im vorliegenden Bericht wird die sich über ein Jahr erstreckende Beobachtung eines repräsentativen Falls vorgestellt, bei dem die zahnlosen Seitenzahnbereiche des Oberkiefers mithilfe implantatgetragener Brücken rekonstruiert wurden.

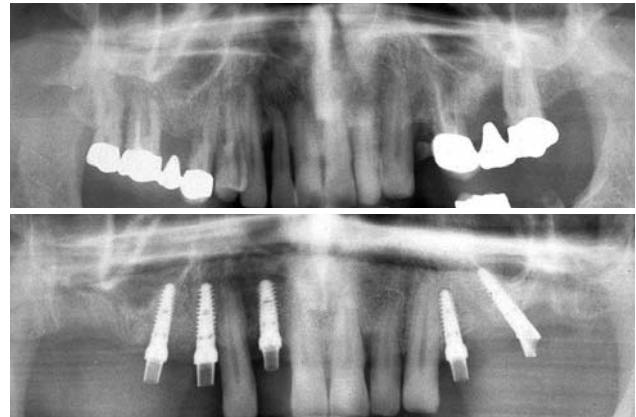


Abb. 1: Erstaufnahme, Orthopantomograf. – **Abb. 2:** Implantatinsertion und Abdrucknahme, Orthopantomograf.

Fallbeispiel

Der Patient (51 Jahre alt, Nichtraucher), hat sich wegen der fortgeschrittenen parodontalen Destruktion im Oberkiefer bei einem Kollegen vorgestellt, ein Jahr vor Beginn der in diesem Bericht beschriebenen Behandlung (Abb. 1). Die Zähne 18–14, 12 und 24 (Wurzelrest), 25–27 wurden extrahiert. Die Extraktionsalveolen wurden mittels dPTFE-Membranen (Cytoplast, Osteogenics Biomedical, Lubbock, TX, USA) ohne zusätzliche Verwendung von Knochenersatzmaterialien abgedeckt (Hoffmann et al. 2008, Zafiropoulos et al. 2010). Der Mukoperiostlappen wurde repositioniert und im Bereich der Papillen mit Einzelnähten fixiert (Cytoplast Nahtmaterial, Osteogenics Biomedical, Lubbock, TX, USA). Die Membranen blieben zum Teil exponiert und wurden nach vier Wochen entfernt. Anschließend wurden die zahnlosen Bereiche mit einer Modellgussprothese versorgt.



Abb. 3: Implantate, versorgt mit den Gingivaformern (hier Regio 24 = axial inseriertes Implantat und Regio 26 = ein mit 35° Neigung inseriertes Implantat mit DAAS Gingivaformer). – **Abb. 4:** Individuelle Abutments auf den Implantaten Regio 14 und 16 (beide axial inseriert). – **Abb. 5:** Individuelle Abutments auf den Implantaten Regio 24 (axial inseriert) und 26 (geneigt).



Ihren Praxiserfolg im Fokus.

medical inst⁺inct[®]
www.medical-instinct.de



Abb. 6: Anprobe der Metallgerüste in Regio 14–16. – **Abb. 7:** Die Implantate werden mit provisorischen Brücken aus PMMA versorgt und belastet.



Abb. 8: Die Implantate werden mit definitiven Metall-Keramik-Brücken versorgt und belastet. – **Abb. 9:** Orthopantomograf nach Eingliederung der Restaurationen.

Ungefähr ein Jahr nach den Extraktionen im Oberkiefer stellte sich der Patient zwecks Implantatversorgung bei uns vor. Der Patient litt an einer beidseitigen chronischen Sinusitis und lehnte die Durchführung einer Sinusaugmentation ab. In Regio 16, 14, 12, 24 und 26 wurden fünf Implantate inseriert (Durchmesser 3,75 mm; Soft-Bone, Dentegris, Duisburg). Die Implantate Regio 16, 14, 12 und 24 hatten eine Länge von 11,5 mm und wurden konventionell bzw. axial inseriert, wobei in Regio 16 ein interner Sinuslift durchgeführt wurde. Das Implantat Regio 26 wurde mit einer Neigung von 35° zur vertikalen Achse inseriert und sofort mit einem abgewinkelten 35°-Titan-Aufbau (DAAS Aufbau 35°, Dentegris) versorgt (Abb. 2). Die axial gesetzten Implantate wurden geschlossen (Pickup Abdruckpfosten, Dentegris) und das mit 35° Neigung inserierte Implantat (Regio 26) wurde mithilfe eines systemspezifischen Abdruckpfostens (DAAS Abdruckpfosten, Dentegris; Abb. 3) unter Verwendung eines Polyether-Abformmaterials (Impregum; 3M ESPE, Neuss; Abb. 4) abgeformt. Anschließend wurden die Implantate mit entsprechenden Gingivaformern versorgt (Gingivaformer, ausgestellt in Höhe von 4 mm bzw. DAAS Gingivaformer, Dentegris; Abb. 5). Drei Tage nach der Implantation wurden mithilfe von Übertragungsschlüsseln individuelle Abutments angebracht. Zur Herstellung der individuellen Abutments wurden Platin-Iridium-Kunststoff-Abutments verwendet (PTIR-Abutments, Dentegris), die aus einem vorgefertigten angießbaren Basisteil aus Platin-Iridium und einem Schraubenkamin aus rückstandslos ausbrennbarem Kunststoff bestanden, der als Modellierhilfe diente. Für die Herstellung des Abutments Regio 26 wurde ein systemspezifischer ausgießbarer Kunststoffzylinder verwendet (DAAS Kunststoff-Zylinder, Dentegris). Am selben Tag wurde sowohl ein Metallgerüst aus einer Kobalt-Chrom-Legierung (ZENOTEC NP; Wieland, Pforz-

heim) als auch ein Langzeitprovisorium aus Kunststoff (ZENO-PMMA; Wieland, Pforzheim) für die Sofortversorgung der Bereiche 14–16, 24–26 gefräst. Das Gerüst wurde anprobiert und anschließend wurde das Langzeitprovisorium mit provisorischem Zement (TempBond; Kerr, Orange, CA, USA) eingesetzt (Abb. 6–8).

Vier Monate nach Implantatinsertion und progressiver Sofortbelastung durch das Langzeitprovisorium wurde die endgültige Versorgung mit einem eugenolfreien provisorischen Zement (Implant-Provisional, Alvelogro, Pomona, CA, USA) eingesetzt (Abb. 9).

Schlussfolgerung

Unter bestimmten Bedingungen (keine aktive Parodontalerkrankung, gute Patienten-Kooperation, gute Knochenqualität) ist eine erfolgreiche Früh- oder Sofortbelastung von Implantaten im posterioren Oberkiefer bei ausgewählten Patienten möglich. Für den Erfolg der Implantation und der Versorgung/Belastung von Brückenkonstruktionen auf abgewinkelten Implantaten spielen die Primärstabilität und das Implantatdesign eine große Rolle (Javed und Romanos 2010, Javed et al. 2011). Anhand der bis dato publizierten wissenschaftlichen Ergebnisse ist es nicht möglich, evidenzbasierte Kontraindikationen (anhand der erforderlichen sowie messbaren Werte der Primärstabilität, Knochendichte und -qualität, Einwirkung okklusaler Kräfte) zu diskutieren. So bleiben viele Fragen unbeantwortet und Risiken ungeklärt (Rocuzzo et al. 2009). Unserer Meinung nach liegt der große Vorteil der Nutzung abgewinkelter Implantate nicht unbedingt in der Möglichkeit der Sofortimplantation und/oder Sofortbelastung, sondern erstens in der Vermeidung augmentativer Maßnahmen (z. B. Sinuslift) und zweitens in der Versorgung mit einem festsitzenden Zahnersatz (Rosén und Gynther 2007, Aparicio et al. 2001). Trotz der vielen positiven wissenschaftlichen Berichte sollte sich der behandelnde Arzt des Risikos eines Implantatverlusts bewusst sein, das mit einer Sofortimplantation bzw. Sofortversorgung und -belastung verbunden ist. Darüber hinaus sollte er die eigenen Grenzen definieren und die Patienten nach strengen Kriterien auswählen. **n**

KONTAKT

Prof. Dr. Gregor-Georg Zafiropoulos

Blaues Haus
Sternstraße 61, 40479 Düsseldorf
E-Mail: zafiropoulos@blaues-haus-duesseldorf.de





NATIONALES SYMPOSIUM
**OSTEOLOGY
BONN**

24. MÄRZ 2012



**Osteology
Weichgewebe Spezial**

Chairmen
Wilfried Wagner | Søren Jepsen

www.osteology-bonn.org

Organisiert unter der Schirmherrschaft der Osteology Stiftung

Organisation | Registrierung | Information

Geistlich Biomaterials Vertriebsgesellschaft mbH | 76534 Baden-Baden
Tel. 07223 9624-0 | Fax 07223 9624-10 | info@geistlich.de | www.geistlich.de

Vereinigung von Langlebigkeit und natürlicher Ästhetik

Der Wunsch nach ästhetisch perfektem Zahnersatz wächst in der Implantologie immer weiter. Ein neuer individueller Zirkonoxidaufbau ermöglicht die Fertigung ästhetisch hochwertiger Keramikaufbauten mit langlebigem Titaniumkern – für stabile Implantat-Aufbau-Verbindungen im Front- und Seitenzahnbereich.

Dr. med. dent. Christian Buhtz, M.Sc./Hamburg

n Patienten erwarten heute langlebige Versorgungen, die naturidentisch sind – nicht nur im Frontzahnbereich. Dabei wird ein Durchschimmern von Titanaufbauten durch die Gingiva in der Regel nicht mehr akzeptiert. Besonders ein dünner Gingivabiotyp stellt hierbei eine Herausforderung dar. Vor diesem Hintergrund trägt die Wahl des Abutments entscheidend zum Erfolg einer implantatprothetischen Versorgung bei.



Abb. 1 und 2: Im Frontzahngebiet ermöglichen Cercon-Keramikaufbauten aus Zirkoniumdioxid eine optimale Aufbaugestaltung. – **Abb. 3:** Besonders bei Bruxismus können vollkeramische Aufbauten frakturieren.

Zirkonoxid und TitaniumBase in der Implantatprothetik

Im Frontzahngebiet ermöglichen einteilige Cercon-Keramikaufbauten aus Zirkoniumdioxid eine optimale Aufbaugestaltung (Abb. 1 und 2). Da sie ohne Metallbasis auskommen, schimmern keine Metallränder gräulich durch die dünne Mukosa hindurch. Obwohl die Langzeitergebnisse noch ausstehen, zeigt Zirkonoxid als Material in der Implantatprothetik ein großes Potenzial¹: Besonders seine lichtdynamischen Eigenschaften, seine Festigkeit und Bioverträglichkeit sowie das Phänomen der sogenannten Umwandlungsverstärkung² sind wesentliche Vorteile der Hochleistungskeramik. Trotz erster vielversprechender Ergebnisse zeigt sich in Studien für vollkeramische Aufbauten im Seitenzahnbereich³ ein erhöhtes Frakturrisiko bei starker okklusaler Beanspruchung. Besonders bei Bruxismus können vollkeramische Aufbauten frakturieren (Abb. 3). Daher ist diese Form der Versorgung im Seitenzahnbereich bisher nicht empfohlen.⁴

Durch die TitaniumBase ist es heute möglich, das Beste aus zwei Welten zu kombinieren. Denn die sowohl für die Implantatsysteme XiVE® als auch ANKYLOS erhältliche präfabrizierte TitaniumBase wird bei den zweiteiligen individuellen Abutments als metallischer Kern eines individuellen keramischen Aufbaus eingesetzt. Vorteil: Der Titankern minimiert das Bruchrisiko bei der definitiven implantatprothetischen Versorgung. Die Titanbasis bildet zum einen die Anschlussgeometrie zum Implantat, zum anderen die Plattform für das Cercon-Abutment. Beide Komponenten werden im Dentallabor verklebt, sodass diese Klebefuge unter dem Mikroskop kontrolliert und versäubert werden kann. Der Aufbau wird am Computerbildschirm individuell gestaltet. Auf diese Weise kann der keramische Anteil des zweiteiligen Aufbaus nicht nur außen perfekt und den ästhetischen Bedürfnissen entsprechend angepasst werden, sondern auch die innen liegende Klebefuge zur TitaniumBase formschlüssig gestaltet werden. Die metallische Verbindung zum Implantat erlaubt die dauerhafte und sichere Fixierung im Implantat durch



Abb. 4 und 5: Nach Revision der Wurzelkanalfüllung an Zahn 23 und Wurzelspitzenresektion mit retrograder Wurzelkanalfüllung an Zahn 25 folgte die Implantation in Regio 24 (ANKYLOS C/X, DENTSPLY Friadent, Mannheim). Die Implantatposition wurde nach palatinal anguliert gewählt. – **Abb. 6:** Während der Einheilphase wurde ein anatomisch idealisierter Zirkonoxidaufbau auf TitaniumBase im Labor konstruiert und hergestellt.

Happy Birthday...!

15 Jahre Implantologie Journal



- über 10 Jahre Thommen Medical
- über 25 Jahre Erfahrung

Manches wird besser, Bewährtes bleibt gut!

Kontakt und weitere Infos durch unseren Aussendienst oder unsere Mitarbeiter in Weil am Rhein: info@thommenmedical.de oder +49 7621 422 5830





Abb. 7 und 8: Nach einer provisorischen Tragedauer von 14 Tagen wurde der Gingivaverlauf am Abutment überprüft. – **Abb. 9:** Es lag eine reizfreie Gingiva um die epigingivale Stufe vor,...



Abb. 10 und 11: ... sodass die Zirkonoxidkrone definitiv eingegliedert werden konnte.

die Vorspannung der Abutmentschraube. Dadurch können die positiven Eigenschaften des Zirkonoxids, wie geringe Plaqueakkumulation⁵ und bessere Weichgewebsintegration, genutzt werden, ohne auf die Vorteile der präfabrizierten Verbindungsgeometrie und Schraubenvorspannung verzichten zu müssen. So liefert Zirkoniumdioxid im Verbund mit der TitaniumBase auch im Seitenzahnbereich sichere und langfristig stabile Ergebnisse auf höchstem ästhetischen Niveau.

Falldarstellung

Eine 39-jährige Patientin wandte sich an unsere Praxis mit dem Wunsch nach ästhetischer Versorgung des Zahns 24. Aufgrund einer Wurzellängsfraktur war dieser Zahn nicht erhaltungswürdig und musste entfernt werden. Nach Revision der Wurzelkanalfüllung an Zahn 23 und Wurzelspitzenresektion mit retrograder Wurzelkanalfüllung an Zahn 25 (Abb. 4) folgte die Implantatinsertion in Regio 24. Die Wahl fiel auf das Implantatsystem ANKYLOS C/X (DENTSPLY Friadent, Mannheim). ANKYLOS mit seiner konischen Implantat-Aufbau-Verbindung gewährleistet langfristig stabile Knochenverhältnisse und gesundes Weichgewebe und hat sich in unserer Praxis bewährt (Abb. 5).

Die Implantatposition wurde nach palatinal anguliert gewählt, um so eine bukkale Augmentation durch eine ausreichende knöcherne Bedeckung des Implantats umgehen zu können. Intraoperativ erfolgte die Abformung der Implantatposition mittels einer tiefgezogenen Schiene, an der ein Abformpfosten mit Kunststoff fixiert wurde. Während der sechswöchigen Einheilphase wurde ein anatomisch idealisierter Zirkonoxidaufbau auf TitaniumBase im Labor konstruiert und hergestellt (Abb. 6). Dafür wird die ANKYLOS ScanBase benötigt. Sie hat die gleiche Geometrie wie die TitaniumBase und

dient dem Erfassen der Position der Laborimplantate im Arbeitsmodell. Im Gegensatz zur TitaniumBase kann sie eingescannt werden, ein zusätzlich notwendiges Konditionieren des Titanaufbaus, mit Puder etwa, was zu Ungenauigkeiten beim Einscannen führen kann, entfällt also. Mithilfe der Doppelscantechnik kann die individuell modellierte Aufbauform virtuell erstellt und im

Fräsvorgang aus Zirkonoxid hergestellt werden.

Der individuelle Aufbau, der im Gegensatz zu präfabrizierten Abutments ein zahnanalogenes Durchtrittsprofil erlaubt, wurde nach minimalinvasiver Freilegung eingegliedert. Damit übernimmt er die Funktion eines „keramischen Gingivaformers“. In diesem Fall ist das Implantatprotokoll zugunsten eines zügigen Ablaufs verändert, denn so konnte ein weiterer Wechsel des Abutments vermieden werden. Grundsätzlich kann bei verkürztem Ablauf ein Beschleifen des Aufbaus notwendig werden. Nach einer provisorischen Tragedauer von 14 Tagen wurde der Gingivaverlauf am Abutment überprüft (Abb. 7 und 8). Es lag eine reizfreie Gingiva um die epigingivale Stufe vor, sodass die Zirkonoxidkrone definitiv eingegliedert werden konnte (Abb. 9–11).

Fazit für die Praxis

Der vorgestellte Ablauf ermöglicht eine ästhetisch ansprechende Versorgung mit Eingliederung des definitiven Abutments bei der Freilegung, ohne mehrfach Sekundärteile wechseln zu müssen. Dadurch ergibt sich ein vorhersagbares ästhetisches und stabiles Emergenzprofil mit wenig Knochenverlust und guter Weichgewebeanlagerung an das Zirkonoxid. So empfiehlt sich die TitaniumBase besonders bei ästhetisch anspruchsvollen Patienten mit dünner Gingiva oder hoher Lachlinie. ¹¹

Alle Abbildungen: Dr. Buhtz.

KONTAKT

Dr. med. dent. Christian Buhtz
Kleekamp 18, 22339 Hamburg
E-Mail: info@drbuhtz.de



42.

SCAN MICH



Video

INTERNATIONALER JAHRESKONGRESS DER DGZI



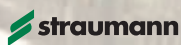
Qualitätsorientierte Implantologie –
Wege zum Langzeiterfolg

5./6. Oktober 2012
Hamburg//Elysee Hotel

Goldsponsor:



Silbersponsor:



Bronzesponsor:



FAXANTWORT

03 41/4 84 74-3 90

Bitte senden Sie mir das Programm zum
42. INTERNATIONALEN JAHRESKONGRESS
DER DGZI am 5./6. Oktober 2012 in Hamburg zu.



Praxisstempel

sticky granules
bionic

Neu easy-graft®CRYSTAL 250

- Ideal für Socket Preservation im Prämolaren- und Frontzahnbereich.
- Eine effiziente Defektdeckung als Membranäquivalent.

easy-graft®



easy-graft® CRYSTAL

Genial einfaches Handling!

beschleunigte Osteokonduktion, nachhaltige Volumenstabilität

Genial innovativ!

die synthetische Alternative mit der biphasischen Biomaterial-Formel (60% HA/40% β-TCP)

«the swiss jewel...»

Vertrieb Deutschland
direkt durch die Herstellerin:

Degradable Solutions AG
Tel. in DE: 0180 13 73 368
Fax in DE: 07111 69 17 020

SUNSTAR
GUIDOR®

Degradable Solutions AG
A Company of the Sunstar Group
Wagistrasse 23
CH-8952 Schlieren/Zürich
www.easy-graft.com

ANZEIGE

Herstellerinformationen

DENTSPLY Friadent

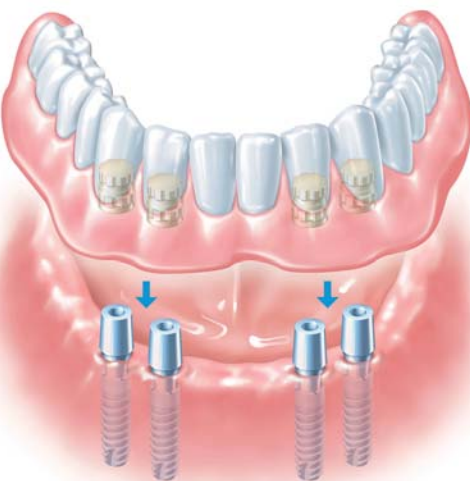


Studie belegt Langzeiterfolg für ANKYLOS® SynCone® Konzept

Das ANKYLOS® SynCone® Konzept steht für eine patientenfreundliche Option zur prothetischen Sofort- oder Spätversorgung zahnloser Kiefer auf präfabrizierten Konusaufbauten. Dabei bietet SynCone® den Tragekomfort und den Sitz einer festverankerten Brücke, die jederzeit zur Reinigung herausgenommen werden kann.

May S. wurde der zahnlose Unterkiefer von 122 Patienten mit sofortbelasteten Implantaten versorgt. Die am Stuhl angepasste Prothese wurde dabei auf vier präfabrizierten Konusaufbauten abgestützt, alle Patienten wurden mindestens ein Jahr klinisch und radiografisch nachbeobachtet.

Ergebnis der Auswertung: Lediglich acht Implantate (1,6 Prozent) erreichten keine ausreichende Osseointegration. Bei 21 der 488 Implantate (4,3 Prozent) kam es zu einem krestalen Knochenverlust von mehr als 2 mm. Damit lag die Erfolgsquote, gemessen an den von Albrektsson et al. definierten Kriterien, bei der Versorgung mit dem ANKYLOS® SynCone® Konzept bei 94,06 Prozent. Als Vorteil heben die Autoren dabei vor allem die besondere Dichtigkeit der Konusverbindung hervor, dank der eine Entzündungsreaktion im periimplantären Gewebe wirkungsvoll vermieden werden kann.



Neue Studiendaten belegen die Qualität einer Versorgung mit dem SynCone® Konzept auch langfristig: In einer retrospektiven Untersuchung von Romanos, May D. und

DENTSPLY Friadent

Steinzeugstraße 50
68229 Mannheim

E-Mail: friadent@dentsply.com

Web: www.dentsply-friadent.com

Implant Direct Sybron



Erfolgreicher Produktlaunch zur EAO

Auf dem EAO-Jahreskongress in Athen kündigte Implant Direct Sybron die Markteinführung des SwishPlus™ Implantates an, das eine konsequente Weiterentwicklung und kompatibel mit den beiden Implantatsystemen Standard/Standard Plus von Straumann ist. Das Produkt verfügt über zahlreiche Innovationen, unter anderem besteht die Halspartie aus 1 mm polierter und 1 mm mikrorauer Schulter sowie Microgrooves, welche den Druck auf den krestalen Knochen minimieren. Diese mikrorauere Oberfläche bietet dem Zahnarzt die Möglichkeit, das Implantat entweder sub- oder transgingival zu setzen. Der Einbringpfosten und die mitgelieferte Duo-Grip Deckschraube sind kompatibel zu sämtlichen Einbringinstrumenten, Ratschen und Schraubendrehern von Straumann. Das bewährte selbstschneidende Gewinde gewähr-



leistet zusammen mit dem konisch zulaufenden Implantatapex eine optimale Primärstabilität. Das All-in-One Package beinhaltet neben dem Implantat den Einheilextender und die Duo-Grip Deckschraube. Ab sofort ist das SwishPlus™ in den enossalen Durchmessern 3,3; 4,1; 4,8; 5,7 mm und den Längen 6, 8, 10, 12, 14, 16 mm erhältlich. Bei der Insertion im harten Knochen empfiehlt Implant Direct Sybron den Einsatz eines zusätzlichen Krestal-Bohrers (SPCD). Abgerundet wird das attraktive Angebot durch das Solid-Abutment Kit. Dieses beinhaltet ein gerades Titanabutment, Abdruckpfosten, Komfortkappe, Implantatanalog und eine ausbrennbare Kappe.



Implant Direct Sybron

Hardturmstr. 161

8005 Zürich, Schweiz

E-Mail: info@implantdirect.eu

Web: www.implantdirect.de

Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

BEGO Implant Systems

Für jeden Fall die passende Lösung!

Weltweit gewinnt individuelle Implantatprothetik zunehmend an Bedeutung. Mit einem nochmals erweiterten Produktspektrum, modernsten CAD/CAM-Verfahren und einem umfassenden Dienstleistungspaket bedient der Bremer Dentalspezialist BEGO somit die aktuellsten Themen der Dentalwelt. Für die BEGO-Implantate S, RI und Mini sowie für weitere namhafte Implantatsysteme stehen ab sofort neben Ästhetik-Abutments aus BeCe® CAD Zirkon XH, Titan Grade 4 und 5 sowie Wirobond® MI+ auch patientenindividuelle Stege und verschraubte Brücken zur Verfügung. „Mit dieser erweiterten Produktvielfalt ermöglichen wir eine noch größere Bandbreite bei der individuellen Patientenversorgung“, ist Thomas Kwiedor, Business Development Manager bei BEGO Medical, überzeugt. Darüber hinaus unterstreicht BEGO mit seinem Hightech-Produktionszentrum in Bremen die 360°-Verfahrenskompetenz. Zur Fertigung von individueller CAD/CAM-Prothetik werden Modelle einfach an das Scan- und Service-Center von BEGO geschickt. Dort wird ein Designvorschlag erstellt, und BEGO fertigt nach Frei-

gabe individuelle Abutments und Stege aus dem vom Kunden gewünschten Material. Maximale Wahlfreiheit in Material und Verfahren garantieren beste Qualität. „Im Spannungsfeld von Ästhetik, Indikation und Effizienz bieten wir damit funktionelle Lösungen – und das aus einer Hand“, betont Kwiedor.



**BEGO Implant Systems
GmbH & Co. KG**

Technologiepark Universität
Wilhelm-Herbst-Straße 1
28359 Bremen

E-Mail: info@bego-implantology.com

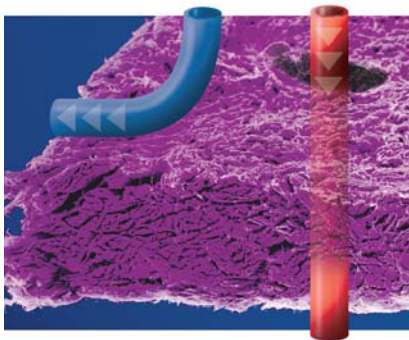
Web: www.bego-implantology.com



bredent medical

Rundumversorgung für den Kieferknochen

Zur Abrundung des Therapiekonzeptes „Regeneration“ hat bredent medical die selektiv permeable Membran angiopore in das Produktprogramm aufgenommen. Dabei handelt es sich um eine resorbierbare Membran, die einerseits eine sichere Barrierefunktion gegen das Einwachsen des Bindegewebes bietet und andererseits den Blutgefäßen sogenannte „Angioporen“ zur Verfügung stellt.



Die Angioporen erlauben die Angiogenese vonseiten der Membran. Dadurch kann der Umbau des Augmentats schneller vonstatten gehen. Die Anwendung ist denkbar einfach, da die angiopore selektiv permeable Membran nach dem Zuschneiden nur noch angefeuchtet wird. Da sie keinerlei Rückstellereffekte aufweist, ist eine Fixierung nicht notwendig. Angiopore wird in zwei Dicken

und drei Größen angeboten. Dank der zwei Dicken lässt sich die Dauer der Barrierefunktion steuern, d. h. die dünne selektiv permeable Membran angiopore bietet eine sichere Barrierefunktion von ca. vier bis fünf Wochen und die dickere Membran angiopore DL von sechs bis acht Wochen. Letztere ersetzt die sogenannte „Double Layer“-Technik.

bredent medical bietet ein optimal aufeinander abgestimmtes und übersichtliches Programm zum Erhalt sowie zum Aufbau des Kieferknochens. Mit der HELBO-Therapie werden Bakterien effektiv beherrscht und das natürliche Gleichgewicht wiederhergestellt. Dies sind sehr gute Bedingungen für den Einsatz des synthetischen Knochenaufbaumaterials ossceram nano, welches eine hervorragende Volumenstabilität und dennoch einen schnellen Umbau in neuen Knochen bietet und welches sich ideal mit angiopore gemeinsam anwenden lässt. Schließlich bietet das Kollagenvlies alveoprotect hervorragende Bedingungen für den Erhalt des Kieferknochens nach der Exzision, zur sogenannten Socketpreservation.

bredent medical GmbH & Co. KG
Weissenhorner Str. 2

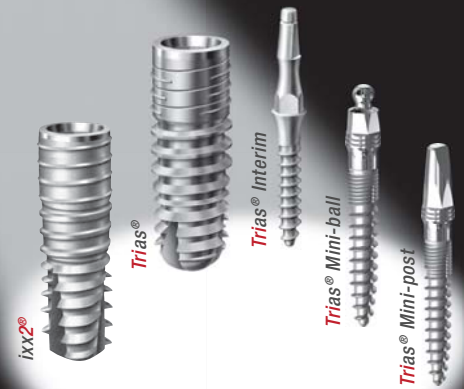
89250 Senden

E-Mail: info-medical@bredent.com

Web: www.bredent-medical.com



5 Freunde ...



**...lösen
jeden Fall.**

Beeindruckende Möglichkeiten eröffnen die fünf Implantate der m&k gmbh: Sie lassen keinen Fall ungelöst.

Mit den neuen Mini-Implantaten *Trias® Mini-ball* und *Trias® Mini-post* neben *ixx2®*, *Trias®* und *Trias® Interim* wird das Implantat-Gesamtkonzept der m&k gmbh komplettiert. Abgerundet wird es durch die zahlreich zur Auswahl stehenden unterschiedlichen Implantataufbauteile und feinmechanischen Konstruktionselemente für die Prothetik.

Praxisnahe Fortbildung in der m&k akademie

Live-Operation am 27. Januar 2012:
Implantation bei geringem Knochenangebot – Implantation von durchmesserreduzierten *Trias®* Mini-Implantaten

Hands-on-Kurs am 27. Januar 2012:
Implantation von *Trias®* Mini-, Interim- und zweiteiligen *Trias®*-Implantaten

**Jetzt anmelden unter
www.mk-dental.de/kurse**

**m&k
dental
Jena**

Spezielle Dental-Produkte

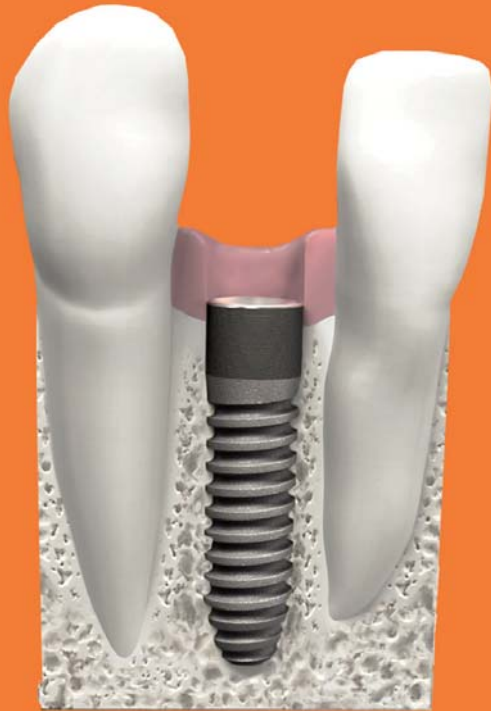
Im Camisch 49

07768 Kahla

Fon: 03 64 24 | 811-0

mail@mk-webseite.de

Das erste Laser-Lok® Implantat für enge Interdentalräume.



Die Laser-Lok® Mikrorillen sind eine Reihe zellgrosser Rillen um den Hals der BioHorizons Implantate, die mittels eines hochpräzisen Lasers aufgebracht wurden.

Die geschützten Mikrorillen stellen die einzige innerhalb der Branche genehmigte Oberfläche dar, die sowohl eine natürliche Bindegewebsverbindung aufbaut als auch einen ästhetischen Langzeiterfolg durch Stabilisierung des Hart- und Weichgewebes zeigt.

Erfahren Sie mehr über Laser-Lok® 3.0mm unter:

www.biohorizonsimplants.de/LaserLok3mm.pdf

Merken Sie sich bitte folgende Termine vor:

24.-25. August, Düsseldorf
2. Symposium am KHL... powered by BioHorizons mit nationalen und internationalen Top-Referenten

27.-30. September, Sylt
2. Neue Sylter Horizonte... implantologische Fortbildung auf Augenhöhe. Rahmenprogramm in der Sansibar; Besuch Surf World Cup

Begrenzte Teilnehmerzahl: melden Sie sich bitte noch heute an!

BioHorizons GmbH

Bismarckallee 9

79098 Freiburg

Tel.: +49 (0)761 / 55 63 28 -0

Fax: +49 (0)761 / 55 63 28 -20/21

info@biohorizons.com

www.biohorizons.com

Herstellerinformationen

RIEMSER Dental

Umfassende Membran-Produktpalette

Die beiden, zu den führenden Anbietern dentaler Regenerationsprodukte gehörenden Unternehmen, die RIEMSER Arzneimittel AG und die Osteogenics Biomedical, Inc., USA, haben kürzlich eine Vertriebskooperation für Deutschland, Österreich und Frankreich geschlossen.

„Wir freuen uns darauf, mit RIEMSER Dental zusammenzuarbeiten. Schließlich kann das Unternehmen eine beeindruckende Erfolgsgeschichte vorweisen und ist mit eigenen Vertriebsorganisationen auf dem dentalen Markt in Deutschland und Frankreich tätig“, äußert Shane Shuttlesworth, Geschäftsführer der Osteogenics Biomedical, Inc. „Mit der Erweiterung des Portfolios um die Cytoplast® Barrieremembranen wird RIEMSER Dental jetzt das umfangreichste Membranportfolio anbieten, das es in diesen Ländern gibt und so in der Lage sein, die ideale Membran für jede Indikation zu liefern.“

Auch Dr. Michael Leible, Leiter des Geschäftsbereichs Dental der RIEMSER Arzneimittel AG, betont den Kundennutzen: „Die aktuelle Sortimentserweiterung belegt, dass wir unsere Zielsetzung im Geschäftsbereich Dental konsequent leben, nämlich den Kunden Comprehensive Oral Surgery Technologies zu bieten. Die Cytoplast-Produkte erset-



zen zum einen die nicht mehr erhältliche TefGen™-Membran, zum anderen bieten sie mit den titanverstärkten Modifikationen raumschaffende, nichtresorbierbare Barrieren.“ Zahnärzte, Oralchirurgen und MKG-Chirurgen vertrauen weltweit den bewährten Cytoplast® d-PTFE-Membranen und Kollagenmembranen sowie dem monofilamenten Cytoplast® PTFE-Nahtmaterial. Ausschlaggebend hierfür sind die hohe Zuverlässigkeit der Produkte und die vorhersagbaren Ergebnisse.

RIEMSER Arzneimittel AG

Lindigstraße 4, 63801 Kleinostheim

E-Mail: Torsten.Neumann@RIEMSER.de

Web: www.RIEMSER-Dental.com



SICAT

Neue Software-Version verfügbar

Die neue Version von SICAT Implant ist ab sofort über www.sicat.de erhältlich. SICAT Implant zeichnet sich als Implantatplanungssoftware mit integriertem Diagnose- und Befundungstool besonders durch offene Schnittstellen sowie eine einfache Bedienung aus. Als neue Features sind unter



anderem die Abutment- und Bohrhülsenplanung sowie eine Schnittstelle zu VDDS Media hinzugekommen. Mit der Abutmentplanung werden prothetische sowie anatomische Anforderungen in gleichem Maße berücksichtigt. Standardabutments können aus der Datenbank ausgewählt und in der Software entsprechend geplant werden. Dadurch kann sich der Behandler in vielen Fällen bereits vor der OP für das passende Standardabutment entscheiden. Natürlich

lassen sich auch generische Abutments in der Software planen. Das Feature Bohrhülsenplanung ermöglicht die Visualisierung aller erhältlichen Hülsen von geführten chirurgischen Systemen sowie Pilotheilen direkt in SICAT Implant. Die Umsetzbarkeit der Implantatplanung in eine SICAT Bohr-

schablone kann so vorab überprüft werden. Mögliche Komplikationen wie Kollisionen der Bohrhülsen mit der Schleimhaut, untereinander oder mit benachbarten Zähnen werden bereits bei der Implantatplanung angezeigt und können so entsprechend vermieden werden. Die neue VDDS Media Schnittstelle ermöglicht das

direkte Öffnen von SICAT Implant aus einem Praxismanagementsystem (z. B. stomawin, ComputerKonkret). Patientendaten werden automatisch übertragen und Bilder, Screenshots und Implantatreporte in das Praxismanagementsystem übernommen.

SICAT GmbH & Co. KG

Brunnenallee 6, 53177 Bonn

E-Mail: info@sicat.com

Web: www.sicat.de

Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

American Dental Systems



Biologisch zur Regeneration und Augmentation

Regenerative Verfahren stehen heute im Mittelpunkt der Parodontal- und Implantat-Chirurgie. In seiner Kursreihe stellt Prof. Dr. Hannes Wachtel den biologischen Weg zur Regeneration und Augmentation vor, der mittels neuer Materialien und innovativer Techniken erreicht werden kann. Nach einer theoretischen Einführung in die wichtigsten Grundlagen der Regeneration und Augmentation werden verschiedene Techniken im Hands-on-Training geübt, darunter die parodontale



Regeneration intra-alveolärer Defekte, die Socket-Preservation-Technik, die knöcherne Augmentation im Seiten- und Frontzahnbereich, der Sinuslift und die Double-Layer-Technik. Besonders bei der Socket-Preservation-Technik setzt Prof. Wachtel auf das Knochenersatzmaterial OsteoBiol. Das porcine Material wird laut aktueller Studien vollständig resorbiert und zu eigenem Knochen umgebaut. Aufgrund seines speziellen Herstellungs-

verfahrens bleibt die Struktur und Beschaffenheit der natürlichen Kollagenmatrix erhalten. Durch diese Kollagenmatrix wird das Einwachsen von Wachstumsfaktoren in die Granulatpartikel unterstützt. Kurse mit Prof. Hannes Wachtel finden an folgenden Terminen statt:

- 27./28.01.2012 in Düsseldorf
- 30./31.03.2012 in Hamburg
- 18./19.05.2012 in Stuttgart
- 20./21.07.2012 in Dresden

American Dental Systems GmbH
Johann-Sebastian-Bach-Str. 42
85591 Vaterstetten
E-Mail: T.Beier@ADSystems.de
Web: www.ADSsystems.de

Medical Instinct

More-on-Four erleichtert Therapie

Medical Instinct bietet mit dem Direct-Konzept ein cleveres und wirtschaftlich sehr interessantes Therapiekonzept zur Sofortversorgung und Belastung von zahnlosen Kiefern. Größere Achsdivergenzen zwischen den Implantaten können mittels der 0°, 20° und 30° angulierten Direct-Abutments ausgeglichen werden. Dadurch können eingeschränkte anatomische Strukturen durch das schräge Setzen der Implantate optimal genutzt und in vielen Fällen Augmentationen umgangen werden. Die multiindikativen Direct-Aufbauten können anschließend sowohl zur Abdrucknahme als auch zur sofortigen Fixierung von Suprakonstruktionen nach der OP verwendet werden. Direct-Abutments erhalten Sie in unterschiedlichen Distanzhöhen bereits ab 75,-€.



Medical Instinct Deutschland GmbH
Vom-Stein-Str.17, 37120 Bovenden
E-Mail: info@medical-instinct.de
Web: www.medical-instinct.de

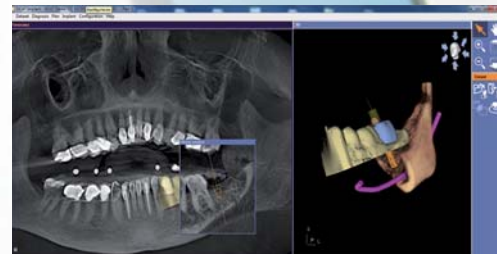
Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

MAKE EVERY CASE COUNT



Jeder Fall zählt – nutzen Sie jetzt die einfache und sichere Art der Implantatplanung und -umsetzung.

- Einfacher Datenimport von allen DVT- oder CT-Systemen
- Exakte Umsetzung durch SICAT Bohrschablonen mit garantierter Genauigkeit
- Günstige Software und Bohrschablonen bereits ab €160



Intuitive Softwarebedienung, exakte und kostengünstige Bohrschablonen – Implantatplanung die Sinn macht.

Entdecken Sie jetzt SICAT Implant. Durch unseren Außendienst live in Ihrer Praxis oder im Internet:

www.sicat.de

SICAT.

SICAT GmbH & Co. KG · Brunnenallee 6 · 53177 Bonn
Tel. +49 228 854697-0 · Fax +49 228 854697-99 · info@sicat.com

m&k



Mini-Implantate: Chancen und Möglichkeiten

Pünktlich zum 20-jährigen Unternehmensjubiläum und kurz vor Markteinführung der Mini-Implantate Trias® post und Trias® ball lud die m&k gmbh zur 5. Implantologie-Tagung Kahla in die beeindruckenden Räumlichkeiten des Zeiss-Planetariums in Jena ein. Rund 120 Gäste folgten der Einladung zu der Veranstaltung am 5. November 2011 mit dem Titel „Mini-Implantate: Chance nutzen, Möglichkeiten entdecken“. Das hochkarätige Referententeam nahm die Teilnehmer denn auch sprichwörtlich mit auf eine Entdeckungsreise in das Universum Mini-Implantate.

Bodo Müller, Geschäftsführer der m&k gmbh, leitete das Publikum durch das facettenreiche Programm. Die Referenten Dr. Dr. Carsten Engel/Dortmund, Prof. Dr. Dr. Kai-Olaf Henkel/Hamburg, Prim. Dr. Peter Huemer/Wolfurt (Schweiz), Dr. Wolfgang Krämer/Vilshofen, Dr. Andreas Saal/Hamburg, Dr. Dr. Philipp Streckbein/Gießen, Dr. Winfried Walzer/Berlin sowie Jürgen Rost vom iba-Institut für Bioprocess- und Analysemesstechnik e.V./Heilbad



Heiligenstadt erläuterten anhand von klinischen Patientenfällen die Indikationen und Kontraindikationen für den Einsatz von Mini-Implantaten. Im Detail beschrieben wurden Behandlungskonzepte und chirurgische Vorgehensweisen. Dabei wurden Erfolge präsentiert, aber auch Misserfolge offen analysiert. Ergänzt wurde diese informative Tagung um eine Veranstaltung der m&k akademie am Vortag. Dr. Dr. Stephan Dietmair und Dr. Wolfgang Krämer inserierten während zweier Live-OPs sowohl Mini- als auch zweiteilige Standardimplantate (Trias®).

Seit Januar 2012 sind die neuen Mini-Implantate Trias® ball und Trias® post mit den Durchmessern 2,0 mm sowie 2,5 mm und in den Längen 10 mm und 12 mm verfügbar.

m&k gmbh

Im Camisch 49, 07768 Kahla
E-Mail: mail@mk-webseite.de

Web: www.mk-webseite.de

CAMLOG



Gewinnbringende Fortbildungen 2012

Die Implantologie und Implantatprothetik stellen innerhalb der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde fortbildungsintensive Fachdisziplinen dar. Als ein führender Anbieter von Systemen und Produkten für die Implantologie übernimmt CAMLOG auch in diesem Bereich viel Verantwortung. Zahnärzten, Oralchirurgen, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Zahn Technikern und zahnmedizinischem Fachpersonal werden hochwertige, praxisorientierte und gewinnbringende Fortbildungsveranstaltungen angeboten.

Zu der ausgeprägten Serviceorientierung und der Überzeugung des Unternehmens zählt es, auch 2012 erhebliche Mittel für die Fortbildung bereitzustellen. CAMLOG leistet damit einen Beitrag, das hohe Niveau der Implantologie in Deutschland weiter zu verbessern und die Ver-

breitung implantologischer Therapiekonzepte zu fördern. Für die Fortbildungsveranstaltungen wurden namhafte Referenten verpflichtet, die mit ihrer Kompetenz und Erfahrung diese hohen Ansprüche erfüllen und die Qualität der CAMLOG Veranstaltungen gewährleisten.

Das CAMLOG Fortbildungsprogramm 2012 liegt in Form einer 44-seitigen Broschüre vor. Die Broschüre ist übersichtlich gestaltet und in die Rubriken „Chirurgiekurse“, „Prothetikurse“, „Zahn Technikurse“, „Abrechnung, Beratung & Assistenz“, „Specials & Teamwork“, „Kursreihen“ und „Vorträge“ unterteilt. Das Angebot wendet sich an Einsteiger, Fortgeschrittene und Spezialisten im Bereich der dentalen Implantologie und Implantatprothetik. Einige Kurse und eine Kursreihe richten sich exklusiv an Frauen. Ebenso begehrt dürften die Kurse und Vorträge sein, die sich mit dem CONELOG® Implantatsystem in Chirurgie und Praxis beschäftigen. Die Themenvielfalt des CAMLOG Fortbildungsprogramms stellt sicher, dass alle Fortbildungsinteressierten die für sie maßgeschneiderten Veranstaltungen finden.

CAMLOG Vertriebs GmbH

Maybachstraße 5, 71299 Wimsheim
E-Mail: education.de@camlog.com

Web: www.camlog.de



lege artis

Vorbeugend gegen Zahnfleischerkrankungen

Mit REMOT implant hat das in Baden-Württemberg ansässige Dental-Unternehmen lege artis eine neue Implantat-Reinigungs-Paste mit einem RDA-Wert weniger als 7 auf den Markt gebracht. Die Paste beseitigt Plaque und Keime an Implantaten und deren Aufbauten sowie an natürlichen Zähnen und dem anliegenden Zahnfleisch.

REMOT implant eignet sich hervorragend für schonendes Biofilm-Management und zur Vorbeugung von Zahnfleischerkrankungen. Die Paste enthält keinen Bimsstein und ist daher besonders



sanft. Das Chlorhexidin unterstützt die Keimreduktion und Xylitol schützt die natürlichen Zähne vor Karies. Die Paste ist fluoridfrei und bei Anwendung zusammen mit üblichen Fluoridierungsmitteln ist eine Überdosierung somit ausgeschlossen.

lege artis Pharma GmbH + Co. KG

Breitwasenring 1, 72135 Dettenhausen
E-Mail: info@legeartis.de

Web: www.legeartis.de

Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.



W&H

Der beste Freund des Patienten

Mit dem Tigon+ hat W&H einen Piezo Scaler entwickelt, der sich den Bedürfnissen von Patient und Zahnarzt bestens annimmt und über einzigartige Features verfügt. Tigon+ versorgt die Patienten mit temperierter Flüssigkeit und verhindert bei empfindlichen Zähnen und Zahnfleisch jegliche unangenehme Reizung. Insgesamt kann zwischen drei Temperaturstufen gewählt werden. Die Heizung lässt sich ganz einfach über das Display einstellen und, bei Bedarf, auch ausschalten. Mit fünf voreingestellten Programmen (Prophylaxe, Parodontologie, Endodontie,



Restauration und ein frei wählbares Programm) arbeiten vor allem Zahnärzte/-innen und Dentalhygieniker/-innen noch effizienter, denn sie vermeiden das sonst notwendige manuelle Einstellen der Funktionen bei Scaler und Maschine.

Der Navi-Zahn am Display zeigt an, welches Programm gerade verwendet wird. Die drei Power-Modi ermöglichen dem Anwender, die Scalerleistung nach seinen eigenen Vorlieben zu definieren. So kann in dem sicheren Bewusstsein gearbeitet werden, dass der Zahn mit dem optimalen Druck behandelt wird. Die LED-Technologie von W&H sorgt für perfekte Lichtverhältnisse und ermöglicht dem Anwender eine verbesserte optische Wahrnehmung und ein Kontrastsehen wie bei Tageslicht. Das Handstück und der LED-Ring lassen sich mühelos thermodesinfizieren und sterilisieren.

W&H Deutschland GmbH
Raiffeisenstraße 4
83410 Laufen/Obb.
E-Mail: office.de@wh.com
Web: www.wh.com



OSSTEM Germany

Von Krakau nach Lissabon mit dem CAS- und LAS-Kit unterm Arm

Das erste europäische Meeting von OSSTEM in Krakau hat alle Erwartungen übertroffen und richtig Lust auf das nächste Meeting 2012 in Lissabon gemacht!

Nicht nur die gute Organisation und Führung von Chairman Prof. Ady Palti durch das Programm überzeugte, sondern vor allem auch der Informationsfluss der renommierten Referenten aus aller Welt. Sie eröffneten den knapp 280 Teilnehmern den Zugang zu den neuesten Technologien und Therapiemethoden. Neben dem bereits bekannten CAS-Kit für den internen Sinuslift wurde bei diesem Event zum ersten Mal auch das LAS-Kit für den externen Sinuslift vorgestellt. Schon jetzt steht für viele Teilnehmer fest, dass die neue TS Implant System-Produktreihe von OSSTEM sehr vielversprechend ist.

Bei dem großen Andrang an den Hands-on-Stationen wurde schnell klar, dass das nächste OSSTEM Meeting in Lissabon, das vom 22. bis 23. September 2012 stattfinden wird, auf jeden Fall genutzt werden muss, um sowohl das CAS-Kit als auch das LAS-Kit genauer kennenzulernen.

Das „OSSTEM Meeting 2012 Lisbon“ wird Gelegenheit bieten, die Neuheiten OSSTEMs

genauer unter die Lupe zu nehmen und die ausgelassene Stimmung vom Vorjahr wieder zu erwecken.

OSSTEM Germany GmbH
Mergenthalerallee 25d
65760 Eschborn
E-Mail: germany@osstem.com
Web: www.osstem.com



30+ Implantate in einer Woche?

Möglich mit dem Trinon Collegium Practicum

Seit 2003 hat das Trinon Collegium Practicum in über 70 Kursen, mehr als 1000 Ärzten aus der ganzen Welt dazu verholfen über 50.000 Implantate einzusetzen und sich praktisch weiterzubilden.

Während einer Woche Fortbildung setzt ein Implantologieeinsteiger mit Hilfe unserer weltweit tätigen Professoren mindestens 30 Implantate ein. Für Fortgeschrittene bietet ein praktischer Kurs die idealen Bedingungen, um verschiedene Augmentationstechniken zu erlernen.

Die Implantologie-Fortbildungen in Kooperation mit Universitätskliniken finden bis zu 8-mal jährlich in Kuba, Kambodscha, der Dominikanischen Republik und Laos statt.



Trinon Collegium Practicum
Augartenstr. 1
D-76137 Karlsruhe / Germany

Tel.: +49 721 932700
Fax: +49 721 24991

q-implant-marathon@trinion.com
www.trinion.com
www.collegium-practicum.org

Straumann



Gemeinsam Vertrauen schaffen

Patienten möchten vertrauen. Vertrauen auf ein gutes Behandlungsergebnis, eine zuverlässige Versorgung und Qualität auf Lebenszeit. Aktuell informiert die Straumann GmbH mit der „Pro-Original Initiative“ darüber, dass der Einsatz von Originalteilen Einfluss auf die Qualität und Langlebigkeit der Implantatversorgung haben kann. Man habe das Ziel, die gesamte Restauration optimal funktionsfähig zu machen. Dabei müssen alle verwendeten Produkte exakt zusammenspielen. Original Straumann Sekundärteile wurden auf dieses Ziel hin entwickelt, um eine möglichst optimale Funktionsfähigkeit der ge-

samten Restaurationen zu gewährleisten. Mit der Straumann Garantie hat der Zahnarzt einen lebenslangen Garantieanspruch auf ein Implantat, sofern mit Original Straumann Komponenten gearbeitet wurde und die weiteren Garantievoraussetzungen erfüllt sind. Die „Pro-Original Initiative“ bietet eine Hilfestellung beim Nachweis der Produktetheit und Unverwechselbarkeit der Produkte. Mit einer sogenannten Authentizitätskarte für die Zahnarztpraxis und eines Implantatpasses für den Patienten binde man alle an der Implantattherapie beteiligten Personen ein. Die Authentizitätssticker dokumentieren im Patientenpass die Verwendung von Straumann Originalteilen. Für jeden nachvollziehbar, ließen sich die einzelnen Komponenten der Versorgung zuverlässig festhalten. Dies schaffe Vertrauen beim Patienten.



Straumann GmbH

Jechtinger Straße 9, 79111 Freiburg im Breisgau

E-Mail: info.de@straumann.com

Web: www.straumann.de

NSK



Chirurgie-Winkelstücke in einem Schritt zerlegbar

Ganz einfach mit nur einem Dreh und ganz ohne Werkzeug zerlegbar sind die neuen, 20:1 reduzierenden NSK Chirurgiewinkelstücke X-DSG20L (mit Licht) bzw. X-DSG20 (ohne Licht) aus der Ti-Max X Serie. Reinigung und hygienische Aufbereitung der Instrumente werden damit deutlich erleichtert, da eingedrungene Blutpartikel und Knochenreste einfach unter fließendem Wasser abgewischt werden können. Dabei ist ein unbeabsichtigtes Zerlegen der Instrumente während der Behandlung ausgeschlossen, denn mit Aufstecken des Instruments auf dem Mikromotor wird ein Arretiermechanismus betätigt, der die Mechanik zum Zerlegen der Instrumente blockiert. Die neuen, zerlegbaren Chirurgie-Winkelstücke sind ausgelegt für Drehmomente bis zu 80 Ncm. Sie sind damit für die Verwendung in Kombination mit der neuen NSK Chirurgieeinheit Surgic Pro sowie

mit jeder anderen verfügbaren Chirurgieeinheit bestens geeignet. Sowohl interne als auch externe Kühlung sind möglich. In Verbindung mit dem original NSK Doppeldichtungs-System, welches den Eintritt von Blut und sonstigen Partikeln in den Instrumentenkopf wirksam verhindert, ist eine hohe Lebensdauer der Instrumente gewährleistet. Wie alle Instrumente aus der NSK Ti-Max X Serie sind auch diese Instrumente aus Titan gefertigt und mit der DURACOAT-Beschichtung versehen. Sie stehen damit für höchste Stabilität und Langlebigkeit sowie geringes Gewicht und anwenderfreundliche Handhabung.



NSK Europe GmbH

Elly-Beinhorn-Str. 8, 65760 Eschborn

E-Mail: info@nsk-europe.de

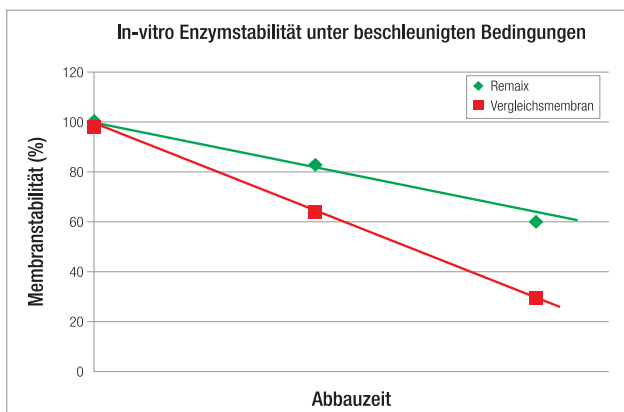
Web: www.nsk-europe.de

Matricel

Dehiszenz - was nun?

Exzellente Ausführung in Kombination mit hervorragenden Materialeigenschaften führen zu guten Behandlungsergebnissen. Die Kollagenmembran Remaix trägt signifikant zu diesen Ergebnissen bei. Sie kombiniert eine gute Gewebeintegration und hohe Barriersicherheit mit langer Standzeit, auch bei auftretenden Dehiszenzen.

Wie wirken sich Dehiszenzen auf das Verhalten von resorbierbaren Membranen aus? Durch parodontopathogene Keime ausgelöste Dehiszenzen führen in der Regel zu einem schnelleren Membranabbau und bergen das Risiko einer Kontamination des Augmentats. In der Konsequenz ist mit einer geringeren Qualität des Knochenaufbaus zu rechnen. Mit Remaix ist es Matricel gelungen, eine chemisch unvernetzte Membran mit deutlich höherer enzymatischer Stabilität zu entwickeln, d.h. Dehiszenzen verändern das Resorptionsverhalten der Membran bei Exposition zur Mundhöhle nicht oder nur unwesentlich. In-vitro-Studien zeigen für Remaix eine signifikant höhere Enzymstabilität gegenüber Vergleichsmembranen (s. Grafik). Beobachtungen von Remaix-Anwendern beschreiben das stabilere Verhalten der Membran bei Ausbildung einer Dehiszenz. Demnach bleibt Remaix äußerlich ohne Veränderung, partiell sichtbar und über den gesamten Behandlungszeitraum bis zur selbstständigen Schließung der Wunde stabil.



Matricel GmbH

Kaiserstr. 100, 52134 Herzogenrath

E-Mail: info@matricel.de

Web: www.matricel.com

Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

Champions Implants

Begeisterte Teilnehmer bei Champions® (R)Evolution Tour II

Sie wünschen ein komplett bestücktes OP-Tray und eine große Auswahl an hochwertigen innovativen Produkten inkl. Kommissionsware, ohne zusätzliche Investitionskosten für ein Zweit-, Dritt- oder gar Viertsystem? Sie wollen Ihre Praxis/Klinik mithilfe eines überzeugenden Patientenmarketings weiter voranbringen? Sie wollen Ihren Patienten eine einzigartige Alternative bieten, sich hochwertige Implantatversorgungen „made in Germany“ leisten zu können, ohne als Chirurg oder Prothetiker Honorar einbußen in Kauf nehmen zu müssen?

Auf seiner Champions® (R)Evolution Tour begeisterte Dr. Armin Nedjat, Entwickler & Referent des Champions®-Implantatsystems, dieses Jahr mehr als 1.800 Kollegen/-innen mit seinem spannenden Event. Die neuen zweiteiligen Champions (R)Evolution®-Implantate haben es wiederum geschafft, „den Markt“ aufzumi-



schen. Oben genannte Möglichkeiten, aber auch zeitliche Vorteile und ein einfaches Handling sowie innovative Features bedeuten, auch nach Ansicht vieler Fachexperten, einen weiteren Meilenstein in der modernen Implantologie und der dazugehörigen hochwertigen Prothetik.

Sowohl das patientenfreundliche, minimalinvasive OP- und Prothetik-Verfahren (MIMI®) als auch das (r)evolutionäre Material WIN!®, welches u.a. hervorragend für Sekundärteleskope und Stegarbeiten geeignet ist, erfreuen sich einer ungeteilten Beliebtheit seitens der inzwischen über 2.800 Champions-Anwender.

Champions-Implants GmbH

Bornheimer Landstr. 8
55237 Flonheim

E-Mail: info@champions-implants.com

Web: www.champions-implants.com



Degradable Solutions

Sunstar Suisse SA übernimmt Degradable Solutions

Die privat gehaltene Sunstar Group gab kürzlich die vollständige Übernahme der Degradable Solutions AG bekannt. Sunstar Suisse SA hat sämtliche Aktien des aus der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich (ETH) hervorgegangenen Unternehmens von den bisherigen Privateigentümern übernommen. Dr. Kurt Ruffieux, Gründer und CEO von Degradable Solutions, wird das Unternehmen neu als selbstständige Einheit von Sunstar weiterführen. Auch werden die gesamte Organisation mit über 25 Mitarbeitenden und alle Aktivitäten am Sitz in Schlieren bei Zürich übernommen. Gleichzeitig nehmen Masakazu Nakamura, CEO von Sunstar Suisse SA, und Cyril Alemany, Director New Business Development von Sunstar Suisse SA, Einsitz in den Verwaltungsrat von Degradable Solutions. Zum Übernahmepreis haben die Parteien Stillschweigen vereinbart.

Mit der Übernahme baut Sunstar den Technologiebereich der regenerativen Medizinprodukte deutlich aus. Bei dieser Kernkompetenz von Degradable Solutions handelt es sich um Produkte, die im Körper eine temporäre Funktion erfüllen und sich danach selbstständig auflösen. Die beiden Partner wollen gemeinsam unter der Dachmarke GUIDOR bestehende Konzepte zusammenführen, neue wegweisende Therapien und Produkte entwickeln und so eine führende Position im Markt erreichen.

Degradable Solutions AG

Wagistr. 23, 8952 Schlieren, Schweiz

E-Mail: info@degradable.ch

Web: www.degradable.ch



Nobel Biocare

Dr. Sven Rinke erhält Implantatforschungspreis 2011

Während der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGP) verlieh die Fachgesellschaft den Implantatforschungspreis 2011 an Dr. Sven Rinke M.Sc., M.Sc. aus Hanau. Der Preis zeichnet richtungsweisende wissenschaftliche Arbeiten im Bereich der Implantattherapie aus. Der diesjährige Preisträger bekam die Auszeichnung für seine Publikation über die Prävalenz periimplantärer Erkrankungen bei teilbezahnten Patienten.

Dr. Rinke beleuchtete die Prozesse, die für das Entstehen und Fortschreiten dieser Erkrankungen relevant sein können – ein wichtiger Beitrag, um mögliche Therapieansätze weiter zu entwickeln. Der seit 2008 verliehene Preis der DGP in Zusammenarbeit mit der Nobel Biocare Deutschland GmbH ist mit 5.000 € dotiert.



In diesem Jahr überreichten Prof. Dr. Peter Eickholz, Präsident der DGP, und Dr. Ralf Rauch, Geschäftsführer Nobel Biocare Deutschland GmbH, den Implantatforschungspreis an Dr. Sven Rinke, Hanau.

„Wir stiften diesen Preis, weil Nobel Biocare es sich zur Aufgabe gemacht hat, Zahnärzten wissenschaftlich fundierte Behandlungskonzepte, Techniken und Produkte für die Versorgung ihrer Patienten an die Hand zu geben“, so Dr. Ralf Rauch, Geschäftsführer Nobel Biocare Deutschland GmbH.

Jedes Jahr wird die beste wissenschaftliche Publikation auf dem Gebiet der Implantattherapie ausgezeichnet, die zuvor in einem internationalen peer-reviewed Journal veröffentlicht worden ist. Um den DGP-Implantatforschungspreis können sich alle Zahnärzte wie auch in der Zahnmedizinischen Forschung tätigen Wissenschaftler bewerben, die in Deutschland arbeiten und Mitglied der DGP sind.

Nobel Biocare Deutschland GmbH

Stolberger Straße 200, 50933 Köln

E-Mail: info.germany@nobelbiocare.com

Web: www.nobelbiocare.com



Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

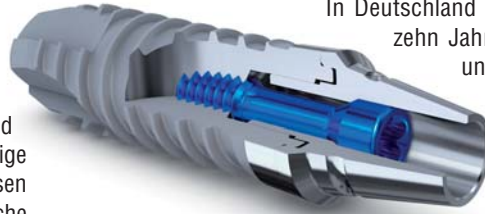
Thommen Medical



Implantatsystem mit über 25 Jahren Erfahrung

Das Thommen Implantatsystem baut auf über 25-jährige Erfahrung auf und erfüllt die Anforderungen aller Indikationsbereiche. Dank der wenigen Instrumente ist das Implantatsystem einfach und übersichtlich und erfüllt auch die höchsten ästhetischen Ansprüche. Es gilt als erfolgssicher, kostengünstig und bietet einen Mehrwert durch innovative Lösungen, welche das Handling erleichtern und Zeit sparen.

Das unverkennbare Gestaltungsmerkmal des in der Schweiz entwickelten und produzierten Systems ist die einzigartige Schraubengeometrie der hochpräzisen Implantat-Abutment-Verbindung, welche höchsten prothetischen Gestaltungsfreiraum ermöglicht und das Instrumentarium auf ein absolutes Minimum be-



Einblick in die hochpräzise Thommen Implantat-Abutment-Verbindung mit Innen-Sechskant und Führungsring sowie konischem Schraubensitz.

schränkt. Dank der intelligenten Bauweise ist die schlanke Abutmentschraube rein durch Zugkräfte belastet und kann durch die dynamische Auslegung mitfedern. Dieses Prinzip wird auch in anderen Hochleistungsbereichen wie Motoren- oder Flugzeugbau berücksichtigt, wo Schraubenlockerungen fatale Folgen hätten.

In Deutschland ist Thommen Medical mittlerweile seit über zehn Jahren mit einem einsatzfreudigen Außendienst und einem kompetenten Customer Service Team in Weil am Rhein für die Kundschaft präsent.

**Thommen Medical
Deutschland GmbH**

Am Rathaus 2
79576 Weil am Rhein

E-Mail: info@thommenmedical.de
Web: www.thommenmedical.com

Dentegris Deutschland



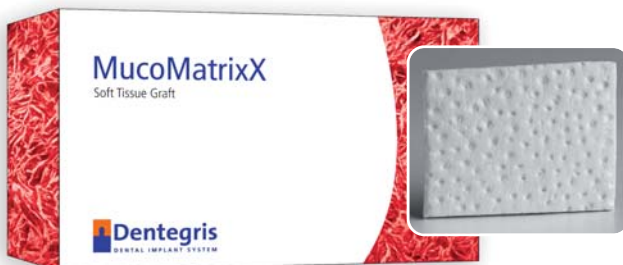
Experten-Meetings Biomaterialien

Nach dem großen Erfolg im Jahr 2011 lädt Dentegris auch 2012, mittlerweile im dritten Jahr in Folge, zu neuen Terminen der Experten-Meetings „Biomaterialien in der dentalen Knochen- und Weichgeweberegeneration“ ein. Im überschaubaren Kreis und im Ambiente ausgesuchter Hotels wird Referent Priv.-Doz. Dr. Dr. Daniel Rothamel den versierten Teilnehmern aus MKG-Chirurgie, Oralchirurgie und Implantologie einen fundierten Überblick über den aktuellen Stand in Wissenschaft und Forschung sowie einen Ausblick auf zukünftige

Entwicklungen im Bereich der dentalen Biomaterialien und seiner Anwendungsmöglichkeiten geben.

Sowohl aus materialwissenschaftlicher als auch aus anwenderorientierter Perspektive werden Themen wie Augmentationschirurgie, Membrantechniken und Weichgewebsmanagement umfassend beleuchtet. Außerdem wird Dentegris seine im Herbst 2011 mit großem Erfolg eingeführte dreidimensionale Kollagenmatrix MucoMatrixX vorstellen und über dessen Anwendungsmöglichkeiten berichten.

Nach der Auftaktveranstaltung in Köln am 24. Januar 2012 wird Dentegris mit den Expertenmeetings im Frühjahr 2012 in Frankfurt am Main (6. März), Düsseldorf (13. März), München (20. März), Kamen (27. März), Koblenz (17. April), Osnabrück (25. April) und Kempten (19. Juni) präsent sein.



Dentegris Deutschland GmbH

Grafschafter Str. 136, 47199 Duisburg
E-Mail: kundeninfo@dentegris.de

Web: www.dentegris.de

Henry Schein Dental Deutschland



Internationales Symposium 2012 in Budapest

Vom 3. bis 6. Oktober 2012 findet in Budapest das 2. Internationale Henry Schein Symposium statt. Die Fachveranstaltung für Zahnmediziner und Zahntechniker widmet sich unter anderem dem Spannungsfeld zwischen Endodontie und Implantologie und bietet ein breites Spektrum an Vorträgen und Workshops mit hochkarätigen Referenten und erfahrenen Praktikern.

Im Mittelpunkt der Veranstaltung 2012 stehen innovative Methoden sowie neueste Erkenntnisse aus den Bereichen Zahnerhaltung und Implantologie. Fokus der Veranstaltung ist die übergreifende



Humanpräparat in den Räumen der Gerichtsmedizin werden eine ganz besondere Möglichkeit der Fortbildung bieten. Parallel zum Kongress- und Workshop-Programm stellen Partner aus der Dentalindustrie ihre Produkte vor und bieten die Gelegenheit, dentale Innovationen vor Ort zu erleben.

Das Hotel Corinthia im Herzen von Budapest bietet den Rahmen für das Symposium. Ein Begleitprogramm und ein Gala-Abend im Budapester Museum der Schönen Künste runden die Veranstaltung ab. Die Registrierung ist sowohl online als auch direkt über die Außendienstmitarbeiter und die Henry Schein Dental Depots möglich.

Henry Schein Dental Deutschland GmbH

Monzastraße 2a, 63225 Langen
E-Mail: info@henryschein.de

Web: www.henryschein-dental.de



Fortbildung von der Diagnostik bis zur prothetischen Versorgung. Die Kurse am unfixierten

Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

OT medical



Humanpräparate-Kurs 2012 in Budapest

Nach der ausgesprochen positiven Resonanz in den vergangenen Jahren lädt OT medical am 11. und 12. Mai 2012 zur 3. Internationalen Fortbildungsveranstaltung mit Intensivtraining am Humanpräparat in Zusammenarbeit mit dem II. Institut für Pathologie der Semmelweis Universität in Budapest ein. „Der Einfluss anatomischer Faktoren auf die Implantationsplanung“ sowie „Indikationsbezogene Lösungsmöglichkeiten bei geringem Knochenangebot“ bilden die thematischen Schwerpunkte dieser abwechslungsreichen Veranstaltung. Am ersten Fortbildungstag erwartet die Teilnehmer ein umfangreiches Programm aus interessanten Fachvorträgen, dokumentierten Fällen sowie Theorie und Demonstrationen am Humanpräparat. Praktische Übungen an humanen Ganzkörper- und Kieferpräparaten ermöglichen den Teilnehmern am zweiten Tag ausführliche Studien der anatomischen Strukturen des Ober- und Unterkiefers. Fernab der täglichen Routine bietet sich die Gelegenheit, Kenntnisse und Erfahrungen aus-



zubauen und zu vertiefen. Im gesamten Kursverlauf stehen den Teilnehmern die Spezialisten der Semmelweis Universität, Referenten und Vertreter der OT medical GmbH unterstützend zur Seite. So können beispielsweise die verschiedenen Insertionstechniken von Schraub- und Press-Fit-Implantaten geübt, unterschiedliche Lösungsansätze bei kompromittiertem Knochenangebot erarbeitet und die Osteotomie-Technik mit dem OT-F³-Implantat zur Vermeidung des Sinuslift erlernt werden. Die Veranstaltung bildet den optimalen Rahmen für einen offenen Erfahrungsaustausch zwischen Wissenschaft und Praxis. Anmeldungen für die begrenzten Kursplätze werden ab sofort entgegengenommen.

OT medical GmbH
 Konsul-Smidt-Straße 8b
 28217 Bremen
 E-Mail: info@ot-medical.de
Web: www.ot-medical.de

Philips



Das Flaggschiff der Sonicare Schallzahnbürsten-Familie

Der Erfinder der Sonicare Schallzahnbürste bietet mit der Sonicare DiamondClean die Schallzahnbürste, die den hohen Ansprüchen an die häusliche Zahnpflege gerecht wird. Sie bietet effektives Plaquebiofilm-Management, die aktuellste Bürstenkopftechnologie sowie innovatives Design und Zubehör.

Sonicare DiamondClean entfernt bspw. an schwer erreichbaren Stellen bis zu 100 Prozent mehr Plaquebiofilm als eine Handzahnbürste.¹ Andere klinische Studien belegen, dass sich durch die Anwendung von Sonicare DiamondClean die Zahnfleischgesundheit in nur zwei Wochen verbessert.² Und in nur einer Woche ist eine Aufhellung der Zähne zu registrieren.³ Basis für den Erfolg sind die bewährte Sonic- und die moderne Bürstenkopftechnologie: 44 Prozent mehr Borsten als beim ProResults Bürstenkopf mit einem diamantförmigen Aufbau.



Sonicare DiamondClean bietet fünf Reinigungs-Modi, ein edles mattweißes Oberflächenmaterial für eine angenehme Haptik und noch nie dagewesenes Zubehör. Ein Glas dient als Ladestation zu Hause und lädt die Zahnbürste über Induktion. Auf Reisen kann DiamondClean im praktischen Hartschalenetui transportiert werden, das per USB-Anschluss an Laptop oder Steckdose geladen werden kann – falls es nötig ist, denn der Akku bietet dreiwöchigen DiamondClean Genuss.

Literatur

- 1 Plaque removal efficacy of two novel Philips Sonicare DiamondClean brush heads. Putt M, Millemann J, DeLaurenti M, Schmitt P, Data on file 2010
- 2 Plaque removal efficacy of two novel Philips Sonicare DiamondClean brush heads. Putt M, Millemann J, DeLaurenti M, Schmitt P, Data on file 2010
- 3 Evaluation of stain removal by Philips Sonicare DiamondClean power toothbrush and manual toothbrushes. Colgan P, DeLaurenti M, Johnson M, Jenkins W, Strate J, Data on file 2010

Philips Oral Healthcare GmbH
 Lübeckertordamm 5, 20099 Hamburg
 E-Mail: sonicare.deutschland@philips.com
Web: www.Philips.de/sonicare

Geistlich Biomaterials



4. Nationales Osteology Symposium – soft tissue special

Wo früher politische Geschichte geschrieben wurde – im ehemaligen Bundestag in Bonn – werden am 24. März 2012 renommierte Praktiker, Kliniker und Wissenschaftler die neusten Methoden, Forschungsergebnisse und Trends in der Weichgewebegeneration vorstellen. In den Workshops können die Teilnehmer aktuelle Themen, wie z.B. chirurgische Schnitt- und Nahttechniken, Methoden zur Rezessiondeckung sowie Möglichkeiten und Sinn einer Verbreiterung der keratinisierten Gingiva um Zähne und Implantate diskutieren und trainieren. In einem



interaktiven Expertenforum werden Fragen aus der Praxis mit dem Plenum diskutiert. Das Highlight ist sicherlich die „key note lecture“ von Prof. Jan Lindhe, einem der weltweit renommiertesten Wissenschaftler im Bereich der Geweberegeneration. Mehr Informationen:

Osteology Foundation
 Landenbergstr. 35
 6002 Luzern, Schweiz
 E-Mail: info@osteology.org
Web: www.osteology-bonn.org

Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

„Wir wollen den Markt nicht missionieren“

Bei der Neuentwicklung von Produkten setzt die Medical Instinct Deutschland GmbH vor allem auf die Bedürfnisse und Wünsche ihrer Anwender. Die Redaktion des Implantologie Journals sprach mit Geschäftsführer Jan Worlitz über die Entwicklung des Unternehmens, dessen Zukunftspläne und deren soziales Engagement.

Kristin Urban/Leipzig

n Herr Worlitz, wie kam es zur Gründung von Medical Instinct?

Ich bin seit zwanzig Jahren in der dentalen Implantologie tätig und habe mich ständig mit Implantologen über ihre Wünsche und Sichtweisen bezüglich unterschiedlicher Systeme und Unternehmen ausgetauscht. Dabei kam immer wieder zutage, dass sich viele Anwender Verbesserungen wünschten, die es zu dem jeweiligen Zeitpunkt entweder noch gar nicht oder nur innerhalb eines anderen Systems gab.

Zusammen mit zwanzig Großanwendern, die jeweils völlig unterschiedliche Systemvorlieben hatten, entwickelten wir ein modernes und wirtschaftliches System. Das Besondere daran sollte sein, den Implantologen jegliche Innovation und jeden Trend schnellstmöglich zugänglich zu machen. Das war die Geburtsstunde von Medical Instinct. Ein Unternehmen, das sich das Know-how der Anwender zunutze macht und ein System entwickelt, das nicht nur auf die Bedürfnisse der Implantologen maßgeschneidert ist, sondern ganz individuell auf die Kunden eingehen kann.

Ein inhabergeführtes und privat finanziertes Unternehmen mit dem richtigen Riecher – Instinkt – für den Markt?

Ja, unser Name ist tatsächlich Programm. In den vergangenen drei Geschäftsjahren haben wir auf Anregung unserer Kunden und innovativen Partnern mehr als zwanzig Modifikationen oder Neuprodukte pro Jahr realisiert, unter anderem z.B. die Hyaluronsäuremembranen. Und das Spannende daran ist, dass dieser Prozess natürlich nie aufhört, weil es immer neue Anregungen gibt, die unser Implantologiekonzept noch effizienter und kundenfreundlicher machen. Wir wollen den Markt nicht missionieren, sondern bieten praktikable, hochqualitative und gleichzeitig bezahlbare Implantologiekonzepte. Zudem bieten wir unseren Anwendern auch die Möglichkeit der Kleinstserienproduktion z.B. von besonderen Prothetikkomponenten an.

Sie haben einen rasanten Start hingelegt – hätten Sie damit gerechnet?

Dass sich unsere Auftragsbücher so schnell füllen würden, war in dem Umfang nicht zu erwarten. Nach unserem Messeauftritt auf der IDS in Köln kam auch großartiges Feedback aus dem In- und Ausland dazu, und mittlerweile haben wir auch interessante Handelsverträge abschließen können, weil wir ein schlüssiges System anbieten, das leicht den länderspezifischen Gegebenheiten angepasst werden kann.



Jan Worlitz, Gründer und Geschäftsführer Medical Instinct Deutschland GmbH

Aber wie flexibel können Sie denn auf die Interessen Ihrer Kunden reagieren?

Ich bin davon überzeugt, dass heute zum Erfolg eines implantologischen Unternehmens mehr gehört als eine Heerschar von Außendienstmitarbeitern, die regelmäßig in der Praxis erscheinen, um einen Auftrag abzuholen. Für unsere Kunden ist es wichtig, dass wir vor Ort sind, wenn sie es wirklich wünschen – und dass Fragen, Wünsche und mögliche Probleme direkt zum richtigen Ansprechpartner gelangen, der sich der Sache sofort annimmt. Das ist Teil unseres Erfolges. Wir nehmen uns die Zeit, uns neue Ideen der Anwender anzuhören und dann gemeinsam so schnell wie möglich umzusetzen. Manchmal handelt es sich „nur“ um innovative Details, die dann aber das tägliche Leben in der Praxis einfacher machen. Durch unsere Unternehmensgröße und das gezielte Setzen von Prioritäten können wir unsere Kapazitäten effizient ausschöpfen und höchst flexibel auf Kundenwünsche eingehen.

Bisher lag Ihr Fokus eher auf Großpraxen und Kliniken. Können zukünftig auch kleinere Praxiseinheiten von Ihrem Produkt- und Dienstleistungsportfolio profitieren?

Unter den knapp 900 Kunden in Deutschland haben wir auch bereits Anwender, die mit uns ihre ersten Implantate gesetzt haben und so als kleinere Praxis von den Erfahrungen und Errungenschaften von Großpraxen profitieren. Unser Leitspruch ist ja nicht umsonst: „Erfahrungen teilen – Erfolg multiplizieren.“ Daher bieten wir als weiteren Erfolgsmultiplikator den Praxen auch wirkungsvolle und sehr individuelle Marketingmaßnahmen an.

Medical Instinct unterstützt „Round Table Children’s Wish e.V.“. Was macht dieser Verein?

Das großartige Projekt erfüllt die Wünsche von schwerstkranken Kindern und Jugendlichen und wird dabei von

Persönlichkeiten wie Dr. Ursula von der Leyen oder Michael Schumacher unterstützt.

Medical Instinct ist seit der Unternehmensgründung Hauptsponsor, da wir uns auch sozial engagieren wollen. Wir arbeiten in einem Bereich, in dem teilweise inflationär mit Begriffen wie Lächeln, Lebensfreude und Lebensqualität umgegangen wird. Es ist für uns eine große Motivation, einen kleinen Beitrag dafür zu leis-

ten, dass Kinder, die es bereits schwer genug haben, mal wieder lächeln oder sich freuen können und für eine kurze Zeit ihre Krankheit vergessen. Der Vorsitzende Jörg Bürmann und eine Heerschar ehrenamtlicher Mitarbeiter leisten eine wundervolle Arbeit. Jeder, der mehr erfahren möchte, kann sich auf der Website unter www.rt-childrenswish.de über die Arbeit und aktuelle Projekte informieren. **n**

Kundenloyalität durch Transparenz und Ehrlichkeit erreichen

Als Marktführer für Biomaterialien im Bereich der dentalen Hart- und Weichgeweberegeneration behauptet sich Geistlich Biomaterials Deutschland weiterhin. Die Redaktion sprach mit Dr. Thomas Braun, Geschäftsführer, und Michael Wagner, Marketing Leiter bei Geistlich Biomaterials, über die Resümees aus 2011 und den Ausblick auf das neue Jahr.

Antje Isbaner/Leipzig

n Sie hatten ein erfolgreiches Jahr 2011. Geistlich Biomaterials überzeugte auf der IDS und mit dem Osteology Symposium in Cannes sowie dem Expansionskurs. Womit begründen Sie diesen Erfolg?

MW: Seit jeher verfolgen wir sehr konsequent unsere Produkte nur auf einer fundierten wissenschaftlichen Basis im Markt einzuführen oder anzubieten. Unsere Kunden wissen, dass Sie sich auf uns verlassen können und dass wir auch bei Werbemaßnahmen im Bereich Marketing sehr ehrlich und vertrauensvoll kommunizieren. Dies spiegelt sich in der Loyalität unserer Kunden auch in wirtschaftlich schwierigeren Zeiten.

Herr Dr. Braun, kürzlich sprachen Sie von einem Produkt zum Thema Weichgewebsregeneration, das vorerst nur bei den Spezialisten eingeführt werden soll. Können Sie hierzu Näheres sagen?

TB: Sie sprechen die Geistlich Mucograft an, welche als sanfte Alternative zu Autologen Transplantaten im Bereich der Rezessionsdeckung bzw. der Verbreiterung der keratinisierten Gingiva Anwendung findet. Dies ist ein

typische Beispiel für das Vorgehen seitens Geistlich bei einer Produktneueinführung. Erst wenn genug Daten vorhanden sind, wird ein solch techniksensitives Produkt mit den entsprechenden Anwendungsprotokollen allen zugänglich gemacht, damit unsere Kunden erfolgreich damit arbeiten können.

Durch die 100%ige Übernahme ihres Distributionspartners in Seoul bleibt die Geistlich Pharma AG mit der inzwischen siebten Tochtergesellschaft weiterhin auf Expansionskurs. Was bedeutet es für das Unternehmen, sich in diesem durchaus sehr dynamischen Markt Asien zu bewegen?

TB: Asien ist, wie Sie richtig beschreiben, ein sehr dynamischer aber auch ein sehr gewichtiger Markt. Umso bedeutsamer ist es gerade in den wichtigen Märkten mit einer eigenen Tochter vertreten zu sein. Da die asiatischen Kunden viel Wert auf Studien und Qualität legen, werden wir hier sicherlich sehr gut bestehen können. Und noch eine Neuheit: Seit dem 1. Januar 2012 gibt es auch in den USA eine Tochtergesellschaft der Geistlich Pharma AG.

Herr Wagner, Ihren letzten Anzeigenmotiven lag eine Lupe bei, die versinnbildlichen sollte „Genauer hinschauen lohnt sich“. Welche besonderen Details lassen sich dabei für Bio-Oss erkennen?

MW: Wie schon zuvor erwähnt, stützen wir uns auch im Marketing auf klinisch relevante Daten. Mit dieser Kampagne wollten wir darauf aufmerksam machen, dass es sich für die Kunden lohnt, ein vermeintliches Angebot zu überprüfen und zu hinterfragen. Die Reaktionen aus dem Markt haben gezeigt, dass vielen Kunden die teilweise drastischen Unterschiede bei den Materialien, wie z.B. die unterschiedlichen Gewichts-/Volumenverhältnisse bei Knochenersatzmaterialien, nicht so bewusst waren. **n**



Dr. Thomas Braun



Michael Wagner

Implantologie Journal – ein unerlässliches Forum

Prof. Dr. Hans L. Grafelmann | *Gründer und Ehrenpräsident der DGZI*

Herzlichen Glückwunsch dem Redaktionsteam des Implantologie Journals zum nunmehr 15. Jahresjubiläum mit bereits mehr als 100 Ausgaben! Mit der Übernahme des Organs der DGZI durch die OEMUS MEDIA AG mit diversen Fachjournalen und seiner professionellen Redaktionsabteilung setzte sich die Reihe der Informationen über die meines Erachtens wichtigste Entwicklung in der Zahnheilkunde in einem erweiterten Präsentationsbogen fort. Das Implantologie Journal beinhaltet wissenschaftliche Beiträge aller Disziplinen, von der Beurteilung des Kieferknochens und ggf. dessen Ergänzung, dem Erhalt der vertikalen Dimension, der Physiognomie, der funktionellen Verbesserung und Ästhetik bis zur Wiederherstellung der Gesamtgesundheit – zur Rückgewinnung der Lebensfreude. Mein Dank geht an die beruflichen Fortbildungsinstitute und Vereinigungen sowie die zahlreichen Forschungsgruppen, die zur Verbreitung der implantologischen Erkenntnisse beigetragen haben. Die zahnärztlich-kieferchirurgische Fachpresse ist neben der praktischen Ausbildung ein unerlässliches Forum. Die Implantologie bedeutet für junge Zahnärzte einen großen Schritt in Richtung berufliche Weiterentwicklung und Zukunft. Dem Redaktionsteam Fachjournalen und der OEMUS MEDIA AG wünsche ich weiterhin viel Erfolg!



Anregungen für die eigene Forschungstätigkeit

Prof. Werner Götz | *Universität Bonn*

Noch keine 15, aber immerhin schon sieben Jahre, bin ich regelmäßiger Leser des Implantologie Journals. Ich nehme seither jede neue Ausgabe mit Interesse zur Hand, denn die Zeitschrift bietet mir als Grundlagenforscher einerseits die Möglichkeit, Einblicke in Praxis und Klinik der Implantologie und damit zusammenhängende chirurgische Techniken zu erhalten. Die thematische Vielfalt der Beiträge garantiert mir Informationsmöglichkeiten über das gesamte Spektrum der oralen Implantologie und über neue Trends und Entwicklungen. Es werden einem dadurch auch Probleme oder klinische Fragestellungen bewusst, die Anregungen für die eigene Forschungstätigkeit geben können. Andererseits kann ich durch Veröffentlichungen über eigene Forschungsergebnisse und Projekte im „Implantologie Journal“ den klinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen Grundlagenforschung verständlich „rüberbringen“ und einen kleinen Beitrag leisten zur vielbeschworenen „Translation“ von Wissenschaft in die Praxis. Ich wünsche dem Implantologie Journal weiterhin viel Erfolg!

Schon der Gründungsvater der DGZI Prof. Grafelmann war von der herausragenden Bedeutung einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift für die Implantologie im Allgemeinen und die Mitglieder der DGZI im Besonderen überzeugt und gab mit der Oralen Implantologie die erste deutschsprachige implantologische Fachpublikation heraus. Heute ist das Implantologie Journal eine der erfolgreichsten implantologischen Fachpublikationen im deutschsprachigen Raum.

Lesen Sie die historischen Ausgaben per QR-Code als E-Paper.



Erste Ausgabe
Orale Implantologie 1980



Erste Ausgabe
DGZI intern 1991



„Eine feste Größe in der Verlagswelt“

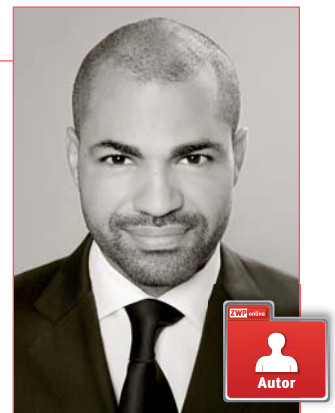
Dr. Werner Groll | Geschäftsführer DENTSPLY Friadent

Um über aktuelle Trends immer auf dem Laufenden zu sein, ist das „Implantologie Journal“ für mich in den letzten 15 Jahren eine feste Größe in der Verlagswelt gewesen. Mit acht Ausgaben im Jahr ist der Leser jederzeit up to date und weiß, welche Entwicklungen sich abzeichnen. Dabei erhält er ein anwenderorientiertes und umfassendes Behandlungsbild – ein aus meiner Sicht zentraler Aspekt. Denn Patienten erwarten mehr von ihren Behandlern als die bloße Insertion des Implantats: Sie erwarten Lösungen. Daher ist es wichtig, im Rahmen der optimalen Patientenversorgung Gesamtkonzepte für alle zahnmedizinischen Belange aufzuzeigen. In diesem Sinne wünsche ich dem „Implantologie Journal“ alles Gute zum Geburtstag – danke für 15 Jahre interessante Berichterstattung und innovative Impulse!

Kaleidoskop für Wissenschaft und Praxisnähe

Prof. Dr. Marcel A. Wainwright

15 Jahre Implantologie Journal und die letzten 15 Jahre in der Implantologie – eine Herausforderung für ein Grußwort! Das Implantologie Journal hat sich in 15 Jahren einen festen Platz in der Welt der implantologischen Fachzeitschriften geschaffen und sich zu einem praxisnahen Fort- und Weiterbildungsmedium etabliert, welches durch ausgesuchte Fachbeiträge ein hohes Maß an Qualität beinhaltet und dem implantologischen Zahnarzt, MKGler oder Oralchirurgen dazu verhilft, „up to date“ zu bleiben. Dabei ist meiner Meinung nach der Spagat zwischen Wissenschaft, die Wissenschaft und absoluter Praxisnähe nicht nur sehr gut gelungen, sondern ebenso unverzichtbar, denn beides bedingt einander in reziproker Kausalität. Die Wissenschaft muss der Fundus der Praktikabilität sein; am Ende jedoch muss die Umsetzbarkeit allen Wissens und aller Studien in die Praktikabilität oberstes Prinzip bleiben, damit schlussendlich der Patient nach bestem Wissen und Gewissen therapiert werden kann. Viele Wege führen bekanntlich nicht nur nach Rom, sondern auch zum gewünschten Therapieziel, jedoch sollte der Erstrebenswerte derjenige sein, welcher den Patienten mit dem geringsten Trauma, dem höchsten Maß an Prospektivität und dem geringsten Risiko auf selbigen zum Ziele führt. Mit dem Implantologie Journal hat der Implantologe ein „Tool“ in den Händen, welches praxisnah unterstützend zur kontinuierlich notwendigen Fortbildung eine hohe Wertigkeit besitzt! Meine allerbesten Glückwünsche und in freudig gespannter Erwartung auf die nächsten 15 Jahre Implantologie und Implantologie Journal!



1996 1997

Erste Ausgabe
Implantologie Journal 1997



1997 1998

Implantologie Journal
1998



2000 2001

Implantologie Journal
2001





Herzlichen Glückwunsch!

Wolfgang Becker | Geschäftsführer Straumann Deutschland

Das Implantologie Journal erscheint seit 15 Jahren und hat sich als anspruchsvolle Kommunikationsplattform etabliert. Die DGZI hat mit diesem Fachmedium für Praktiker eine Plattform für Wissens- und Erfahrungsaustausch sowie Weiterbildung auf hohem Niveau geschaffen. Die Leser des Mitgliederorgans erhalten Informationen über die Fachgesellschaft, aus Wissenschaft und Praxis und über Innovationen von der Industrie. Wir begrüßen die Rubrik „Herstellerinformationen“ innerhalb des Journals sehr. Als Industrieunternehmen ist es gut zu wissen, dass Meldungen über Produktneuheiten

ihren Platz in einem wirkungsvollen Medium finden.

Die Implantologie war in den vergangenen Jahren einer der wichtigsten Innovationsträger der Zahnmedizin und das Tempo ist nach wie vor hoch. Im Zentrum der gegenwärtigen Entwicklungen steht klar die Digitalisierung. Intraorale Abdrucknahme, 3-D-Diagnostik, geführte Chirurgie und CAD/CAM-gefertigte Prothetik sind richtungsweisende Entwicklungen. Wir von Straumann freuen uns, in diesem Zukunftsbereich eine wegweisende Position mit einzunehmen. So beteiligen wir uns durch die Zusammenarbeit mit der DWOS Group, Dental Wings und 3M ESPE an der Entwicklung eines offenen Softwarestandards für die Dentalindustrie. Gerne halten wir die Leser des Implantologie Journals mit Neuigkeiten auf dem Laufenden.

Wir wünschen dem Redaktionsteam weiterhin viel Erfolg und gratulieren zum Jubiläum.

Ein hochkarätiges 15-jähriges Jubiläum!

Prof. Dr. rer. nat. Christoph Bourauel



Zwar steht die implantologische Biomechanik erst seit knapp zehn Jahren im Fokus meiner wissenschaftlichen Tätigkeit und ist für mich somit noch in den Kinderschuhen im Vergleich zum „Teenager“ Implantologie Journal. Dennoch habe ich in diesen vergleichsweise wenigen Jahren das Journal stets als Quelle und Inspiration für aktuelle wissenschaftliche Fragestellungen schätzen gelernt. Die immer exzellent aufbereiteten Beiträge sind auch für einen zahnmedizinischen Autodidakten wie mich hervorragend verständlich und zeigen mir und meiner naturwissenschaftlichen Arbeitsgruppe die alltäglichen klinischen Herausforderungen und neuesten Entwicklungen, die in unsere wissenschaftlichen Studien einfließen. Ich möchte dem Journal und seinem Redaktionsteam auf das Herzlichste gratulieren und wünsche sicher weit mehr als nochmals 15 erfolgreiche Jahre!



2001 2002



Implantologie Journal 2002



2010 2011



Implantologie Journal 2011

international



1999 2000



Erste Ausgabe international magazine of oral implantology 2000

„Fachmedium mit hoher Anerkennung“

Michael Ludwig | Geschäftsführer CAMLOG Vertriebs GmbH



Zum 15-jährigen Bestehen des Implantologie Journals gratulieren wir der OEMUS MEDIA AG und der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V. sehr herzlich! Das Fachmedium hat sich die hohe Anerkennung der implantologisch tätigen Zahnärzte und Chirurgen verdient und bietet eine stets aktuelle und qualitativ hoch stehende Berichterstattung zu allen relevanten Fachthemen, wichtigen DGZI-Mitteilungen und Fortbildungsveranstaltungen. Der Industrie bietet es die Möglichkeit, sich in einem attraktiven Umfeld zu präsentieren und allen Interessierten zu empfehlen, die mit dem Unternehmen bisher noch nicht so viele Berührungspunkte hatten. Bei CAMLOG schätzen wir eine langfristige und für beide Seiten von Partnerschaftlichkeit und Mehrwert geprägte Zusammenarbeit. Dies gilt für unsere Kunden in gleicher Weise wie für das Implantologie Journal, die DGZI und alle anderen Geschäftspartner. In diesem Sinne wünschen wir uns, dass wir das „Erfolgsmodell Implantologie Journal“ noch sehr lange begleiten dürfen und freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit.

Informativ, fundiert und relevant

Claudia Lindemann | Vertriebsmanagerin OT medical



Seit nunmehr 15 Jahren nimmt das Implantologie Journal einen festen Platz in der Fachliteratur zum Thema Zahnärztliche Implantologie ein. Zum Jubiläum herzliche Glückwünsche an die DGZI als Herausgeber, die OEMUS MEDIA AG als Verlag und natürlich das engagierte Redaktionsteam.

In der heutigen Mediengesellschaft, in der sich jede Form des gedruckten Wortes gegen eine Vielzahl elektronisch aufbereiteter Informationen durchsetzen muss, ist Langlebigkeit keine Selbstverständlichkeit, sondern ein Gütesiegel. Der Erfolg

des Implantologie Journals steht exemplarisch für die hohe Qualität der Produkte aus dem Hause OEMUS MEDIA AG, deren vielfältige Fachpublikationen Kompetenz und Aktualität demonstrieren.

Als auflagenstärkstes Fachmagazin genießt das Implantologie Journal die hohe Akzeptanz einer breiten spezialisierten Leserschaft. Zahlreiche Anwenderberichte, Marktübersichten und Studien machen es außerdem zu einem wertvollen Instrument zur Entscheidungsfindung für den Implantologen. Damit bietet es für die OT medical GmbH eine hervorragende Kommunikationsplattform für Produktinformationen, Innovationen und aktuelle Nachrichten. Für die ausgesprochen angenehme Zusammenarbeit auf diesem Wege ein herzliches Dankeschön. Die OT medical GmbH gratuliert dem Implantologie Journal und wünscht auch für die kommenden Jahre weiterhin viel Erfolg.



2002 2003

International Magazine of Oral Implantology 2003



2004 2005

Erste Ausgabe implants 2005



2010 2011

implants 2011



Gratulation!

Nico Patidis | Geschäftsführer Dentegris Deutschland

Wir gratulieren zum 15-jährigen Bestehen des Fachmagazins Implantologie Journal! Das Implantologie Journal der OEMUS MEDIA AG ist nicht nur eines der etabliertesten implantologischen Fachmagazine im deutschsprachigen Raum, sondern erfüllt als Mitgliederorgan der DGZI auch die wichtige Aufgabe, seine Mitglieder aktuell und am Puls der Zeit mit Informationen rund um die Implantologie zu versorgen, die von wissenschaftlicher, klinischer und fortbildungstechnischer Relevanz sind.

Besonders hervorzuheben ist die gelungene Mischung aus interessanten Anwenderberichten, hochaktuellen Industrieupdates und den gut recherchierten, umfassenden Marktübersichten. Mit der Rubrik „Herstellerinformationen“ bietet das Implantologie Journal der Industrie die Möglichkeit, neue Produktinnovationen einer breiten Leserschaft kurz und prägnant zu präsentieren und mit neuen, potenziellen Kunden in Kontakt zu treten.

Wir von Dentegris Deutschland schätzen besonders die stets professionelle Kommunikation und freuen uns auf eine noch lang anhaltende Zusammenarbeit mit der OEMUS MEDIA AG und dem Implantologie Journal.



15 Jahre Implantologie Journal ...

Dr. Daniel Grubeanu

... genau so lange bin ich implantologisch tätig und das Implantologie Journal hat mich und viele meiner implantologisch tätigen Kollegen zuverlässig begleitet und informiert: praxisnah, prägnant und für jeden Level verständlich und umsetzbar. Herzlichen Glückwunsch! Ich wünsche dem Implantologie Journal und dem redaktionellen Team weiterhin viel Erfolg und weiterhin eine glückliche Hand bei der Auswahl der interessanten Fälle. Danke für die gute Zusammenarbeit!

Implantologie Journal – ein Bestandteil der DGZI

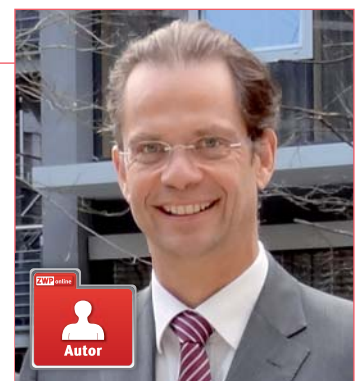
Prof. Dr. Dr. Frank Palm | Präsident DGZI

Die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V. (DGZI) besteht seit über 40 Jahren und ist somit die älteste deutsche implantologische Gesellschaft. Insofern verwundert es nicht, dass die erste deutschsprachige implantologische Fachpublikation das Organ unserer implantologischen Gesellschaft ist. Blickt man jedoch zurück, war das zu der damaligen Zeit nicht selbstverständlich. So wie die DGZI unter vielen Aspekten im Bereich der deutschen Implantologie eine Vorreiterposition einnimmt, war auch damals, vor 15 Jahren, das Implantologie Journal zu sehen. Eben ein Meilenstein in der deutschen Implantologie.

Es ist dem Implantologie Journal von Anfang an gelungen, Anwender, Universitäten und Industrie zusammenzubringen. Auf dieser einmaligen Plattform konnte eine Fachzeitschrift für den Anwender geschaffen werden.

Aus diesem Grund ist das Implantologie Journal bis heute eine der meistgelesenen implantologischen Zeitschriften im deutschsprachigen Raum. Aber so wie die Entwicklungen in der DGZI immer weiter vorangehen, ist das auch im Implantologie Journal der Fall. Unter vielen Aspekten ist das Implantologie Journal heute ebenfalls noch der Trendsetter. Für die Anwender sensationell ist z. B. die Onlinepräsenz und die Vernetzung, die es uns als Praktiker ermöglichen, schnell gezielt Informationen abzufragen. Oder die Vielzahl der Autoren und Firmenprofile in Verbindung mit den Archiv- und Videosuchoptionen machen das Implantologie Journal zum ersten echten E-Paper.

Bleibt mir eigentlich nur noch übrig, als Präsident der DGZI dem OEMUS MEDIA-Team recht herzlich zu diesem großartigen Erfolg und dem Geburtstag zu gratulieren und für die tolle Zusammenarbeit zu danken. Ich bin sehr froh, dass wir einen dermaßen kompetenten Partner wie die OEMUS MEDIA AG an unserer Seite haben und wünsche mir auch in der Zukunft viele spannende Implantologie Journale.



neu!

4 Fortbildungspunkte

implantate und sinus maxillaris

Ein kombinierter Theorie- und Demonstrationkurs für HNO-Ärzte, MKG-Chirurgen und Implantologen

Prof. Dr. Hans Behrbohm/Berlin | Priv.-Doz. Dr. Dr. Steffen G. Köhler/Berlin |



inkl. DVD



Kursinhalte

Implantate und Sinus maxillaris – HNO (Theorie und praktische Demonstration)

- | Anatomie der Kieferhöhle
- | Die periimplantologischen endoskopischen Wege zum Cavum maxillae
 - a supratorbinal
 - b infratorbinal
 - c prälacrimale oder vordere Fontanelle mit intracavitären Operationsschritten
 - d Abtragen von Zysten
 - e Reposition von Blow-out-Frakturen
 - f Aufrichten von Mittelgesichtsfrakturen
- | Interdisziplinäre anatomische Demonstration
- | Instrumentenkunde

Implantate und Sinus maxillaris – Implantologie (Theorie und praktische Demonstration)

- | Bedeutung der Kieferhöhle aus zahnärztlicher Sicht
- | Möglichkeiten der zahnärztlichen Diagnostik im Grenzbereich zur HNO
- | Zahnärztliche Chirurgie an Alveolarfortsatz und Kieferhöhle
- | Der Sinuslift und Knochenaufbau am Kieferhöhlenboden (div. Techniken)
- | Komplikationen bei Eingriffen im Bereich der Kieferhöhle

Hinweis: Jeder Kursteilnehmer erhält die DVD „Implantate und Sinus maxillaris“, auf der alle Behandlungsschritte am Modell bzw. Patienten noch einmal Step-by-Step gezeigt und ausführlich kommentiert werden.

Organisatorisches

Kursgebühr inkl. DVD 195,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale 25,- € zzgl. MwSt.
Bei der Teilnahme am Hauptkongress wird die Kursgebühr angerechnet.

OEMUS MEDIA AG, Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-3 08, Fax: 03 41/4 84 74-3 90
event@oemus-media.de, www.oemus.com



Nähere Informationen zu den Allgemeinen Geschäftsbedingungen erhalten Sie unter www.oemus.com

Dieser Kurs wird unterstützt

camlog

Geistlich Biomaterials

PROMEDIA MEDIZINTECHNIK

Stand: 01.12.2011

Termine 2012

HAUPTKONGRESS

01.06.2012 14.00 – 18.00 Uhr	Nord Rostock-Warnemünde	Ostseekongress/5. Norddeutsche Implantologietage
07.09.2012 09.00 – 13.00 Uhr	Ost Leipzig	9. Leipziger Forum für Innovative Zahnmedizin
02.11.2012 14.00 – 18.00 Uhr	West Essen	2. Essener Implantologietage
30.11.2012 14.00 – 18.00 Uhr	Süd Baden-Baden	2. Baden-Badener Implantologietage

Anmeldeformular per Fax an **03 41/4 84 74-3 90** oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig

Für die Kursreihe „implantate und sinus maxillaris“ melde ich folgende Personen verbindlich an:

- NORD** 01.06.2012 | Rostock-Warnemünde
 OST 07.09.2012 | Leipzig
 WEST 02.11.2012 | Essen
 SÜD 30.11.2012 | Baden-Baden
- Bitte senden Sie mir das Programm zum Hauptkongress

Name, Vorname

Praxisstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIAAG erkenne ich an.

Unterschrift

E-Mail

Ästhetische Implantologie

Neues eBook online

Im neuen eBook „KISS-Prinzipien der Ästhetischen Implantologie“ evaluiert der Autor Vis. Prof. Dr. Dr. Andreas H. Valentin nach dem KISS-Prinzip (Keep it simple, stupid) die vorhandenen Techniken ästhetischer und augmentativer Rekonstruktion und Implantation und beleuchtet deren Wertigkeit.



Im ersten Beitrag werden einleitend Material und Methoden vorgestellt. Im zweiten Teil dieser Artikelserie wird das Vorgehen bei kompromittiertem Lagergewebe (Defektklasse II und III der Einteilung) am Beispiel verschiedener Patientenfälle behandelt. Im dritten Artikel steht die Encode®-Technik, die neben der Sofortimplantation und dem Platform Switching ein weiteres effektives und gewebeschonendes Verfahren darstellt, im Vordergrund. Im vierten Beitrag wird schließlich die Indikationsklasse IV für diejenigen Fälle abgehandelt, die nicht sofort implantierbar sind, sondern eine präimplantologische Augmentation benötigen. Auch hier wird ein effektives Aufwand-Nutzen-Prinzip präsentiert, das Anzahl und Ausmaß der aufbauenden präimplantologischen Maßnahmen auf ein Minimum reduzieren kann.

Wie alle anderen eBooks der OEMUS MEDIA AG, kann auch das eBook „KISS-Prinzipien der Ästhetischen Implantologie“ mit einem einfachen Klick überall auf der Welt gelesen werden. Eine realistische Blätterfunktion sorgt dabei für ein natürliches Leseverhalten.

In der eBook Library unter www.zwp-online.info/publikationen sind weitere informative eBooks, u.a. zum Thema Knochenregeneration oder Sinuslift, verfügbar.

Quelle: OEMUS MEDIA AG

Dialog zwischen Medizinerinnen und Zahntechnikern

ITI-Kongress in Köln

Der Kongress der ITI-Sektion Deutschland am 27. und 28. April 2012 in Köln ist erneut als Gemeinschaftstagung mit den Zahntechnikern konzipiert. Das Leitthema lautet: „Neue Technologien und Methoden – nützlich oder nötig?“ Es ist die Fortsetzung des Kongresses 2008, wo man sich auf die Interaktion von Biologie und Technik in der Implantologie konzentrierte. Als Veranstaltungsort wurde das Staatenhaus am Rheinpark auf dem Kölner Messegelände gewählt. Dort kann ein besonderes Ambiente geboten und erstmals eine Industrieausstellung realisiert werden.

Bekannte und international renommierte Referenten berichten über den aktuellen Stand der Diskussion zur Implantatsetzung auf Knocheniveau versus Weichgewebeniveau und debattieren über Implantatmaterialien und neue Verfahren. Es gibt genügend Raum für die Diskussion über augmentative Verfahren mit ihren Novitäten und insbesondere der digitalen Prozesskette auf wissenschaftlicher Basis mit ihren praktischen Umsetzungsmöglichkeiten. Im traditionellen „Streitgespräch“ geht es zum einen um die Lösungsmöglichkeiten bei Implantatmisslingen und zum anderen um Therapiekonzepte bei periimplantären Infektionen. Der ITI-Kongress steht im Zeichen des direkten Dialogs zwischen Medizinerinnen und Zahntechnikern. So wird der stetig wachsende Kommunikationsbedarf zwischen Zahnmedizin und Zahntechnik unterstützt. Das Kongressprogramm ist

auf praxisnahe Inhalte beider Fachbereiche im Sinne einer zukunftsorientierten und hoch qualitativen Zusammenarbeit ausgerichtet. Deshalb fördert das ITI die Teilnahme kooperierender Zahnmediziner und Zahntechniker. Sollten beide als Team teilnehmen, erhalten sie einen Preisvorteil von 50 Euro.

Wie in den vergangenen Jahren veranstaltet Straumann für die Teilnehmer eine Kongressfeier, das Motto: „Emergency Room“. Bei spannenden Showeffekten und mitreißender Livemusik auf der Tanzfläche sollen Spaß, der Erfahrungsaustausch sowie das Networking nicht zu kurz kommen.

Der gemeinsame Beirat Fortbildung der BZÄK mit der DGZMK empfiehlt für diese Fortbildung



eine Bewertung mit 15 Punkten. Die Workshops werden mit weiteren drei Fortbildungspunkten bewertet. Zusätzliche Informationen und Anmeldung direkt beim ITI oder auf der Webseite: www.iti.org/congressgermany

Quelle:
ITI International Team for Implantology

Patient hat Anspruch auf „brauchbaren Zahnersatz“

Honorarzahlung verweigert

Ein Zahnarzt erhält für eine völlig unbrauchbare Leistung kein Honorar. Das entschied das Oberlandesgericht (OLG) Koblenz in einem am Donnerstag bekanntgewordenen Beschluss. Zwar schulde ein Arzt, anders als beispielsweise ein Handwerker, keinen Erfolg seiner Leistungen. Zumindest bei Zahnprothesen dürfe der Patient jedoch erwarten, dass sie brauchbar seien und der Zahnarzt – wenn möglich – eventuelle Mängel beseitige (Az.: 5 U 481/11). Das OLG gab mit seinem Beschluss einem Patienten Recht, der sich geweigert hatte, dem Zahnarzt das geforderte Honorar zu zahlen. Trotz mehrfacher Nach-

besserungsversuche hatte der Patient darüber geklagt, die Oberkieferprothese sitze zu fest und die Unterkieferprothese zu locker. Daraufhin erklärte der Arzt dem Patienten, er könne nichts mehr für ihn tun. Bezahlt werden wollte er trotzdem. Nach Auffassung des OLG hat der Zahnarzt allerdings seinen Zahlungsanspruch verwirkt. Denn er habe die nach Auffassung eines Gutachters möglichen Verbesserungen nicht vorgenommen. In solchen Fällen entfallende dann auch die Rechtsgrundlage für das Honorar.

Quelle: dpa

Zahl der Zahnextraktionen und Füllungen deutlich zurückgegangen

Weniger Extraktionen in Deutschland

Zwischen 1991 und 2009 ist die Zahl der Extraktionen, die über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet wurden, um fast 20 Prozent gefallen. Die Zahl der abgerechneten Füllungen ging in diesem Zeitraum sogar um 35 Prozent zurück. Darauf wies die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) anlässlich des Tages der Zahngesundheit hin, der alljährlich am 25. September stattfindet.

Dazu sagte der Vorsitzende des Vorstandes der KZBV, Dr. Jürgen Fedderwitz: „Der Rückgang bei Extraktionen und Füllungen ist ein Beleg für den Erfolg der präventionsorientierten Zahnmedizin in Deutschland. Aber wir können noch lange nicht die Hände in den Schoß legen. Noch immer verzeichnen wir allein bei gesetzlich Krankenversicherten im Jahr ca. 56 Millionen Kariesfälle und über 13 Millionen Extraktionen. Wir müssen uns also weiter auf Aufklärung und Vorsorge konzentrieren.“ Besonders kritisch sei, so



Fedderwitz weiter, dass an der allgemeinen Verbesserung der Zahngesundheit nicht alle Bevölkerungsgruppen im gleichen Maße teil hätten. Es gebe eine Schiefelage in der Kariesverteilung, vor allem bei Kindern und Jugendlichen: „Bei den 12-Jährigen haben etwa 10 Prozent ein sehr hohes Kariesrisiko. Bei ihnen haben wir 60 Prozent aller Kariesfälle der Altersgruppe. Um diese Risikogruppe müssen wir uns besonders bemühen.“

4. Internationaler CAMLOG Kongress

Präzision aus der Schweiz

Vom 3. bis 5. Mai 2012 wird der 4. Internationale CAMLOG Kongress im Luzerner Kultur- und Kongresszentrum stattfinden.

Wissenschaftlich-technische Präzision ist in der Schweiz seit Langem beheimatet. Die Schweiz ist nicht nur unumstritten in der Uhrentechnik, sondern auch in verschiedenen anderen Bereichen technologisch weltweit vorn mit dabei. Dazu zählt auch die Medizinaltechnik, in der die Schweiz traditionell stark vertreten ist – nicht zuletzt durch die in Basel ansässige CAMLOG Biotechnologies AG, Muttergesellschaft der international erfolgreichen CAMLOG Gruppe.

Während des 4. Internationalen CAMLOG Kongresses vom 3. bis 5. Mai 2012 in Luzern werden zahlreiche anerkannte Vortragende eine Vielzahl von wissenschaftlich-technischen Themen zu „State of the Art“ der dentalen Implantologie präsentieren. Dies wird einerseits die fachwissenschaft-

lichen Kenntnisse der Kongressteilnehmenden erhöhen und andererseits konkret dazu beitragen, die klinischen Resultate der Behandelnden in ihrer täglichen Praxis zu verbessern. Die diesjährige Tagung steht unter dem Motto „Feel the pulse of science in the heart of Switzerland“. Am Abend des ersten Kongresstages wird die beliebte CAMLOG Party in der außergewöhnlichen Höhe von 1.600 Metern über dem Meeresspiegel mit alpiner Aussicht veranstaltet – „Let’s rock the Alps!“ heißt hierfür die Devise.

CAMLOG freut sich darauf, anlässlich des 4. Internationalen CAMLOG Kongresses der Wissenschaft im Herzen der Schweiz den Puls zu fühlen – und auch das gemeinsame Feiern mit zahlreichen Gästen nicht zu vergessen.

CAMLOG Foundation
Tel.: +41-61/565 41 14
E-Mail: foundation@camlog.com
Web: www.camlogcongress.com

SCAN MICH



Video



4. INTERNATIONALER
CAMLOG KONGRESS
3.–5. MAI 2012
LUZERN, SCHWEIZ

Histologische Untersuchungen

Für die Forschung und den eigenen Patienten

„Histologische Untersuchungen an Knochenbiopsien nach Augmentation mit Knochenersatzmaterialien“ – unter diesem Titel wird die DGZI ein Forschungsprojekt an der Zahnklinik der Universität Bonn unterstützen. Es ist dort in der Oralbiologischen Grundlagenforschung bei Prof. Dr. Werner Götz angesiedelt. Die Ergebnisse seiner Arbeitsgruppe dienen einerseits der Forschung und lassen sich andererseits für eigene Patientenfälle nutzen – eine Chance auch für niedergelassene Zahnärzte.

Seit vielen Jahren führt man im Oralbiologischen Labor der Poliklinik für Kieferorthopädie histologische Untersuchungen an Biopsien aus augmentierten Regionen vor Implantatsetzung durch. Um die große Zahl der Einsendungen bewältigen zu können, erhalten die Wissenschaftler nun eine Drittmittel-Förderung durch



die DGZI. Prof. Götz betont die Bedeutung firmenunabhängiger Forschung: „Das Sponsoring durch eine wissenschaftliche implantologische Gesellschaft garantiert mir, dass wir Studien an Knochenproben unter Verwendung von Ersatzmaterial aller Hersteller durchführen können. Langfristig möchte ich mit den Daten ein umfassendes Qualitäts- und Referenzzentrum etablieren.“

Interessierte Behandler schicken im konkreten Patientenfall eine Gewebeprobe aus einem augmentierten Bereich in Formalinlösung mit einem anonymisierten Begleitzettel an das Universitätslabor. Von dort erhalten sie einen histopathologischen Befund, aus dem sich die Qualität der Einheilung und der Knochenregeneration ableiten lässt.

Quelle: Prof. Dr. Werner Götz, Bonn
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Poliklinik für Kieferorthopädie
Oralbiologische Grundlagenforschung

Neue Beschichtungstechnik

Spezielle Oberfläche lässt Implantate fester einwachsen

In den Knochen eingesetzte Implantate und Prothesen, die dauerhaft im Körper verbleiben sollen, müssen vor allem eines: schnell und sehr fest mit dem Knochengewebe verwachsen, um starken mechanischen Belastungen standhalten zu können. Das gilt für die Verankerung künstlicher Hüft-, Knie- oder Schultergelenke ebenso wie für Zahnimplantate im Kieferknochen.

Durch eine spezielle Anwendung der plasma-chemischen Oxidation ist es Thüringer Forschern in einem zweijährigen Verbundprojekt, das vom Freistaat Thüringen mit EU-Mitteln in Höhe von 700.000 Euro gefördert wurde, gelungen, eine poröse, bioaktive Oberfläche auf Titanimplantaten zu erzeugen. Die spezielle Außenschicht ist um ein Vielfaches dicker als die Titanoxidschicht auf herkömmlichen Implantaten oder Endoprothesen. Entwickelt und getestet wurde die neue Implantatoberfläche im interdisziplinären Verbund mit Wissenschaftlern des INNOVENT e.V. in Jena, des Instituts für Materialwissenschaft und Werkstofftechnologie an der Friedrich-Schiller-Universität Jena und des Implantatherstellers Königsee Implantate GmbH.

In einer vorklinischen Studie konnten die Chirurgen, Materialwissenschaftler und Implantathersteller nachweisen, dass die neuartige Oberfläche im Vergleich zu herkömmlichen Implantaten ein mehrfach festeres Einwachsen in das Knochengewebe ermöglicht. Mit ihren bisherigen Erfahrungen wollen die Wissenschaftler die neuen Implantate anschließend auch klinisch testen. „Sie könnten zum Beispiel bei osteoporosebedingten Brüchen oder notwendigen Versteifungen zum Einsatz kommen“, so Chirurg Diefenbeck. Die verantwortungsvollen klinischen Studien werden noch etwa fünf Jahre in Anspruch nehmen, bevor die neuen Implantate den Patienten zugutekommen. Seine Ergebnisse veröffentlichte der Forschungsverbund kürzlich im Fachjournal *Biomaterials*.

Originalliteratur:

Diefenbeck M, Mückley T, Schrader C, Schmidt J, Zankovych S, Bossert J, Jandt KD, Faucon M, Finger U. The effect of plasma chemical oxidation of titanium alloy on bone-implant contact in rats. *Biomaterials* (2011)
doi:10.1016/j.biomaterials.2011.07.046

Quelle: Uniklinikum Jena

DENTSPLY Friadent World Symposium

„Tissue Response erfolgreich beherrschen“

Dieses Motto steht im Mittelpunkt des 15. DENTSPLY Friadent World Symposiums in Hamburg. Am 16. und 17. März 2012 treffen sich dort international anerkannte Referenten und implantologisch tätige Fachbesucher aus aller Welt, um sich über aktuelle und zukünftige Entwicklungen in diesem hochrelevanten Themenbereich auszutauschen.

Dabei bietet ihnen die Veranstaltung mit ihrer gewohnt hochkarätigen Besetzung nicht nur Wissensaustausch auf höchstem Niveau, sondern auch die Gelegenheit, zahlreiche Lösungen selbst auszuprobieren und spannende Einblicke zu erhalten.

Die gezielte Steuerung von Tissue Response ist für den Erfolg einer Implantatbehandlung von entscheidender Bedeutung. Das spiegelt sich auch im Portfolio von DENTSPLY Friadent wider, denn alle Therapiekonzepte sind auf dauerhaft stabile und gesunde Gewebeverhältnisse ausgerichtet.



Lösungskonzepte von heute und morgen erleben

Das World Symposium bietet zu diesem Thema wertvolle Informationen und praxisnahe Lösungen. Von der Diagnose über die Planung bis hin zur Maintenance erfährt das Fachpublikum, was für eine optimale Patientenversorgung wichtig ist. Dabei werden auch zukünftige Entwicklungen diskutiert: Wohin führt der Weg bei Implantatoberflächen und Keramik? Was kann computergeführte Chirurgie oder CAD/CAM der nächsten Generation? Viele innovative Konzepte können die Besucher des World Symposiums bereits vor Ort erleben: Etwa bei der Vorstellung der neu bei DENTSPLY Friadent verfügbaren Implantate aus Zirkondioxidkeramik, mit Prothetikkonzepten auf anguliert gesetzten Implantaten für ANKYLOS® und XiVE® oder im Rahmen der Präsentation eines Verfahrens für die Herstellung intra-oral verschweißter Provisorien.

Quelle: DENTSPLY Friadent

Arztssuche wird vereinfacht

Einheitliche Notdienst-Nummer geplant

Wer in Deutschland dringend einen Arzt braucht, soll ihn künftig schneller finden – und zwar über die bundesweit einheitliche Notdienst-Nummer 116 117. Dies sieht ein Änderungsantrag von Union und FDP zum Gesetz zur besseren medizinischen Versorgung vor, das Anfang 2012 in Kraft treten soll. Damit bestätigte das Büro des CDU-Gesundheitsexperten Jens Spahn einen Bericht der „Bild“-Zeitung. Demnach sind die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Umsetzung einer entsprechenden EU-Vorgabe zuständig. Spahn sagte der Zeitung:

„Wir wollen es für die Menschen einfacher machen. Die umständliche Suche nach dem diensthabenden Arzt entfällt künftig.“

Quelle: dpa



Gut beraten mit dem neuen GOZ-Seminar

Jetzt ist es amtlich – am 1. Januar 2012 tritt die neue Gebührenordnung für Zahnärzte in Kraft. Die renommierte Referentin Iris Wälter-Bergob klärt rund um die Thematik in einer neuen Seminarreihe zur GOZ auf.

Wie geht man mit Absenkungen und Aufwertungen um, welche Rolle spielt der betriebswirtschaftliche Sollumsatz? Wie können qualitätsorientierte Honorare in Zukunft umgesetzt werden und welche Vereinbarungen werden

dafür benötigt? Im Seminar werden die wichtigsten Änderungen und Neuerungen angesprochen und anhand zahlreicher Beispiele zu einfachen und komplexen Behandlungsfällen optimal veranschaulicht.

Weitere Informationen und Termine:

OEMUS MEDIA AG

E-Mail: event@oemus-media.de

Web: www.oemus.com

Alle Lernmittel/Bücher
zum Kurs inklusive!

Implantologie ist meine Zukunft ...

Schon mehr als 1.000 meiner Kollegen und Kolleginnen haben das erfolgreiche und von erfahrenen Referenten aus Wissenschaft und Praxis getragene DGZI-Curriculum erfolgreich abgeschlossen. Mit 100% Anerkennung durch die Konsensuskonferenz ist das Curriculum der DGZI eines der wenigen anerkannten Curricula und Aufbaustudium auf dem Weg zum Spezialisten Implantologie und zum Master of Science.

STARTTERMIN

Kurs 152 ▶ **16. März 2012**

DGZI-Curriculum – Ihre Chance zu mehr Erfolg!

Neugierig geworden? Rufen Sie uns an und erfahren Sie mehr über unser erfolgreiches Fortbildungskonzept!

DGZI – Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.
Fortbildungsreferat, Tel.: 02 11/1 69 70-77, Fax: 02 11/1 69 70-66, www.dgzi.de
oder kostenfrei aus dem deutschen Festnetz: 0800-DGZITEL, 0800-DGZIFAX



Abrechnung präparierter Implantatpfosten: GOZ 220/500 vs. GOZ 221/501

Janine Schubert

Der noch vor einigen Jahren geltende Grundsatz „Lücke schafft Brücke“ kann heute aufgrund der erweiterten Therapiemöglichkeiten und der wachsenden ästhetischen Ansprüche der Patienten nicht mehr als selbstverständlich angesehen werden. Immer häufiger wünschen Patienten – unabhängig vom Alter – zum Ersatz eines einzelnen Zahnes oder zur Beseitigung einer einseitigen Freiersituation eine Implantatversorgung, um die hohe Lebensqualität zu erhalten.

Die Liquidation der entsprechenden Gebührenpositionen für die Suprakonstruktion hat jedoch häufig einen negativen Leistungsbescheid des Kostenerstatters zur Folge. Speziell die Frage, welche Gebührenposition für einen präparierten Implantatpfosten angesetzt werden kann, wird von Kostenerstattern vermehrt mit Verweis auf die Leistungsbeschreibungen der Gebührenpositionen GOZ 220 bzw. 500 beurteilt.

Ansicht der Kostenerstatter ist nur die halbe Wahrheit

Gemäß den originalen Leistungsbeschreibungen der GOZ 220 für die Krone bzw. der GOZ 500 für den Brückenanker ist den Hinweisen der Versicherungen und Beihilfestellen zunächst scheinbar nicht zu widersprechen. Bei Vergleich der Leistungstexte dieser GOZ-Nummern für die Kronenversorgung kommt in der Tat zum Ausdruck, dass im Bereich der Einzelkronen oder Brückenpfeiler lediglich im Leistungstext zur GOZ 220 bzw. 500 von einem Implantat als Träger der Krone die Rede ist.



Seit Inkrafttreten der derzeit geltenden Gebührenordnung 1988 erfolgt die Zuordnung von Kronen und Brückenpfeilern jedoch konsequent nach der Präparationsart, also der Gestaltung des Zahn-/Implantatstumpfes, sodass bei Präparation eines Abutments selbstverständlich die GOZ 221 bzw. 501 berechenbar ist. Vor allem da hierbei dasselbe Prinzip wie bei Präparation eines natürlichen Zahnes gilt. Mithin ist der Aufwand zur Herstellung einer Suprakonstruktion auf einem Implantat nicht außer Acht zu lassen, da dieser deutlich höher einzustufen ist als die konventionelle Präparation eines Zahnes. Die heutigen keramischen Aufbauten werden in den Mund des Patienten eingesetzt und beschliffen, um dann abgeformt zu werden. Im Einzelfall sollte dies jedoch belegbar sein.

So sieht es die Rechtsprechung und Literatur

Anlässlich der 1. Interpretation der GOZ hat der BDIZ bereits Anfang der 90er-Jahre festgestellt, dass die implantatgetragenen Aufbauten, die im Munde des Patienten nach Stufen- oder Hohlkehlpräparation beschliffen werden, entsprechend den GOZ-Positionen 221/501 abgerechnet werden sollten. In ihrer aktuellen Stellungnahme vom 11. November 2010 bestätigt die Bundeszahnärztekammer diese Auffassung: „Bei der Versorgung mit Implantaten mit konfektionierten Systemen sind die Geb.-Nrn. 220 und 500 GOZ berechenbar. Wird ein Implantat/Implantatkörper als Hohlkehl- oder Stufenpräparation tatsächlich präpariert, können Leistungen z.B. nach den Geb.-Nrn. 221/501 GOZ berechnet werden.“

Auch der gerichtlich relevante Kommentar von Liebold/Raff/Wissing spricht sich für diese Berechnung aus und schließt sich damit beispielsweise einem Urteil des Landgerichts Dresden vom 1. Dezember 2000 (Az. 15 S 0334/98) an. Das Gericht hatte sich mit der vorgenannten Problematik befasst und festgestellt, dass, sofern festsitzende Kronen auf Implantatpfeilern mit sichtbarer Stufen- bzw. Schulterpräparation („schräge Stufen im Kronenrandbereich“) eingegliedert werden, die Gebührenposition GOZ 221 bzw. 501 berechenbar ist.

TIPP: Um im Frontzahnbereich den ästhetischen Ansprüchen der Patienten gerecht zu werden und die Divergenz zwischen den gesetzten Implantatpfeilern ausgleichen zu können, werden zudem häufig konfektionierte oder individuelle Verbindungselemente, sogenannte Mesostrukturen, eingegliedert, um eine gemeinsame Einschubrichtung der prothetischen Rekonstruktion gewährleisten zu können. Aus gebührenrechtlicher Sicht ist dabei ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass dieses Verbindungselement zu den Sekundärteilen gehört, deren Auswechseln entsprechend GOZ 905 zu berechnen ist (vgl. Beschluss des GOZ-Ausschusses der LZK BW vom 25. November 2009).

Fazit

Wird ein konfektionierte Implantatpfosten unter Verwendung gleichfalls konfektionierte Hilfsmittel mit einer Krone versehen, so erfüllt dies den Leistungsinhalt der verhältnismäßig niedrig bewerteten GOZ 220 bzw. 500. Ist der Arbeits- bzw. Zeitaufwand jedoch gleich groß oder gar noch erheblich größer und wird das Abutment vom Behandler präpariert, so rechtfertigt dies selbstverständlich den Ansatz der höher bewerteten Positionen GOZ 221 bzw. 501. Um das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht unnötig zu belasten, sollten jedoch mögliche Differenzen im Rahmen der Kostenerstattung bereits vor Behandlungsbeginn mit dem Patienten erörtert werden.

BFS health finance GmbH Erstattungsservice

Janine Schubert

Schleefstr. 1

44287 Dortmund

Tel.: 02 31/94 53 62-8 00

Fax: 02 31/94 53 62-8 88

www.bfs-health-finance.de



Bestellen Sie die neuen Kompendien 2012



79 €
Erhöht ab Mai 2012



59 €



59 €

„Jahrbuch Implantologie“

_____ Exemplar(e)

„Jahrbuch DDT“

_____ Exemplar(e)

„Jahrbuch Laserzahnmedizin“

_____ Exemplar(e)

Preise verstehen sich inkl. MwSt. und Versandkosten.

Anwenderberichte Fallbeispiele Marktübersichten Produktübersichten

Faxsendung an

03 41/4 84 74-2 90

Bitte senden Sie mir mein(e) Exemplar(e) an folgende Adresse:

Jetzt bestellen!

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon/Fax:

E-Mail:

Praxisstempel

Unterschrift:



OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-0
Fax: 03 41/4 84 74-2 90

DGZI setzt erfolgreiches modulares Curriculum Implantologie weiterhin fort

Aufgrund der Vielzahl der angebotenen Fortbildungsmöglichkeiten unterschiedlichster Anbieter und der veränderten Anforderungen an Aus- und Weiterbildung entschloss sich die DGZI, Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V., vor einiger Zeit, das erfolgreiche Curriculum Implantologie neu zu gestalten.

Kristin Urban/Leipzig

Wie bereits berichtet, kann man anstatt der geforderten acht Kurswochenenden nun zeitlich und vor allem auch fachbezogen flexibel das Curriculum Implantologie absolvieren. Mit fünf Pflichtmodulen (Kurswochenenden) und drei frei wählbaren Wahlmodulen (Kurswochenenden) können die Teilnehmer ihre Schwerpunkte in der implantologischen Ausbildung selbst setzen.

Das Spektrum reicht hier von Alterszahnheilkunde, Sedationstechniken, bis zum praktischen Kurs an Humanpräparaten. Mehr als zehn verschiedene Wahlmodule werden nun in der neu gestalteten curricularen Ausbildung angeboten. Erstmals können damit im implantologischen Curriculum auch Kenntnisse der Schwerpunkte der eigenen Arbeit in der Praxis ausgebaut werden. Alle Wahlmodule sind ebenfalls als ergänzende Fortbildungen einzeln und außerhalb der Curricula buchbar. In den kommenden Ausgaben stellen wir unseren Lesern die jeweiligen Wahlmodule vor, in diesem Heft *Implantatprothetische Fallplanung*.



DGZI
Deutsche Gesellschaft für
Zahnärztliche Implantologie e.V.

Pflicht- und Wahlmodule des Curriculums Implantologie der DGZI auf einen Blick

Pflichtmodule

- 01 Grundlagen der Implantologie und Notfallkurs
- 02 Spezielle implantologische Prothetik
- 03 Übungen und Demonstrationen an Humanpräparaten
- 04 Hart- und Weichgewebsmanagement in der Implantologie (Teil I und Hygiene in der zahnärztlichen Chirurgie)
- 05 Hart- und Weichgewebsmanagement in der Implantologie (Teil II)

Wahlmodule

- 06 Okklusion und Funktion in der Implantologie
- 07 Implantatprothetische Fallplanung
- 08 Alterszahnheilkunde, Altersimplantologie und Gerontoprothetik
- 09 Laserzahnheilkunde und Periimplantitistherapie
- 10 Sedationstechniken, Implantations- und Operationsverfahren
- 11 Bildgebende Verfahren in der Implantologie
- 12 Implantationstechniken von A-Z
- 13 Implantologie für die Praxis aus der Praxis
- 14 Piezosurgery
- 15 Umstellungsosteotomien im Zahn-, Mund- und Kieferbereich
- 16 Problembewältigung in der zahnärztlichen Implantologie

► **Alle Pflicht- und Wahlmodule auch einzeln buchbar als individuelle Fortbildungsveranstaltung ohne Curriculumteilnahme!**

► **Volle Anerkennung der Konsensuskonferenz Implantologie!**

► **Fortbildungspunkte nach BZÄK/DGZMK!**

Termine, Kursorte und detaillierter Modulkatalog auf Anfrage über die DGZI-Geschäftsstelle.

INFORMATIONEN

DGZI-Geschäftsstelle

Feldstraße 80
40479 Düsseldorf
Tel.: 02 11/1 69 70-77
Fax: 02 11/1 69 70-66
E-Mail: sekretariat@dgzi-info.de
Web: www.DGZI.de



Wahlmodul: Implantatprothetische Fallplanung

Kursleiter	Prof. Dr. Reiner Biffar/Greifswald
Kursort	Greifswald
Lern-/Lehrziele	<p>Grundkenntnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> • implantatprothetische Planung im teilbezahnten und zahnlosen Kiefer (Strategie, Planungsgrundsätze) • praktisches Vorgehen bei der Planung für implantatgetragenen Zahnersatz (Erstellung Planungsunterlagen, 3-D-Planung)
Zielgruppe	approbierte Zahnärzte/-innen
Notwendige Ausrüstung	Planungsunterlagen für einen eigenen implantatprothetischen Patientenfall (klinischer Befund, Modelle, OPG)
Modulinhalt	<p>1. Planungsunterlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> • klinischer Befund inklusive parodontologischem und funktionellem Kurzbefund • instrumentelle Modellanalyse • Bildgebende Verfahren (Röntgen, CT, DVT) • Erstellung Planungsschablonen (Wax-up, Set-up, Mock-up, Referenzhülsen) <p>2. Planungsgrundsätze</p> <p><i>zahnloser Kiefer</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Implantatanzahl und -position für festsitzenden und herausnehmbaren Zahnersatz • Ankopplungselemente für herausnehmbaren Zahnersatz <p><i>teilbezahnter Kiefer</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Implantatanzahl und -position für festsitzenden und herausnehmbaren Zahnersatz • Einbeziehung fraglicher Zähne mit parodontologischer und endodontischer Vorschädigung • Prinzip des „strategischen Pfeilers“ • zahn- und implantatgetragene oder rein implantatgetragene Brücken/Einzelkronen • bedingte Abnehmbarkeit der Suprakonstruktion <p><i>Frontzahnücke</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Besonderheiten Frontzahnimplantat in der Planung <p>3. Zweidimensionale Planung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Röntgendiagnostik <p>4. Dreidimensionale Planung (CT, DVT)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forward Planning • Backward Planning (Med3D) <p>5. Demonstration Patientenfälle mit Diskussion</p> <p>Praktische Übungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planungsübungen anhand vorgegebener Planungsunterlagen • Vorstellung eigener Patientenfälle • Übung mit 3-D-Planungsprogramm

Die Implantologie im Wandel

Neue Wege der DGZI und strategische Verstärkung im Vorstand

„Die Implantologie befindet sich im Wandel – die DGZI hat dies früh erkannt und richtet sich neu aus“, dies das Resümee des Präsidenten der DGZI, Prof. Dr. Dr. Frank Palm auf der Jahreshauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie, die am 17. Dezember 2011 stattfand.

Dr. Georg Bach/Freiburg im Breisgau

Ein äußerlicher Wandel war dann auch allseits bemerkt worden: Waren die Mitgliederversammlungen der ältesten europäischen Fachgesellschaft in den vergangenen Jahren stets von widrigen Wetterbedingungen und Schneechaos gekennzeichnet, so konnte die Anreise dieses Jahr unter angenehmen Umweltbedingungen stattfinden und so fand auch eine stattliche Anzahl von Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie am Samstag des letzten Adventswochenendes den Weg in das RADISON Blu in Köln.

Mit höchster Zufriedenheit, aber auch dankbar, konnte das DGZI-Präsidium um seinen Präsidenten auf ein außergewöhnlich erfolgreiches Jahr zurückblicken, in dessen Mittelpunkt naturgemäß der Jahreskongress in Köln stand. Aber auch in anderen Teilbereichen der Vorstandsarbeit der implantologischen Fachgesellschaft konnten bemerkenswerte Erfolge in den Rechenschaftsberichten der Vorstandsmitglieder vermeldet werden: Der Haushalt für das kommende Jahr ist gesichert, sodass die DGZI auf allen Ebenen überaus gut aufgestellt ist.

Bericht des Präsidenten

„Die Zeiten hemmungslosen Wachstums in der Implantologie sind Vergangenheit“, gleich zu Beginn seines Rechenschaftsberichtes wies Professor Dr. Dr. Frank Palm darauf hin, dass „neue Wege und Perspektiven“ für die DGZI von enormer Bedeutung sind. Sein Rückblick auf die exakt einjährige Amtszeit – Palm wurde im Rahmen der 2010er Mitgliederversammlung gewählt – war dennoch positiv: Viele wichtige und fruchtbare Kooperationen mit anderen in- und ausländischen Fachgesellschaften konnten auf den Weg gebracht oder wesentlich verstärkt werden. Namentlich wurden hier befreundete Fachgesellschaften in Japan und den USA erwähnt. Ebenfalls überaus erfreulich: Die Mitgliederzahl konnte erneut gesteigert werden. „Wirtschaftlich schweren Zeiten zum Trotz und in einer verschärften Wettbewerbssituation haben wir erneut zahlreiche neue Mitglieder gewonnen“, nicht ohne Stolz konnten Präsident Palm, aber auch seine beiden Vizepräsidenten Hille und Vollmer darauf hinweisen, dass die Fachgesellschaft weit über 4.000 Mitglieder hat.



„Die DGZI ist gut positioniert und in gutem Fahrwasser“, so der Präsident weiter. Er konnte zudem einen Rückblick auf den sehr erfolgreichen Kongress in Köln Ende September/Anfang Oktober geben, der neben einer außerordentlichen Besucherresonanz auch große Anerkennung gefunden hat.

Konsensuskonferenz Implantologie – Wissenschaftlicher Beirat

Vizepräsident Dr. Roland Hille, Vertreter der DGZI in der Konsensuskonferenz Implantologie, konnte über eine überaus konstruktive Zusammenarbeit mit den Oral- und Kieferchirurgen sowie der DGI berichten.

Aber auch Neues hielt Einzug in den Bericht Hilles: ein Promotionsstipendium der DGZI, mit dem besondere Arbeiten eines Vertreters des jüngsten wissenschaftlichen Nachwuchses gewürdigt werden soll. Darüber hinaus fand die Finanzierung einer halben Drittmittelstelle an der Universität Bonn (Abteilung Professor Götze) große Zustimmung der Mitgliederversammlung. Diese Zufriedenheit konnte auch auf das Projekt selbst übertragen werden. „Jedes DGZI-Mitglied kann nun Präparate einsenden und wichtige Erkenntnisse erhalten“, so die Einschätzung des DGZI-Vizepräsidenten.

Internationale Präsenz der DGZI und Haushaltswesen

Der erste Vizepräsident der DGZI, Dr. Rolf Vollmer, ist in Personalunion auch Schatzmeister der Fachgesellschaft. Er vermochte über die ausgezeichnete Reputation der DGZI im In- und Ausland zu berichten, vor allem die Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften in den USA und Australien sowie neu in Japan (mit über 500 neu kooptierten Mitgliedern) entwickelte sich in jüngster Zeit außergewöhnlich erfolgreich. Vollmer resümierte: „Um den Bereich ‚International relations‘ werden wir allgemein beneidet!“ Diese positive Einschätzung trifft auch auf die erweiterten Dienstleistungsangebote der DGZI zu: Der Überprüfung und Wiederzuerkennung des Tätigkeitsschwerpunktes Implantologie sowie der „German Board“-Prüfung in englischer Sprache, die vor allem von jüngeren Kolleginnen und Kollegen vermehrt nachgefragt wird.

Im Bereich Haushaltswesen stellte Vollmer den abschließenden Haushalt für das Jahr 2011 und den Haushaltsansatz für das kommende Jahr vor. Eine einwandfreie und stets nachvollziehbare Haushaltsführung bescheinigten die Kassenprüfer Dres. Rugyschik und Erpelding, sodass die Entlastung der Vorstandsmitglieder ebenfalls ohne Gegenstimme vollzogen werden konnte.

Curriculum Implantologie und Bericht des Fortbildungsreferenten

Dr. Rainer Valentin konnte als Referent für Organisation über den erfolgreichen Relaunch des Curriculums Im-

plantologie berichten, vor allem die Aufteilung in Pflichtmodule und von den Teilnehmern frei wählbare Wahlmodule hat große Zustimmung erhalten. Fazit Valentins: „Wir sind auf dem richtigen Weg!“

In seinem Rechenschaftsbericht konnte der Fortbildungsreferent und Autor dieses Beitrages über seine Arbeit in folgenden Tätigkeitsfeldern berichten: Erarbeitung und Verwirklichung eines Öffentlichkeitskonzeptes für die DGZI, redaktionelle Arbeit für das Vereinsorgan „Implantologie Journal“, beide erwiesen sich als sehr zeitintensive Bereiche. Als neues Serviceangebot der DGZI für Patienten gelang es dem Fortbildungsreferenten, eine „Online-Patientenfrage-Option“ zu etablieren. Auch sind vermehrte Anfragen aus dem Kollegenbereich zu unterschiedlichsten Aspekten zu bearbeiten gewesen. Naturgemäß nahm auch bei der Arbeit des Fortbildungsreferenten in diesem Jahr der Jubiläumskongress und dessen Vorbereitung und nachträgliche Würdigung in der Fach- und Laienpresse breiten Raum ein.

Neuwahlen

Turnusgemäß standen die Neuwahlen beider Vizepräsidenten an, hier wurden die bereits tätigen Vizepräsidenten für eine weitere Amtszeit einstimmig im Amt bestätigt. Mit diesem überaus eindrucksvollen Vertrauensbeweis würdigten die Mitglieder der DGZI die allseits anerkannte und gelobte Arbeit der beiden „alten und neuen“ Vizepräsidenten.

Indes galt es anschließend zwei neue Beisitzer in den Vorstand der DGZI zu wählen, da sowohl Dr. Dr. Wolfgang Hörster als auch Dr. Detlef Bruhn nicht mehr zur Verfügung standen. Professor Dr. Dr. Frank Palm würdigte die Arbeit der beiden scheidenden Vorstandsmitglieder, verbunden mit einem herzlichen Dank für deren konstruktive und engagierte Mitarbeit. Zu ihren Nachfolgern wurden für die nächsten drei Jahre Professor Dr. Herbert Deppe und Zahntechnikermeister Christian Müller gewählt.

Der Münchener Lehrstuhlinhaber Professor Deppe hält nicht nur das einzige Extraordinat für Zahnärztliche Implantologie inne, sondern ist seit vielen Jahren als Referent und souveräner Moderator bei vielen Kongressen bekannt. Er wird nun den Bereich Verzahnung der DGZI mit den Hochschulen verstärken. Als weiteren Beisitzer im Vorstand der DGZI – auch dies ein Novum – wurde ein Zahntechniker gewählt. Mit Christian Müller (Freiburg) wird nun ein renommierter Vertreter seiner Zunft, ein Organisator mehrerer zahntechnischer Kongresse, aber auch ein langjähriger Wegbegleiter der Oralen Implantologie im Vorstand der DGZI vertreten sein. Mit seiner Wahl bekennt sich die DGZI ausdrücklich zur Kooperation mit den Zahntechnikern und zum verstärkten Ausbau der Zusammenarbeit, die im Vorfeld bereits viele Früchte, wie zum Beispiel das Curriculum Implantatprothetik, getragen hat.

Nach einer intensiven und arbeitsträchtigen Mitgliederversammlung mit richtungsweisenden Beschlüssen konnte Präsident Palm mit einem herzlichen Dankeswort die Sitzung am frühen Mittag schließen. n



Der Vorstand und die Mitglieder der DGZI gratulieren

zum 75. Geburtstag

Margret Lohmann (24.01.)
 Prof. Dr. Faiq Al-Safi (10.02.)
 Prof. Dr. Jacques E. F. Bori (24.02.)

zum 70. Geburtstag

Dr. Viktor Jais (15.01.)
 Dr. Günter Metelski (22.02.)
 Bernhard Hölscher (27.02.)

zum 65. Geburtstag

Dr. Wolfgang Baier (02.01.)
 Dr. Klaus Berndt (04.01.)
 Dr. Michael Hippel (04.01.)
 Dr. Eike Hemken (09.01.)
 ZA E. J. van der Hoeven (22.01.)
 Dr. Nils Nöbauer (24.01.)
 Dr. Cornelius Nord (01.02.)
 Dr. Elmar Gfrörer (05.02.)
 Dr. Jörg Augenstein (22.02.)
 Dr. Hans Reuter (22.02.)

zum 60. Geburtstag

Dr. Wolfgang Lapp (02.01.)
 Dr. Bernd Rolf Ulitzsch (08.01.)
 Dr. Bernhard Große (15.01.)
 Dr. Wolfgang Scharfe (01.02.)
 Dr. Josef Manfred Kattum (06.02.)

Dr. Thomas Hörmeyer (08.02.)
 Dr. Konrad Bogner (08.02.)
 Dr. Norbert Trömel (09.02.)
 ZA Anders Eric Olsson (11.02.)
 Prof. Dr. Dr. Wilfried Engelke (18.02.)
 ZA Heinrich Nikolaus Ehlenz (21.02.)
 Dr. Gerd J. Klement (22.02.)
 Dr. Georg Bayer (26.02.)

zum 55. Geburtstag

Dr. Bert Mielke (06.01.)
 Dr. Hansjörg Heidrich (12.01.)
 Dr. Peter Czupryna (13.01.)
 Dr. Axel Reibetanz (14.01.)
 Dr. Manfred Seliger (15.01.)
 ZA Adel Byadsi (24.01.)
 Priv.-Doz. Dr. Dr. Kristian Bieniek (27.01.)
 ZA Christian Berger (07.02.)
 Dr. Kamal Belal (19.02.)
 Dr. Ludger Ernst (24.02.)
 Dr. Ulrich Bürgermeister (28.02.)

zum 50. Geburtstag

Dr. Osman Abd Al Hakeem (07.01.)
 ZMA Petra Simon (08.01.)
 ZÄ Ulrike Lattmann (11.01.)
 ZA Adam-Paul Andrzejewski (15.01.)
 Dr. Karim El-Mahdy (01.02.)

Dr. Michael Buxton (08.02.)
 Dr. Ulrich Schoo (18.02.)
 Dr. Stephan Ziegler (26.02.)

zum 45. Geburtstag

Dr. Ali Abdel Razau Salamoh (01.01.)
 Dr. Anne Kathrin Kloth (04.01.)
 Dr. Mohamad Salah Nahban (07.01.)
 Dr. Mohammad Reza Rokni (12.01.)
 Dr. Jens-Peter Drogosch (13.01.)
 Dr. Manuel Antonio Bras da Silva (03.02.)
 Dr. Anja Kräuter (04.02.)
 Dr. Jörg Krohn (16.02.)
 ZA Dirk Rüdinger (17.02.)
 Daniela Bartmuss (19.02.)
 Dr. Paul Robert Strohkendl (26.02.)

zum 40. Geburtstag

ZA Pascal Black (04.01.)
 Dr. Mehran Maghsudi (09.01.)
 Dr. Harry Imberg (16.01.)
 Dr. Zoltan Keilinger (18.01.)
 Dr. Sami Al Kadi (19.01.)
 ZÄ Katrin Barck (21.01.)
 Dr. Skadi Lange (10.02.)
 Dr. Christiane Koch (24.02.)
 Dr. Lukas Krapf (24.02.)

PATIENTENFLYER für Ihre Praxis!

PATIENTENGERECHT • ZUVERLÄSSIG • AKTUELL • HOCHWERTIG

IMPLANTOLOGIE

25,- €* für
100 Flyer

1. Motiv auswählen
2. Anzahl angeben
3. Kontaktdaten ausfüllen und faxen

Motiv 1

Motiv 2

Für jedes Schwerpunktthema zwei Patientenflyer!

Sie möchten Ihre Patienten über die Möglichkeiten der Zahnheilkunde informieren und über verschiedene Themen aufklären? Am besten einheitlich und aufeinander abgestimmt? Bestellen Sie ganz einfach unser neues, patientengerechtes Informationsmaterial. Passend zu Ihrer Zielgruppe stehen Ihnen hochwertige Patientenflyer in zwei verschiedenen Layouts zur Verfügung.

*zzgl. MwSt. und Versandkosten

Tipp: Überreichen Sie jedem Patienten im Beratungsgespräch den passenden Flyer und tragen Sie den nächsten Termin auf der Rückseite ein. Ein besonderer Service für Ihre Patienten und wenig Aufwand für Sie.

FAXANTWORT

03 41/4 84 74-2 90

oder bestellen Sie per Mail:
grasse@oemus-media.de

Hiermit bestelle ich verbindlich:

Motiv 1

Motiv 2

100 Flyer/25 Euro*

200 Flyer/50 Euro*

300 Flyer/75 Euro*

Name, Vorname

Praxis

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Hinweis: Versand und Rechnungslegung erfolgt über nexilis Marketing.

Datum

Unterschrift/Stempel

*zzgl. MwSt. und Versandkosten

Bericht zum DGZI-Jahreskongress – Teil 2

Bereits in der letzten Ausgabe wurde über den 41. DGZI-Jahreskongress, der am 1. Oktober des vergangenen Jahres zu Ende ging, berichtet. Im folgenden zweiten Teil stehen die gelungenen Podien im Vordergrund, die unterschiedlichste Ansätze für erfolgreiche Implantatversorgung vermittelten. Vom internen Sinuslift mit „Ballon“-Technik über minimalinvasive Therapie mit „Short Implants“ hin zu augmentativen Maßnahmen mit autologen Knochenblöcken wurden zahlreiche in der Praxis bewährte Verfahren, Materialien und prothetische Konstruktionen vorgestellt.

Dr. Georg Bach/Freiburg im Breisgau



n Corporate Podium I und II

Drei mit Beiträgen namhafter Referenten prall gefüllte Podien aufzustellen und zu bedienen, das ist nur mithilfe der hervorragenden internationalen Vernetzung der DGZI und eines großen Pools der nahestehenden und gewogenen Referenten möglich.

Solch ein wohlbestückter Kongress bedingt aber auch hohe logistische Anforderungen, die in überaus bewährter und souveräner Weise erneut von den Mitarbeitern der OEMUS MEDIA AG aus Leipzig erfüllt wurden.

Mit Prof. Dr. Klaus-U. Benner ergriff im Podium 1 ein seit vielen Jahren bei der DGZI präsenter und bekannter Referent das Mikrophon. Benner sprach über „Präimplantologische Augmentation: Sinusbodenelevation und Tunneltechnik“. Naturgemäß standen die von ihm entwickelten Verfahren „ballonunterstützter Sinuslift“ (BLC) und Kieferkamm-Auflagerungsplastik (Stollen-Technik) mit einem β -TCP-Composite (easy-graft®) im Fokus.

Vorteile seines BLC-Verfahrens sieht Benner in der deutlich reduzierten Invasivität des Verfahrens, z.B. durch das Wegfallen des den Patienten sehr belastenden Hämmerns. Auch die „Stollen“-Technik, die Benner im zweiten Teil seines Vortrages vorstellte, stieß auf hohes Interesse des zahlreich erschienen Auditoriums. Nach Mobilisierung der Weichteile werden mit einem diamantierten Instrument Rinnen als Retentionshilfen an den Knochen angebracht und anschließend das Knochenersatzmaterial eingebracht. Das Verwenden von easy-graft® ist obligat, da nur dieses Material (durch den Linker aktiviert) ausreichend lage- und primärstabil ist. Ein weiterer Vorteil der vorgestellten Technik ist die geringe Wahrscheinlichkeit einer Kontamination.

„Auf viele hochinvasive augmentative Eingriffe kann verzichtet werden.“ Mit dieser eindeutigen Aussage konfrontierte Prof. Dr. Mauro Marincola/Rom das Auditorium. Er führte in seinem Beitrag „Moderne implantologische Maßnahmen zur Minimierung von augmentativen Konzepten“ aus, dass die Limits für hochinvasive augmentative Verfahren immer enger gesteckt werden. Der Hochschullehrer hat sich mit der Anwendung und wissenschaftlichen Untersuchung von sogenannten „Short Implants“ einen Namen gemacht und verfügt über einen nahezu zwanzigjährigen Erfahrungsschatz mit diesem Implantattyp. Dieser stellte auch den Schwerpunkt seiner Ausführungen dar. Hier sieht Marincola keine Nachteile bezüglich Prognose und Nachhaltigkeit für Short Implants im Vergleich zu konventionellen Implantaten. Credo des italienischen Implantologen: „Short Implantate sind eine echte Alternative!“

„Die Qual der Wahl“ hatte Dr. Peter Gehrke/Ludwigshafen, der „Abutmentmaterial und Design aus biologischer und prothetischer Sicht“ prüfte und bewertete. Mit einem Hinweis, dass noch vor zehn Jahren 70% aller Implantataufbauten aus Titan waren, stellte der Referent die heute zahlenmäßig deutlich stärker eingesetzten Alternativen (Kunststoffe/Keramiken/Zirkonoxid/CAD/CAM-Verfahren) umfassend dar. Er beschränkte sich hierbei auf den festsitzenden Zahnersatz. Mit der Vision des „zahnfarbenen Abutments“ war die Entwicklung von keramischen Aufbauten lediglich logische Konsequenz, so Gehrke, ebenso wie die spätere Entwicklung individueller Aufbauten. Zirkonium-Aufbauten sind für ihn Material der Wahl. Dr. Olaf Daum/Leimen verglich die beiden gängigen Verfahren zur Sinusbodenelevation. Er referierte über

11. UNNAER IMPLANTOLOGIE TAGE

3./4.2.2012 | UNNA

PARK INN HOTEL KAMEN/UNNA



SEMINARE | FREITAG, 3.2.2012

SEMINAR 1

GOZ 2012 | Iris Wälter-Bergob/Meschede

SEMINAR 2

Minimalinvasive Augmentationstechniken – Sinuslift, Sinuslifttechniken
Ein kombinierter Theorie- und Demonstrationskurs
(inkl. DVD für jeden Teilnehmer) | Prof. Dr. Klaus-U. Benner

PROGRAMM ZAHNÄRZTE | SAMSTAG, 4.2.2012

REFERENTEN

Prof. Dr. Klaus U. Benner/Germering
Prof. Dr. Christoph Bourauel/Bonn
Prof. Dr. Wolf-D. Grimm/Witten
Prof. Dr. Jochen Jackowski/Witten
Prof. Dr. Fouad Khoury/Olsberg
Prof. Dr. Thomas Weischer/Essen
Priv.-Doz. Dr. Dr. Daniel Rothamel/Köln
Dr. Dr. Karl-Heinz Heuckmann/Chieming
Dr. Christof Becker/Unna
Dr. Andreas Britz/Hamburg
Dr. Friedhelm Heinemann/Morsbach
Dr. Klaus Schumacher/Unna
Iris Wälter-Bergob/Meschede
Christoph Jäger/Stadthagen

THEMEN

Implantologie bei alten Patienten
Sind Mini- und Short-Implantate aus biomechanischer Sicht zu empfehlen?
Gerinnungsstörungen und Antikoagulationstherapie – ambulante zahnärztliche Chirurgie und Implantologie ja oder nein?
Hydrophile Implantatoberflächen – was steckt dahinter?
Minimalinvasive Möglichkeiten zur Augmentation der menschlichen Kiefer
Neue Konzepte für die Perimukositis- und Periimplantitistherapie
Ästhetische und funktionelle Rehabilitation nach traumatischem Zahnverlust
Effektiv werben für die Praxis
Aktuelle Entwicklungen – Optimaler Nutzen

PROGRAMM HELFERINNEN | SAMSTAG, 4.2.2012

SEMINAR A

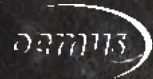
Seminar zur Hygienebeauftragten | Iris Wälter-Bergob/Meschede

SEMINAR B

Ausbildung zur Qualitätsmanagementbeauftragten |
Christoph Jäger/Stadthagen

VERANSTALTER

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-3 08, Fax: 03 41/4 84 74-3 90
event@oemus-media.de, www.oemus.com



Nähere Informationen zu Preisen, Anfahrtsmöglichkeiten, Allgemeine Geschäftsbedingungen erhalten Sie unter www.unnaer-implantologietage.com

FAXANTWORT | 03 41/4 84 74-3 90

Bitte senden Sie mir das Programm zu den 11. UNNAER IMPLANTOLOGIETAGEN zu.

VORNAME/NAME

E-MAIL-ADRESSE



PRAXISSTEMPEL

„Sinuslift – intern oder extern? Eine revolutionäre Therapieoption“. Der Implantologe stellte im Rahmen seiner Ausführungen die LAS-CAS-Kit vor, welche von ihm mitentwickelt worden ist. Bis zu 5 Millimetern Restknochenhöhe, so Daum, könne krestal (ohne Anlegen eines Fensters) gearbeitet werden. Bei Werten darunter ist das aufwendigere Verfahren nicht zu vermeiden. Die vom Referenten präferierten LAS-Bohrer haben Kontakt zur Schneider'schen Membran, ohne diese aber zu verletzen. Dr. Marc Hansen/Dortmund schloss in idealer Weise an die Ausführungen seines Vorredners an und referierte über „Sinuslift bei geringer Restknochenhöhe“. Hansen wies in seinem Vortrag auf die Problematik der schlechten Ästhetik – gerade bei der Verwendung von Implantaten mit Plattform Switching – bedingt durch Gingivarezessionen und Knochenabbau hin. Dieser Effekt tritt vor allem dann auf, wenn das Implantat nicht komplett im Knochen versenkt werden kann. Vor diesem Hintergrund sieht Hansen echte Vorteile für das LaserLok-Implantat, welches mit einer Mikrorillenoberfläche versehen ist, die wiederum das stabile Anlagern der Weichteile ermöglicht.

Der DGZI seit Jahren eng verbunden ist Dr. Mathias Plöger/Detmold, der sich in den letzten Jahren vor allem Fragestellungen rund um den Themenbereich Augmentation widmete.

So verwunderte es auch nicht, dass sein Thema für den diesjährigen Kongress „Dreidimensionale Rekonstruktion des Hart- und Weichgewebes mit allogenen Knochenblocktransplantaten/allogenen Knochenersatzmaterial“ lautete. Plöger arbeitet seit 2003 ausschließlich mit autologen Knochenblöcken. Die Blöcke werden von Spendern gewonnen, die eine totale Endoprothese erhalten. Anhand zahlreicher Fallbeispiele konnte Plöger die Vorzüge der allogenen Blöcke darstellen. Bereits nach vier Monaten kann das Implantat in den neugebildeten Knochen inseriert werden.

Dr. Bastian Wessing/Aachen widmete seinen Beitrag zum wissenschaftlichen Programm gleich zwei brandaktuellen Fragestellungen: zum einen der Wertigkeit einer neuen resorbierbaren Membran und zum anderen der Stabilität und Einheilzeit von Knochenaufbauten.

Wessing referierte über die Ergebnisse, die mit einer neuartigen Kollagenmembran erzielt werden können. Der GBR ordnet der Aachener Referent Erfolgsquoten weit jenseits der 90% zu und sieht erhebliche Vorteile gegenüber konventionellen augmentativen Verfahren vor allem durch die geringe Invasivität. Allerdings seien GBR-Verfahren bezüglich ihres Erfolges strikt von der Erfahrung des Operators abhängig. Wessing berichtete über die nicht vernetzte porcine Remaix-Membran, die sich durch eine deutlich verlängerte Biodegradation (im Tierversuch bis zu 18 Wochen) auszeichnet.

Dem renommierten Implantologen Dr. Wolfgang Dinkelacker/Sindelfingen verdanken wir nicht nur ein seit Jahren etabliertes Implantatsystem, auch zeichnet sich der Zahnarzt durch fortwährende Einführung von Inno-

vationen aus. Beim DGZI-Jahreskongress 2011 hinterleuchtete Dinkelacker die Frage: „Spielt die Festigkeit von mechanisch stabilen Implantatverbindungen in der prothetischen Handhabung eine entscheidende Rolle?“

Seine Botschaft, die sich wie ein roter Faden durch seine Ausführungen zog, war eindeutig: Der Mechanik der Verbindung zwischen Implantat und Suprakonstruktion kommt eine Schlüsselfunktion bei der prothetischen Versorgung und für die Langzeitstabilität von Implantaten zu. Im Rahmen seines Beitrages vermochte Dinkelacker darzustellen, wie durch das Design dieser Verbindung und ein abgestimmtes prothetisches Vorgehen wesentliche Fehler vermieden werden können.

Ebenfalls mit der klinischen Relevanz beschäftigte sich Dr. Gerd Rosenkranz/Hemer, der diese bei kurzen und durchmesserreduzierten Implantaten im Hinblick auf die Suprakonstruktion prüfte. Dr. Rosenkranz stellte anhand von Fallbeispielen dar, wie Patienten mit ungünstigen Ausgangsbedingungen mit geringem Aufwand mittels kurzer und durchmesserreduzierter Implantate dennoch zu deren voller Zufriedenheit versorgt werden können. Wichtig für den Langzeiterfolg sei, so der Referent, die Verwirklichung adäquater okklusaler Konzepte und die Vermeidung okklusaler Traumata, wie diese z.B. bei Bruxismus entstehen können.



Seit geraumer Zeit steht die Verstärkung der Zusammenarbeit zwischen Zahnmedizin und Zahntechnik ganz oben auf der Prioritätenliste der DGZI, hier ist in besonderem Maße der Past-Präsident der DGZI, Dr. Friedhelm Heinemann, als fördernde und beschleunigende Kraft zu nennen. Zusammen mit der Essener Firma FUNDAMENTAL bietet die DGZI auch zwei Curricula für Zahntechniker und Zahnärzte an – zum einen das der „Implantatprothetik“, ferner das zur „3-D-Planung“.

Vor diesem Hintergrund war es der wissenschaftlichen Kongressleitung eine große Freude, ZTM Enrico Steger/Italien mit dem Referat „Vom Provisorium zur fertigen Arbeit – CAD/CAM-gefräßt“ gewinnen zu können. Mit der Einschätzung, dass man erst „mit der Denke etwas bewegen könne“ begann der Südtiroler Zahntechnikermeister seine Ausführungen und zeigte in fulminanten Fallbeispielen



die Möglichkeiten der CAD/CAM-Prothetik in der Implantologie – beginnend mit einem aus einem Stück gefräßten Provisorium über das individuelle Abutment zur Konturierung der Gingiva bis hin zur definitiven Arbeit komplett aus Zirkon hergestellt. In der Tat ein sehr beeindruckender Vortrag.

Als „Wirbelwind der implantologischen Szene“ wurde Dr. Armin Nedjat/Flonheim im Vorfeld angekündigt. Zu Recht sicherlich, denn Kollege Nedjat hat in den vergangenen Jahren vieles auf dem implantologischen Sektor gegeben und bewegt. Neben der Etablierung eines eigenen Implantatsystems, spektakulären durchaus aber auch kontrovers diskutierten PR-Aktionen, bringt Dr. Nedjat auch kontinuierlich die Idee des maximal-minimalinvasiven Vorgehens bei der Insertion von Implantaten als zentrale Leitidee ein.

Hier ist auch sein Vortrag bei der DGZI einzuordnen. Nedjat sprach über „Sofortimplantation – State of the Art – Vor- und Nachteile, Indikationen und praktisches Vorgehen“. In der Sofortimplantation sieht Nedjat die Zukunft. Im Mittelpunkt seiner Ausführungen stand naturgemäß sein eigenes Champions®-Implantatsystem, dessen Vorteile bezüglich minimalinvasiver Insertionsmöglichkeit und geringer Traumatisierung (und somit guter Ernährung des Knochens) er ausführlich würdigte. Als limitierenden Faktor für eine Sofortimplantation mit anschließender Sofortbelastung gab er eine Primärstabilität von mindestens 40, besser 70 Ncm an.

„Schädel-Gesichtsentwicklung im Hinblick auf Implantate bei Heranwachsenden“ – hier hatte sich Prof. Dr. Dieter Wember-Matthes/Nümbrecht ein ungemein wichtiges, wenn auch bisher leider wenig beachtetes Thema gewählt. Und dabei räumte der Hochschullehrer mit manchem Dogma auf! Wachstumsprognosen wurden durch Computeranimation sehr anschaulich dargestellt und so vermochte Prof. Wember-Matthes darzustellen, dass eine Versorgung anteriorer Unterkieferbereiche mit Implantaten bereits in der Kindheit möglich ist! Etwas anders verhält es sich mit geplanten Implantaten im Oberkiefer. Hier sollte der Abschluss des Symphysenwachstums (bei Mädchen mit ca. 15 Jahren, bei Jungs mit ca. 17 Jahren) abgewartet werden, bevor künstliche Zahnpfeiler inseriert werden. Im posterioren Unterkieferbereich muss das skelettale Wachstum komplett abgeschlossen sein.

Als dringliche Empfehlung gab der Referent dem Auditorium mit auf den Weg, Jugendliche und Kinder zum jeweils frühestmöglichen Zeitpunkt zu versorgen, um Funktions- und psychosoziale Störungen zu vermeiden. Mit Milan Michalides/Stuhr trat ein seit Jahren bekannter und bewährter Referent ans Rednerpult. In den vergangenen Jahren hatte Kollege Michalides einige sehr gut aufgenommene Beiträge zu den wissenschaftlichen Programmen von DGZI-Kongressen beizusteuern gewusst. In diesem Jahr hatte Michalides das Thema „Intrasinusale Implantation – Möglichkeiten, Risiken und Grenzen“ gewählt. Mit der doch von der Höhe sehr überraschenden Zahl von bis zu 50% Perforation und Penetration der Schneider'schen Membran bei Implantationen im Oberkieferseitenzahnbereich begann der Bremer Implantologe seine Ausführungen. Er beruhigte das hiervon beeindruckte Auditorium jedoch mit dem Hinweis, dass Penetrationen von weniger als 4 Millimetern in der Regel nicht mit Komplikationen vergesellschaftet sind. Bei Penetrationen von mehr als 4 Millimeter hingegen treten in der Belastungsphase gehäuft Implantatverluste auf, erfreulicherweise jedoch keine Komplikationen vonseiten der Kieferhöhle. Michalides betonte, akzidentell in die Kieferhöhle zu setzen, führe nicht per se zu Problemen. Eine Perforation durch einen internen Sinuslift mit Fremdmaterial sollte jedoch unbedingt vermieden werden, da hier Komplikationen quasi nicht vermeidbar sind.

Spezialpodium Digitale Implantologie

Zweifellos ein Highlight, wenn auch nicht DAS Highlight des 41. Internationalen Jahreskongresses der DGZI: Das Spezialpodium „Digitale Implantologie“ mit dem durchaus provokanten Untertitel „Was soll, was muss?“. Nicht nur, dass es der wissenschaftlichen Leitung gelungen ist, mit den vier Referenten der Kurzvorträge im ersten Teil des Spezialpodiums die Kollegen zu gewinnen, die momentan unumstritten zu den Meinungsführern ihrer jeweiligen Spezialdisziplin zählen, auch die Podiumsdiskussion mit diesen vier Referenten unter der behutsamen und unterhaltsamen Moderation des DGZI-Präsidenten Prof. Dr. Dr. Frank Palm bereicherte den Kongress ungemein. Beim Verlassen des Vortragssaales nach Ende des Spezialpodiums war den Teilnehmern Begeisterung und Faszination zugleich zu entnehmen. Beredtes Beispiel hierfür die Aussage eines



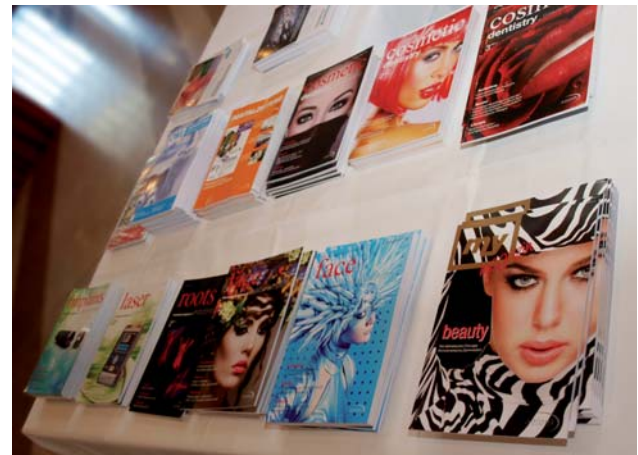
Kollegen zu seinem Nebenmann: „Nun habe ich endlich einen gescheiterten Überblick, nun weiß ich was ich brauche und was ich will!“

Bei den Kurzvorträgen zur Diskussion sprachen Prof. Dr. Peter Rammelsberg/Heidelberg („Moderne Implantatprothetik und ihre Risiken in der klinischen Anwendung“), Priv.-Doz. Dr. Hans-Joachim Nickenig/Köln („Navigierte Implantologie – neueste Erkenntnisse und vergleichende Untersuchungen“), Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas/Mainz („Navigierte Implantologie – Weniger ist mehr“) und Prof. Dr. Bernd Wöstmann/Gießen („Digitale Abformung in der Praxis – neueste Erkenntnisse und vergleichende Untersuchungen“). In der anschließenden Diskussion waren die Weiterentwicklung der deutschen Zahntechnik („große Chance für die deutschen Zahntechniker, die sich zum Designer wandeln müssen“), die Delegierbarkeit der digitalen Abformungsschritte an das zahnmedizinische Hilfspersonal Thema. Auch dem intraoperativen Einsatz der Scanner direkt nach der Implantatinsertion wurde ein hohes Entwicklungspotenzial zugemessen. Hier, so Professor Wöstmann, sei auch an die Herstellung individualisierter Abutments, die dann die gleiche Präzision wie die Originalteile der Hersteller aufweisen müssten, gedacht, die die Vorbereitung der Versorgung mit Zahnersatz bereits in der Osseointegrationszeit ermöglichen würden. Konsens war, dass der augmentierte Oberkiefer stets einer 3-D-Diagnostik und -planung bedarf, ferner in ästhetisch relevanten Zonen „Je weiter vorn, je mehr 3-D“, so Wöstmann.

Einigermaßen überraschend der weitestgehende Konsens zwischen Prothetiker und Chirurgen, dass Schablonen, die auch leichte Modifikationen des OP-Vorgehens erlauben würden, immer ein gewisses Maß an Freiheit geben sollten. Dieser Haltung konnte sich lediglich Priv.-Doz. Dr. Hans-Joachim Nickenig nicht anschließen. Erneut im Fokus der Diskussion standen forensische Fragen, wie z.B. die Erfordernis einer 3-D-Planung, gerade beim Vorgehen der Flapless Surgery.

Einleitende Kurzvorträge

„Kommen wir zum eigentlichen Sinn der Implantate, nämlich den Zahnersatz zu verankern!“, dies die Einführungsworte Rammelsbergs, der in seinem Kurzvortrag zahlreiche Nachuntersuchungen zu Implantatversorgungen vorstellte und diesen, unabhängig von der Art der Gestaltung, eine sehr gute Prognose zuwies. Voraussetzungen für diese hohe Erfolgsrate ist jedoch ein engmaschiges Recall. Bei den Misserfolgen, die in 25% der Fälle in den ersten zwei Jahren nach Eingliederung auftraten, waren Rezementierungen und Chipping die häufigsten Probleme, sowohl bei Kronen als auch Brücken. Überraschenderweise spielten Gerüstfrakturen bei vollkeramischen Restaurationen keine wesentliche Rolle. Um diesen Problemen entgegenzutreten, stellte Rammelsberg neue Simula-



tionstechniken und Modifikationen bei der Herstellung von Zahnersatz (z.B. Verlängerung von Abkühlzeiten) und dessen Eingliederung (Verbesserung der Zemente) und neue Herstellungstechniken (hochfeste Verblendungen) vor.

„Ich denke nicht an 3-D, wenn alle Punkte (Klinik, Röntgen, Modellanalyse) eindeutig sind“, so Privatdozent Nickenig, der die Exaktheit von Freihandimplantieren im Wesentlichen bestätigte. Für komplexe und anspruchsvolle Fälle jedoch sieht der an der Universität Köln tätige Oralchirurg 3-D-Planungen und -therapien als unentbehrlich an. Anatomische Strukturen werden mit diesem aufwendigen Vorgehen weniger geschädigt, Distanzen können korrekter eingeschätzt und prothetische Zielsetzungen besser und genauer verwirklicht werden, so Nickenig. Eigenen Untersuchungen zufolge misst der Kölner Hochschullehrer der 3-D-Planung sehr hohe Präzision (1 Millimeter Positionsabweichung) zu, „das sind dann Punktlandungen!“. Als weiteren Vorteil führte Nickenig die Option der Flapless Surgery an. Diese ist allerdings an hohe Kenntnisse des Behandlers und an eine angemessene Fallauswahl gebunden.

„Ich betätige mich als *Advocatus Diaboli*“, so Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas, der angesichts der zu erwartenden steigenden Strahlenbelastung der Bevölkerung die Frage nach dem echten diagnostischen Nutzen und dem Vorteil für die Patienten stellte. Nach Augmentationen, wenn man den „Überblick komplett verloren hat“, allerdings sieht der Mainzer Kieferchirurg große Vorteile für die 3-D-Planung und bei Detailplanungen, die nicht immer in die Anfertigung einer Schablone münden müssten. Zeitersparnisse hingegen sind nur intraoperativ zu

implants

international magazine of oral implantology

verzeichnen, die allerdings durch den deutlich höheren Planungsaufwand konterkariert werden.

Bezüglich des Implantatüberlebens werden sich durch 3-D-Planung keine höheren Erfolge erzielen lassen, so Bilal Al-Nawas. Im Recall und im Falle von Komplikationen hingegen ist die Anfertigung eines 3-D-Datensatzes sinnvoll, ebenso beim Ansinnen von weniger invasiver Chirurgie.

„Nach so vielen schönen Bildern nun die Niederungen der Prothetik“, so Prof. Bernd Wöstmann, der auf das Paradoxon „digitale Abformung“ hinwies. Überraschend die Einschätzung Wöstmanns, dass das forcierte Einführen der Intraoralscanner vor allem im Wunsch der Hersteller liegt, das Material Zirkonoxid zu pushen. Weder bezüglich Präzision noch für die spätere Herstellung von Zahnersatz sind echte Vorteile gegenüber konventionellen Verfahren festzustellen, zumal eine aufwendige Vorbereitung des Arbeitsfeldes (mehrere Fäden, Trockenhaltung über einen längeren Zeitraum) unbedingt erforderlich ist. „Sie können nur das digital abformen, was Sie auch in der Lage sind zu sehen!“, so Professor Wöstmann, unzureichend zugängliche Stellen sind nicht geeignet, digital abgeformt zu werden. Für Abformung von Zähnen sind allerdings diese Scanner somit nur bedingt geeignet. Ihre wahre Bedeutung haben diese in der Implantologie, was die Hersteller allerdings trotz der hohen Leistungsfähigkeit aller Systeme für dieses Gebiet der Zahnmedizin leider wenig zu interessieren scheint, so Wöstmann.

Parallelveranstaltungen

Parallel zum 41. Internationalen Jahreskongress der DGZI fand erneut ein attraktives zweitägiges Programm für Zahnmedizinische Fachangestellte statt. Den ersten Tag bestritten unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Stefan Zimmer u.a. die Referenten Priv.-Doz. Dr. Gregor Petersilka, Prof. Dr. Buchmann, Dr. Elfi Laurisch, Tracey Lennemann, Christoph Jäger und Iris Wälter-Bergob, die einen bunten Mix zu den Themenbereichen Kariesrisikoeinteilung, zeitgemäße Parodontologie, Mundschleimhautveränderungen, Prophylaxe/PZR bis hin zu Abrechnungsfragen boten. Ein vorgängig durchgeführtes optionales Kompaktseminar „Parodontologie in der Praxis“ rundete den erfolgreichen ersten Tag ab. Der zweite Tag bot die Möglichkeit des Besuchs dreier Seminare (Qualitätsmanagement/Neue Technologien für die PA-Diagnose und -Therapie/Zucker – Was sonst?) oder eines Seminars zur Hygienebeauftragten.

Wie aus den vergangenen Jahren bereits gewohnt, flankierten weitere Parallelveranstaltungen den DGZI-Jahreskongress. Dr. Andreas Britz leitete die IGÄM-Kursreihe „Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht“, der Past-Präsident der DGKZ, Dr. Jürgen Wahlmann, stellte sein umfassendes Seminar „veneers – konventionell bis no prep“ vor, ideal ergänzt vom theoretischen Arbeitskurs von Dr. Jens Voss „zahnästhetik – von bleaching bis non-prep veneers“. **n**



Probeabo

Bestellung auch online möglich unter:
www.oemus.com/abo

 **1 Ausgabe kostenlos!**

Ja, ich möchte das Probeabo beziehen. Bitte liefern Sie mir die nächste Ausgabe frei Haus. Soweit Sie bis 14 Tage nach Erhalt der kostenfreien Ausgabe keine schriftliche Abbestellung von mir erhalten, möchte ich **implants international magazine of oral implantology** im Jahresabonnement zum Preis von 44 EUR/Jahr innerhalb Deutschlands inkl. MwSt. und Versandkosten bzw. 46 EUR/Jahr inkl. MwSt. und Versandkosten außerhalb Deutschlands beziehen. Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraumes schriftlich gekündigt wird (Poststempel genügt).

Antwort per Fax 03 41/4 84 74-2 90 an OEMUS MEDIA AG oder per E-Mail an grasse@oemus-media.de

Name

Vorname

Firma

Straße

PLZ/Ort

E-Mail

Unterschrift

Widerrufsbelehrung: Den Auftrag kann ich ohne Begründung innerhalb von 14 Tagen ab Bestellung bei der OEMUS MEDIA AG, Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, schriftlich widerrufen. Rechtzeitige Absendung genügt.

Unterschrift

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-0
Fax: 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: grasse@oemus-media.de

Die Studiengruppen der DGZI

Studiengruppe	Leiter der Gruppe	Telefon	Fax	E-Mail
Bayern	Dr. Manfred Sontheimer	0 81 94/15 15	0 81 94/81 61	dres.sontheimer_fries@t-online.de
Bergisches Land & Sauerland	Dr. Johannes Wurm	02 11/1 69 70-77	02 11/1 69 70-66	sekretariat@dgzi-info.de
Berlin/Brandenburg	Dr. Uwe Ryguschik	0 30/4 31 10 91	0 30/4 31 07 06	dr.ryguschik@snaflu.de
Berlin/Brandenburg CMD	Dipl.-Stom. Kai Lüdemann	03 31/2 00 03 91	03 31/88 71 54-42	zahnarzt@za-plus.com
Braunschweig	Dr. Dr. Eduard Keese	05 31/2 40 82 63	05 31/2 40 82 65	info@implantat-chirurgie.de
Bremen/Junge Implantologen	ZA Milan Michalides	04 21/5 79 52 52	04 21/5 79 52 55	michalidesm@aol.com
DentalExperts Implantology	ZTM F. Zinser/Dr. A. Lohmann, M.Sc.	0 47 44/92 20-0	0 47 44/92 2 0-50	fz@zinser-dentaltechnik.de
Euregio Bodensee	Dr. Hans Gaiser	0 75 31/69 23 69-0	0 75 31/69 23 69-33	praxis@die-zahnaerzte.de
Freiburger Forum Implantologie	Prof. Dr. Dr. Peter Stoll	07 61/2 02 30 34	07 61/2 02 30 36	ffi.stoll@t-online.de
Funktionelle Implantatprothetik	Prof. Dr. Axel Zöllner	02 01/86 86 40	02 01/8 68 64 90	info@fundamental.de
Göttingen	ZA Jürgen Conrad	0 55 22/30 22	0 55 22/30 23	-
Hamburg	Dr. Dr. Werner Stermann	0 40/77 21 70	0 40/77 21 72	werner.stermann@t-online.de
Hammer Implantologieforum	ZÄ B. Scharmach/ZTM M. Vogt	0 23 81/7 37 53	0 23 81/7 37 05	dentaform@helimail.de
Kiel	Dr. Uwe Engelsmann	04 31/65 14 24	04 31/65 84 88	uweengelsmann@gmx.de
Köln	Dr. Dr. Wolfgang Hörster	02 21/51 30 26	02 21/51 20 39	drhoerster@mkg-chirurgie.de
Lübeck	Dr. Dr. Stephan Bierwolf	04 51/8 89 01-00	04 51/8 89 01-0 11	praxis@hl-med.de
Magdeburg	Dr. Ulf-Ingo Westphal	03 91/6 62 60 55	03 91/6 62 63 32	info@docimplant.com
Mecklenburg-Vorpommern	Dr. Bernd Schwahn/Dr. Thorsten Löw	0 38 34/79 91 37	0 38 34/79 91 38	dr.thorsten.loew@t-online.de
Mönchengladbach	ZA Manfred Wolf	0 21 66/4 60 21	0 21 66/61 42 02	derzahnwolf1@t-online.de
Niederbayern	Dr. Volker Rabald	0 87 33/93 00 50	0 87 33/93 00 52	oralchirurgie@dr-rabald.de
Nordbayern	Dr. Friedemann Petschelt	0 91 23/1 21 00	0 91 23/1 39 46	praxis@petschelt.de
Studiencolub am Frauenplatz	Dr. Daniel Engler-Hamm	0 89/21 02 33 90	0 89/21 02 33 99	engler@fachpraxis.de
Rhein-Main	Prof. Dr. Dr. Bernd Kreuzer	0 60 21/3 53 50	0 60 21/3 53 35	dr.kreuzer@t-online.de
Ruhrstadt	Prof. Dr. Dr. med. dent. W. Olivier, M.Sc.	0 20 41/15-23 18	0 20 41/15-23 19	info@klinik-olivier.de
Sachsen-Anhalt	Dr. Joachim Eifert	03 45/2 90 90 02	03 45/2 90 90 04	praxis@dr-eifert.de
Stuttgart	Dr. Peter Simon	07 11/60 92 54	07 11/6 40 84 39	dr.simon-stuttgart@t-online.de
Voreifel	Dr. Adrian Ortner	0 22 51/7 14 16	0 22 51/5 76 76	ortner-praxis@eifelt-net.net
Westfalen	Dr. Klaus Schumacher	0 23 03/96 10 00	0 23 03/9 61 00 15	dr.schumacher@t-online.de
	Dr. Christof Becker	0 23 03/96 10 00	0 23 03/9 61 00 15	dr.becker@zahnarztpraxis.net

Implantologie Journal

**Deutsche Gesellschaft
für Zahnärztliche Implantologie e.V.**

Impressum

Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.
Feldstr. 80 · 40479 Düsseldorf
Tel.: 02 11/1 69 70 77 · Fax: 02 11/1 69 70 66
E-Mail: sekretariat@dgzi-info.de

Verleger: Torsten R. Oemus

Verlag:

OEMUS MEDIA AG · Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig
Tel. 03 41/4 84 74-0 · Fax 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: kontakt@oemus-media.de
Web: www.oemus-media.de

Deutsche Bank AG Leipzig
BLZ 860 700 00 · Kto. 1 501 501

Verlagsleitung:

Ingolf Döbbecke · Tel. 03 41/4 84 74-0
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner · Tel. 03 41/4 84 74-0
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller · Tel. 03 41/4 84 74-0

Chefredaktion:

Dr. Torsten Hartmann (V.i.S.d.P.)

Redaktion:

Georg Isbaner · Tel. 03 41/4 84 74-1 23

Redaktioneller Beirat:

Prof. Dr. Dr. Frank Palm, Dr. Rolf Vollmer,
Dr. Roland Hille, Prof. Dr. Klaus-Ulrich Benner,
Prof. Dr. Dr. Kurt Vinzenz, Dr. Georg Bach, Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner

Herstellung:

Sandra Ehnert · Tel. 03 41/4 84 74-1 19

Korrektorat:

Ingrid Motschmann, Frank Sperling · Tel. 03 41/4 84 74-1 25

Druck:

Messedruck Leipzig GmbH, An der Hebemärchte 6, 04316 Leipzig

Erscheinungsweise:

Das Implantologie Journal – Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V. – erscheint 2012 mit 8 Ausgaben. Der Bezugspreis ist für DGZI-Mitglieder über den Mitgliedsbeitrag in der DGZI abgegolten. Es gelten die AGB.

Verlags- und Urheberrecht:

Die Zeitschrift und die enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlegers und Herausgebers unzulässig und strafbar. Dies gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlages. Bei Einsendungen an die Redaktion wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Mit Einsendung des Manuskriptes gehen das Recht zur Veröffentlichung als auch die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten in deutscher oder fremder Sprache, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken und Fotokopien an den Verlag über. Die Redaktion behält sich vor, eingedachte Beiträge auf Formfehler und fachliche Maßgeblichkeiten zu sichten und gegebenenfalls zu berichtigen. Für unverlangt eingedachte Bücher und Manuskripte kann keine Gewähr übernommen werden. Mit anderen als den redaktionseigenen Signa oder mit Verfasseramen gekennzeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Der Verfasser dieses Beitrages trägt die Verantwortung. Gekennzeichnete Sonderteile und Anzeigen befinden sich außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Für Verbands-, Unternehmens- und Marktinformationen kann keine Gewähr übernommen werden. Eine Haftung für Folgen aus unrichtigen oder fehlerhaften Darstellungen wird in jedem Falle ausgeschlossen. Gerichtsstand ist Leipzig.

Grafik/Layout: Copyright OEMUS MEDIA AG

|| Frischer Wind für Praxis und Labor

OEMUS MEDIA AG – Die Informationsplattform der Dentalbranche.

Vielseitig, kompetent, unverzichtbar.

Bestellung auch online möglich unter:
www.oemus.com/abo



|| Bestellformular

ABO-SERVICE || Per Post oder per Fax versenden!

Andreas Grasse | Tel.: 03 41/4 84 74-2 00

Fax: 03 41/4 84 74-2 90

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig

Ja, ich möchte die Informationsvorteile nutzen und sichere mir folgende Journale bequem im preisgünstigen Abonnement:

Zeitschrift	jährliche Erscheinung	Preis
<input type="checkbox"/> Implantologie Journal	8-mal	88,00 €*
<input type="checkbox"/> Dentalhygiene Journal	4-mal	44,00 €*
<input type="checkbox"/> Oralchirurgie Journal	4-mal	44,00 €*
<input type="checkbox"/> Laser Journal	4-mal	44,00 €*
<input type="checkbox"/> Endodontie Journal	4-mal	44,00 €*

* Alle Preise verstehen sich inkl. MwSt. und Versandkosten (Preise für Ausland auf Anfrage).

Name, Vorname: _____

Straße/PLZ/Ort: _____

Telefon/E-Mail: _____ Unterschrift: _____

Ich bezahle per Rechnung. Ich bezahle per Bankeinzug. (bei Bankeinzug 2 % Skonto)

Widerrufsbelehrung: Den Auftrag kann ich ohne Begründung innerhalb von 14 Tagen ab Bestellung bei der OEMUS MEDIA AG, Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig schriftlich widerrufen. Rechtzeitige Absendung genügt. Das Abonnement verlängert sich automatisch um 1 Jahr, wenn es nicht fristgemäß spätestens 6 Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraumes schriftlich gekündigt wird.

Datum/Unterschrift: _____

Kein Verlustgeschäft!

Geschaffen für subkrestale Platzierung ohne Knochenverlust
und langfristig stabile Hart- und Weichgewebe



ANKYLOS[®]

DENTSPLY
FRIADENT

Implanting TissueCare