

Siehe auch S. 14

www.humanchemie.de

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · German Edition

No. 4/2012 · 9. Jahrgang · Leipzig, 4. April 2012 · PVSt. 64494 · Einzelpreis: 3,00 €



Endokarditis-Prävention in der Praxis
Die Indikation für eine Endokarditis-Prophylaxe wurde deutlich eingeschränkt. Welche Prophylaxemaßnahmen sind notwendig und was hat sich konkret geändert?
▶ Seite 4f.



Qualität aus Leidenschaft
Deppeler SA: Ein kleines Unternehmen mit klarer Vision. Seit fast 80 Jahren versorgt es Zahnärzte und Dentalhygieniker mit Qualitätsprodukten – und das mit großem Erfolg.
▶ Seite 8



Hundert Prozent Parodontologie
Europerio 7 in Wien – ein Highlight für Generalisten und Spezialisten aus der ganzen Welt. Aktuellste Forschungsergebnisse und Behandlungsstrategien werden hier vorgestellt.
▶ Seite 10

ANZEIGE

Perfekt registrieren.



METAL-BITE®

R-dental Dentalerzeugnisse GmbH
Informationen unter Tel. 0 40 - 22757617
Fax 0 800 - 733 68 25 gebührenfrei
E-mail: info@r-dental.com
www.r-dental.com

Kassenabrechnung ab April papierlos

Praxis-EDV-Update läuft – Zahntechniker haben Probleme.

BONN/KREMS (jp) – Eigentlich haben sich KZBV (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung) und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen nur darauf geeinigt, seit April nur noch digitale Abrechnungsdaten einschließlich der Laborleistungen zu liefern. Die KZVEN wollen aber nun auch die Praxen zwingen, sofort komplett papierlos, einschließlich der Laborrechnung, die Abrechnung einzureichen. Am besten online, auf Datenträgern kos-

tet es sonst höhere Verwaltungsabzüge. Die größeren Probleme haben bisher damit die Dentallabore, da sie es aufgrund der unterschiedlich in Praxen angewandten Abrechnungsoftware oft mit verschiedenen Formaten zu tun haben, die nicht immer KZBV-Prüfmodulkompatibel sind. Laut Hinweisen aus dem Verband Deutscher Dentalsoftware-Unternehmen (VDDDS) soll das Problem bereits bis Ende März gelöst sein. DT

Fortsetzung auf Seite 2 unten →

TÜV SAARLAND GUT (1,6)
Kundenurteil . freiwillige Prüfung
05/2011 Nr. 1321

Service tested

SO GEHT SERVICE HEUTE

[Hochwertiger Zahnersatz zu günstigen Preisen] **dentaltrade®**
...faire Leistung, faire Preise

freecall: (0800) 247 147-1 · www.dentaltrade.de

ANZEIGE

20 Milliarden GKV-Rücklagen schaffen Begehrlichkeiten

Union und FDP können sich nicht einigen. Ein Beitrag von Jürgen Pischel.



Selbstständig? Später!

Existenzgründer immer älter.

BERLIN – Vergleicht man die heutige Altersstruktur zahnmedizinischer Existenzgründer mit der Altersstruktur des Jahres 1995, so fällt auf, dass der Anteil der jungen Kollegen, die den Schritt in die Selbstständigkeit wagen, in den vergangenen Jahren sukzessive gesunken ist: In den alten Bundesländern waren ca. 17 % zwischen 25 und 30 Jahre, 69 % zwischen 31 und 40 und 14 % über 40 Jahre alt. In den neuen Bundesländern liegt der Altersdurchschnitt etwas niedriger, da 25 % der Existenzgründer zwischen 25 und 30 Jahre, 66 % zwischen 31 und 40 Jahre und nur 9 % über 40 Jahre alt waren. Dass junge Kollegen immer später „Chef“ werden, ist vor allem durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) zu erklären. Die Tätigkeit als angestellter Zahnmediziner ist häufig eine interessante Alternative zum Risiko der eigenen Praxis, und lukrative Umsatzbeteiligungen sowie der Wunsch nach Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf verstärken dieses Phänomen zusätzlich. DT

Mehr zum Thema auf Seite 28 →

BONN/KREMS – Vier Milliarden Euro Überschuss haben die Gesetzlichen Krankenkassen (GKVen) laut Bundesgesundheitsministerium im vergangenen Jahr erzielt. Das Finanzpolster der Kassen beträgt damit zehn Milliarden Euro, etwa 9,5 Milliarden Euro befinden sich außerdem im Gesundheitsfonds – insgesamt also knapp 20 Milliarden, über deren Verwendung Politiker und Versicherer nun streiten.

Die Ideen und Begehrlichkeiten sind vielfältig. Prämienrückzahlung an die Versicherten forderte sofort Bundesgesundheitsminister Bahr, um den Wettbewerb unter den Krankenkassen anzuheizen. Die Grünen stellten sich hinter diese Idee, denn „Krankenkassen sind keine Sparkassen“ oder „Das Geld gehört den Beitragszahlern.“

Die Linke forderte ein Ende der Praxisgebühr und Abschaffung der Zuzahlung für Medikamente, die Kliniken sollten mit einer Tarifklausel entlastet werden.

Für die Abschaffung der Praxisgebühr kämpften vehement auch die FDP – sowohl der Gesundheitsminister wie der neue Generalsekretär. CDU-Gesundheitssprecher Spahn hielt nichts von dieser Idee, da sie auch nicht im Koalitionsvertrag verankert sei. „Stellt Euch nicht vor einen fah-



Foto: Piotr Marcinski

renden Zug, das geht in der Regel tödlich aus“, warnte der FDP-General die Unions-Praxisgebühr-Abschaffungsverweigerer. Die Ärzteschaft bezeichnete die Praxisgebühr als Bürokratiemonster ohne Steuerungswirkung – weg damit. Dann sprach Merkel davon, das Volumen aus der Praxisgebühr könne wieder notwendig werden, und schon zog die FDP die Notbremse des angeblich unaufhaltsam rollenden Gebühren-Abschaffungszuges.

Die allgemeine Beitragssenkung á la Union um 0,1 Prozentpunkte wurde schnell als „lächerlich“ verworfen, lieber sollte Finanzminister Schäuble direkt 2 bis 4 Milliarden Euro zur Entlastung des Bundeshaushaltes erhalten. Parallel begann man die Zukunft zu beschwören, die private Pflegevorsorge solle künftig mit staatlichen Zulagen gefördert werden, und ansonsten Abwehr aller Begehrlichkeiten.

Die SPD reduzierte die Kritik auf Allgemeinplätze mit dem Debattenbeitrag: „Der Finanzminister und der Gesundheitsminister verhalten sich wie Buchhalter, die sich um die schönsten Zahlen sorgen – nicht wie Minister, die sich um eine bessere Vorsorge sorgen“, sagte Carola Reimann, die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD. DT

Fortsetzung auf Seite 2 →

ANZEIGE

48h

Kein Ultimatum sondern ein Versprechen.

Nur 48 Stunden. Was sich wie der Titel eines Thrillers anhört, ist bei uns genau das Gegenteil. Aber aufregend ist es trotzdem, denn wir versprechen Ihnen, dass Sie Ihre Abrechnung zu 100% nach 48 Stunden auf Ihrem Konto haben.

Tut uns leid, wenn wir Sie jetzt aufgeregt haben. Unter der folgenden Telefonnummer beruhigen wir Sie wieder und erzählen Ihnen, welche Vorteile Sie noch erwarten:

0201 74999-666
www.imex-finance.de

Für eine kleine Verwaltungsgebühr müssen Sie sich dann auch um so lästige Tätigkeiten wie die Abrechnungsprüfung und das Mahnwesen keine Gedanken mehr machen. Das alles – und noch viel mehr – ist im Paket der imex finance enthalten.

imex FINANCE
Einfach intelligenter.





Freie Berufe – europaweite Liberalisierung

Jürgen Pischel spricht Klartext



Europa plant für die Freien Berufe, so auch die Zahnärzte, weitreichende Liberalisierungen in der gegenseitigen Berufsanerkennung, der grenzüberschreitenden Zulassung und Berufsausübung. Natürlich laufen die Zwangsverbände der Freien Berufe, so auch der Zahnärzte, Sturm, denn jede Liberalisierung läuft ihren Eigenregulierungsinteressen zuwider. Zum Beispiel soll das „Herkunftsprinzip“ eingeführt werden, wonach Freiberufler bei grenzüberschreitender Leistungserbringung in weiten Bereichen den Standards und Regelungen ihres Herkunftslandes unterworfen sind. Die Kontrollmöglichkeiten der Aufnahmemitgliedstaaten werden deutlich eingeschränkt. Parallel soll die grenzüberschreitende Leistungserbringung durch sogenannte Europäische Berufsausweise erleichtert werden, die eine Genehmigungsfiktion für die Anerkennung im Aufnahmemitgliedstaat auslösen kann. Ein Berufsangehöriger könnte damit auch ohne eine ausdrückliche Genehmigung zur Leistungserbringung berechtigt werden. Die Mitgliedsstaaten, so auch Deutschland, und die Berufsorganisationen, ihr nationales, meist einengendes und regulierendes Recht liberal anzupassen. Mit einem klaren Wort, Macht verlieren.

Noch spannender ist, dass die EU-Behörden die berufsrechtliche Aufsicht

den Kammern streitig machen und neuen Gremien übertragen wollen, in denen die Berufsangehörigen eine Minderheit sind, ja eventuell der Kammer-Mitgliedszwang insgesamt beseitigt werden könnte. „Berufsverbände“ sollen dann nur noch eingeschränkt und weisungsabhängig von den Mitgliedstaaten einige ihnen weiterhin obliegende Tätigkeiten ausüben dürfen. Einzelne Mitgliedstaaten wollen noch weitergehen. Zahlreiche Gebührenordnungen sollen abgeschafft werden. Was täten die ZÄKs eigentlich ohne GOZ? Oder gar ohne Überwachungsrechte für beschränkende Berufsrechtsdirigisten.

Positiv zu sehen wäre auch eine deutsche Initiative des Justizministeriums, das für Rechtsanwälte eine GmbH-Rechtsform mit „beschränkter Berufshaftung (PartG mbB)“ einführen möchte. Die Pläne des BMJ sollen die Vorteile der GmbH mit denen der klassischen freiberuflichen Zusammenschlüsse (Gbr oder Partnergesellschaft) verbinden. Die PartG mbB genießt Vorteile bei der Besteuerung und ermöglicht eine Haftungskonzentration auf das Gesellschaftsvermögen. Es wird jedoch die Pflicht auferlegt, eine angemessene Haftpflichtversicherung abzuschließen. Diesbezügliche Regelungen für Zahnärzte enthält der Referentenentwurf nicht, da der Bund nicht für das Berufsrecht der Zahnärzte zuständig ist. Was nicht ist, kann noch werden,

toi, toi, toi, Ihr J. Pischel

Gemeinsame Stellungnahme

Verpflichtungen im Referentenentwurf des Patientenrechtgesetzes stellen anstelle Verbesserung für den Patienten weitere Erhöhung des Bürokratieaufwandes dar.



Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer. (Foto: BZÄK)

BONN/KREMS (jp) – Der Referentenentwurf für ein Patientenrechtgesetz geht BZÄK und KZBV im Schutz der Patienten zu weit und würde die Zahnarztpraxen enorm belasten. Besonders die Kodifikation des Behandlungsvertrages im Bürgerlichen Gesetzbuch enthält angeblich nicht praktikable Verpflichtungen. BZÄK und KZBV zählen dazu auf: eine zu bürokratisch-weitgehende Dokumentation, eine zu tiefgehende Aufklärung des Patienten über mögliche Behandlungsfehler von Vorbehandlern bzw. über mögliche finanzielle Eigenbeteiligungen oder die explizite Einwilligung des Pa-

tienten zur Therapie. Der Entwurf trage in diesen Punkten nicht den Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung Rechnung. Denn diese sei insbesondere durch das befundorientierte Festzuschussystem davon geprägt, dass Zahnarzt und Patient gemeinsam die passende Therapieentscheidung treffen müssen – und hierbei in der Mehrzahl der Fälle Zuzahlungen für den Patienten entstehen.

Positiv hervorzuheben sei, dass es weder zu einer generellen Umkehr der Beweislast noch zur Schaffung

eines „Härtefall- bzw. Entschädigungsfonds“ kommen soll. BZÄK-Vizepräsident Prof. Dr. Dietmar Oesterreich konnte in einer Verbändeanhörung die Sicht aus dem zahnärztlichen Versorgungs-

alltag einbringen. Er verwies auf die Gefahr, dass aus den vorgesehenen komplexen Informations-, Aufklärungs- und Dokumentationspflichten keine Verbesserung für die Patienten, sondern nur eine weitere Erhöhung des Bürokratieaufwandes für die Praxen entstehe. **DT**

ANZEIGE

Zugeschnittene Marketingpakete für Ihre erfolgreiche Praxis.

go to: www.docrelations.de

DENTAL TRIBUNE

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

Redaktionsleitung
Jeannette Enders (je), M.A.
j.enders@oemus-media.de

Korrespondent Gesundheitspolitik
Jürgen Pischel (jp)
kontakt@oemus-media.de
www.oemus.com

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

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

Produktionsleitung
Gernot Meyer
meyer@oemus-media.de

Anzeigendisposition
Marius Mezger
m.mezger@oemus-media.de

Bob Schliebe
b.schliebe@oemus-media.de

Lysann Reichardt
l.reichardt@oemus-media.de

Layout/Satz
Franziska Dachsels

Lektorat
Hans Motschmann
h.motschmann@oemus-media.de

Erscheinungsweise
Dental Tribune German Edition erscheint 2012 mit 12 Ausgaben, es gilt die Preisliste Nr. 3 vom 1.1.2012. Es gelten die AGB.

Druckerei
Vogel Druck und Medienservice GmbH, Leibnizstraße 5, 97204 Höchberg

Verlags- und Urheberrecht
Dental Tribune German Edition ist ein eigenständiges redaktionelles Publikationsorgan der Oemus Media AG. Die Zeitschrift und die enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlages. Bei Einsendungen an die Redaktion wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Mit Einsendung des Manuskriptes geht das Recht zur Veröffentlichung als auch die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten in deutscher oder fremder Sprache, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken zur Herstellung von Sonderdrucken und Fotokopien an den Verlag über. Für unverlangt eingesandte Bücher und Manuskripte kann keine Gewähr übernommen werden. Mit anderen als den redaktionseigenen Signa oder mit Verfasseramen gekennzeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, welche der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Der Autor des Beitrages trägt die Verantwortung. Gezeichnete Sonderbeilagen 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.

Alle mit Symbolen gekennzeichneten Beiträge sind in der E-Paper-Version der jeweiligen Publikation auf www.zwp-online.info mit weiterführenden Informationen vernetzt.

← Fortsetzung von Seite 1 Leitartikel GKV

CDU-Fraktionschef Kauder stellte sich an die Seite der Krankenkassen. Vorrangiges Ziel der Politik müsse es sein, die Finanzierung des Gesundheitssystems dauerhaft zu stabilisieren. Wegen der Bevölkerungsentwicklung stünden die Kassen in den kommenden Jahren vor großen Herausforderungen. „Die Zahl der Beitragszahler wird sinken, die Ausgaben werden wegen der zunehmenden Zahl Älterer wahrscheinlich steigen“, sagte Kauder.

Der Spitzenverband der GKVen blies in das gleiche Horn. „Wer nur auf die Zahlen des vergangenen Jahres schaut und auf dieser Grundlage die künftigen Einnahmen kürzt, organisiert das Minus von morgen“, sagte GKV-Vorsitzender

Johann-Magnus von Stackelberg.

Das Ende der Geschichte: viel Getöse um nichts. Schäuble braucht 2–4 Mrd. Euro weniger Subvention in 2012/2013 zu leisten, das Polster bleibt den Kassen ungeschmälert als Konjunkturreserve und Zukunftsvorsorge erhalten mit einem wichtigen Ziel: „Im Wahljahr 2013 auf keinen Fall eine GKV-Beitragserrhöhung-Diskussion.“ Das scheint vorerst gesichert, die FDP hat sich dem unterworfen.

Da es parallel dazu den PKVen finanziell immer schlechter geht,



Jens Spahn, Gesundheits-sprecher der CDU. (Foto: Stephan Baumann)

nimmt bei der CDU das Thema Bürgerversicherung wieder Fahrt auf. So hat sich der gesundheitspolitische Sprecher der Union, Jens Spahn, sehr kritisch mit dem Zustand der Privaten Krankenversicherungen (PKV) in Deutschland auseinandergesetzt und die Zweiteilung der Krankenversicherung infrage gestellt. Die Analyse des CDU-Bundestagsabgeordneten bemüht

die Reizworte „Öffnungsklausel“, „Bürgerversicherung“, „Einheitsgebührenordnung“ sowie „Abzocke“, und das alles in Richtung PKV gesprochen. **DT**

← Fortsetzung von Seite 1 oben

Allerletzte Probleme, so die vom VDDDS monierte fehlende „Versionsverwaltung“ aus der KZBV heraus und die Darstellung von Rabattierungen durch das Labor an den Zahnarzt sollen in einem „professionellen Projektmanagement“ im Laufe des April überwunden sein.

Zahntechnik-Labore beklagen mangelnde Unterstützung aus den Innungen heraus und viele betonen, dass es für die Dentallabore keine Verpflichtung gibt, papierlos abzurechnen.

Auch Probleme sieht man beim Datenschutz, da nicht alle Praxen ein Barcode-System nutzen, oft handschriftlich Auftragsnummern vergeben oder den Namen des Patienten als Klartext auf der Rechnung haben wollen. Die Krankenkassen – viele Innungen kritisieren dies als Datensammelwut – wollen künftig auf den Laborrechnungen auch die Nicht-BEL-Leistungen aufgeschlüsselt bekommen. Innungen sehen darin Kassenüberlegungen, Dateninfos für Zusatzversicherungen zu bekommen.

Die KZBV widerspricht den Innungen. Die Kassen bekämen von der jeweiligen KZV nur die Daten aus der Laborrechnung für die 100 Prozent Fälle und Reparaturen. Dennoch bräuchten die KZVen alle Abrechnungsdaten, auch für Nicht-BEL-Leistungen, ob nach BEB oder nicht, da sie zu prüfen haben, ob alle Leistungen auch durchgeführt worden seien. Die Kassen erhalten diese Abrechnungsdaten aber, anders als von einzelnen Innungen behauptet, nicht. **DT**

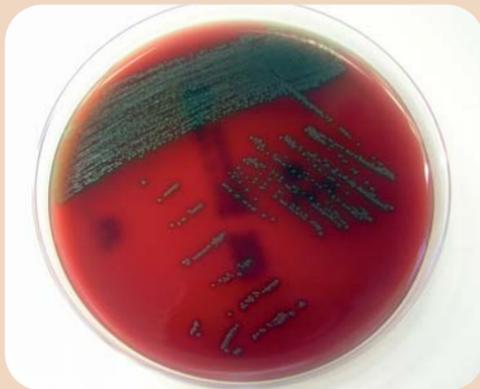
In Zürich entdeckt: Neues Bakterium *Streptococcus tigurinus*

Mikrobiologen der Universität Zürich gelang es, eine neue Streptokokken-Art zu beschreiben.

ZÜRICH – Die mikrobielle Flora im Mund besteht größtenteils aus Streptokokken. Aufgrund ihrer Morphologie lassen sich Streptokokken in verschiedene Gruppen einteilen. Den forschenden Mikrobiologen unter der Leitung von Andrea Zbinden, Institut für Medizinische Mikrobiologie der Universität Zürich, gelang es jetzt, innerhalb der Gruppe von „vergrünenden Streptokokken“ eine neue Bakterienart zu beschreiben.

Vergrünende Streptokokken greifen rote Blutkörperchen (Erythrozyten) an und bauen deren Hämoglobin ab, wodurch grünliche Abbauprodukte entstehen. Diese Bakterien sind zwar normale Besiedler der Mundhöhle, sie können aber ins Blut eingeschleppt wer-

den und so Infektionen verursachen. Am häufigsten sind die Bakterien assoziiert mit Infektionen



Vergrünende Kolonien von *Streptococcus tigurinus* auf einer Scharfblutplatte. (Foto: Universität Zürich, UZH)

der Herzklappen (Endokarditis), die antibiotisch und manchmal auch chirurgisch therapiert werden müssen.

Zürcherisches Bakterium

Die Zürcher Wissenschaftler konnten das neue Bakterium aufgrund verschiedener molekularbiologischer und phänotypischer Merkmale von den bisher bekannten vergrünenden Streptokokken unterscheiden und als neue Art beschreiben. „Tigurinus“, das Adjektiv von lateinisch „Tigurum“, der vor allem im 17. und 18. Jahrhundert verwendete Name für Zürich.

Bisher konnten die Mikrobiologen *S. tigurinus* nur als Erreger von schweren Infektionen nachweisen. „Dieses Bakterium kommt aber bestimmt im Mund von vielen Menschen vor, ohne sie krank zu machen“, so Zbinden. Für die Mikrobiologen und Kliniker ist es nun wichtig, dass sie dieses Bakte-



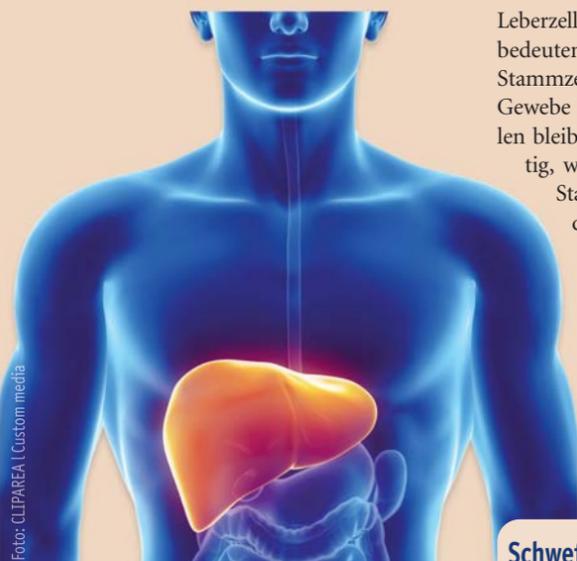
Foto: Alexander Rath

rium erkennen und somit auch weiter untersuchen können. Wie häufig *S. tigurinus* vorkommt und worauf sein pathogenes Potenzial zurückzuführen ist, wird folglich Gegenstand weiterer Untersuchungen sein. DT

Originalliteratur: Andrea Zbinden, Nicolas J. Müller, Philip E. Tarr, Cathrin Spröer, Peter M. Keller, Guido V. Bloemberg. *Streptococcus tigurinus* sp. nov., isolated from blood of patients with endocarditis, meningitis and spondylodiscitis. *International Journal of Systematic and Evolutionary Microbiology*. 22 February, 2012. doi: 10.1099/ijs.0.038299-0

Verwandlung dentaler Stammzellen durch H₂S

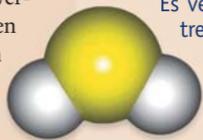
Erstmals gelang die Transformation adulter Stammzellen aus menschlichem Zahnmark in Leberzellen.



Leberzellen entstanden. „Reine Zellen“ bedeuten, dass sich nur wenige der Stammzellen in andere Formen von Gewebe entwickeln oder Stammzellen bleiben. Das sei besonders wichtig, wenn man später mit diesen Stammzellen Patienten behandeln wolle. Je geringer die „Fehlerquote“ in der Reifung der Stammzellen, desto geringer auch die Gefahr, dass sich durch die transplantierten Stammzellen bösartige Tumoren entwickeln, erklären die Wissenschaftler in der Studie, deren Details im *Journal of Breath*

Schwefelwasserstoff

Schwefelwasserstoff (H₂S) ist ein übel riechendes, stark giftiges Gas. Es verursacht schon in extrem geringen Konzentrationen den typischen Geruch von faulen Eiern, der bei der Zersetzung von Proteinen aus schwefelhaltigen Aminosäuren durch Fäulnis- und Schwefelbakterien entsteht. Obwohl seine genaue Funktion noch unzureichend erforscht ist, sind Forscher der Ansicht, dass er eine Schlüsselrolle bei vielen physiologischen Prozessen und Krankheitsverläufen spielt.



TOKIO (je) – Schwefelwasserstoff, unter anderem für Mundgeruch verantwortlich, ist idealer Nährboden für Stammzellen. Das behaupten japanische Wissenschaftler der Nippon Dental University in Tokio, Japan, in einer kürzlich veröffentlichten Studie unter dem Thema: *Hydrogen sulfide increases hepatic differentiation in tooth-pulp stem cells*. Das Team um Dr. Ken Yaegaki untersuchte Möglichkeiten, wie Schwefelwasserstoff eingesetzt werden kann, Stammzellen des menschlichen Zahns in Leberzellen umzuwandeln.

Die Wissenschaftler isolierten die Stammzellen aus der Zahnpulpa. Mit Hilfe des Schwefelwasserstoffs gelang es ihnen, diese Stammzellen zu funktionsfähigen Leberzellen reifen zu lassen. Die dentalen Stammzellen könnten demnach zukünftig der Lebertherapie dienlich sein.

Aus den Stammzellen seien nicht nur funktionsfähige, sondern auch außergewöhnlich viele und „reine“

Research 1/12 veröffentlicht wurden (<http://iopscience.iop.org/1752-7163>).

Die bemerkenswerte Fähigkeit zur Umwandlung von Stammzellen setzt große Hoffnung in der weltweiten Forschung zu Möglichkeiten der Organtherapie bzw. zur Therapie bisher unheilbarer Krankheiten, wie Parkinson oder Alzheimer. DT

Quelle: Technische Universität Wien

ANZEIGE

BIOHORIZONS®

SCIENCE • INNOVATION • SERVICE

Das erste 3.0 mm 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

Save the Date

2. Symposium am KHI
Termin: 24. + 25.08.2012
2. Neue Sylter Horizonte
Termin: 27. - 30.09.2012
Die Erfolgsveranstaltungen von BioHorizons



BioHorizons GmbH
Bismarckallee 9
79098 Freiburg
Tel.: +49 761 55 63 28-0
Fax: +49 761 55 63 28-20
info@biohorizons.com
www.biohorizons.com

BIOHORIZONS®
SCIENCE • INNOVATION • SERVICE

Endokarditisprophylaxe: Was hat sich geändert?

Patienten mit einem erhöhten Endokarditisrisiko in der zahnärztlichen Praxis zu identifizieren, ist eine wichtige Aufgabe. Die Indikation für eine Endokarditisprophylaxe wurde gegenüber früheren Empfehlungen jedoch deutlich eingeschränkt. Ein Beitrag von OA Dr. med. dent. Christian H. Finke und OA Dr. med. Stanislav Ovrutski, Berlin.

Das Risiko, an einer Endokarditis zu erkranken, ist in der Normalbevölkerung bei Herzgesunden sehr gering (Tabelle 1 und 2). Grundsätzlich kann jeder Mensch an einer Endokarditis erkranken, und unbehandelt ist der Krankheitsverlauf meist tödlich. Eine erhöhte Gefahr besteht jedoch bei Menschen mit angeborenen oder erworbenen Herzfehlern, insbesondere nach Herzklappenersatz (Tabelle 3).¹⁻³

Bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs spielte die Herzchirurgie keine bedeutende Rolle, weder in Deutschland noch weltweit. Allerdings wird die erste erfolgreiche Naht einer Herzwunde 1896 häufig als Beginn der Herzchirurgie bezeichnet. Die erste erfolgreiche Operation bei einem angeborenen Herzfehler war der operative Verschluss eines persistierenden Ductus Botalli (R. E. Gross, Boston 1938) sowie eine Verbindung der rech-

Endokarditisrisiko	Lebenszeitrisiko pro 100.000 Patientenjahre
Angeborene Vitien	145-271
Rheumatische Vitien	380-440
Klappenprothesen	308-383
Klappenersatz nach Endokarditis	630
Klappenersatz nach Klappenprothesenendokarditis	2.160

Tabelle 1

Absolutes Risiko	
Normalbevölkerung	1 : 14.000.000
Angeborene Vitien	1 : 475.000
Klappenprothesen	1 : 114.000
Überstandene Endokarditis	1 : 95.000

Tabelle 2

Therapien mittels Herzkatheter (Abb. 2) sind solche Zentren in der Lage, selbst schwere Herzfehler zu korrigieren oder zumindest den Kreislauf zu stabilisieren. Das führt dazu, dass fast 90 % der Patien-

ten 10 % der Kinder haben keinen vorbestehenden Herzfehler und 40 % aller Endokarditiden betreffen Kinder nach Herz-OP. Jugendliche mit intravenösem Drogenmissbrauch sowie Kinder mit reduzierter Immunkompetenz sind auch stark gefährdet, an einer Endokarditis zu erkranken.

Bei allen Herzfehlern, bei denen der Blutstrom im Herzen nicht „normal“ ist, kann es durch Verwirbelungen des Blutstromes an immer wieder den gleichen Stellen zu kleinsten Verletzungen der Herzinnenwand (Endokard) oder der Gefäßinnenwand (Intima) kommen. Reparaturprozesse durch Thrombozyten und Fibrin lassen weiße nicht infizierte endokarditische Thromben entstehen (Abb. 5). Diese Stellen sind dann anfällig für eine Entzündung, wenn (meistens) Bakterien, aber auch Pilze oder Viren ins Blut kommen und an einem weißen

Patienten mit der höchsten Wahrscheinlichkeit eines schweren oder letalen Verlaufs einer infektiösen Endokarditis

- Patienten mit Klappenersatz (mechanische, biologische Prothesen)
- Patienten mit rekonstruierten Klappen unter Verwendung von alloprothetischem Material in den ersten sechs Monaten nach Operation (a, b)
- Patienten mit überstandener Endokarditis
- Patienten mit angeborenen Herzfehlern
 - Zyanotische Herzfehler, die nicht oder nur palliativ mit systemisch-pulmonalem Shunt operiert sind
 - Operierte Herzfehler mit Implantation von Conduits (mit oder ohne Klappe) oder residuellen Defekten, d.h. turbulenter Blutströmung im Bereich des prothetischen Materials
 - Alle operativ oder interventionell unter Verwendung von prothetischem Material behandelten Herzfehler in den ersten sechs Monaten nach Operation (b)
- Herztransplantierte Patienten, die eine kardiale Valvulopathie entwickeln

a. In diesem Punkt unterscheidet sich das vorliegende Positionspapier von den AHA-Leitlinien.
b. Nach sechs Monaten wird eine suffiziente Endothelialisierung der Prothesen angenommen.

Tabelle 3

Entzündungsreaktion können sich Teile des thrombotischen Materials lösen und durch Embolisation in anderen Organen (Gehirn, Lunge, Netzhaut, Niere, Milz,

gelöst werden (Tabelle 4). Die Gabe von geeigneten Antibiotika – zum richtigen Zeitpunkt – verhindert die Adhärenz von Bakterien am abakteriellen Thrombus.¹³

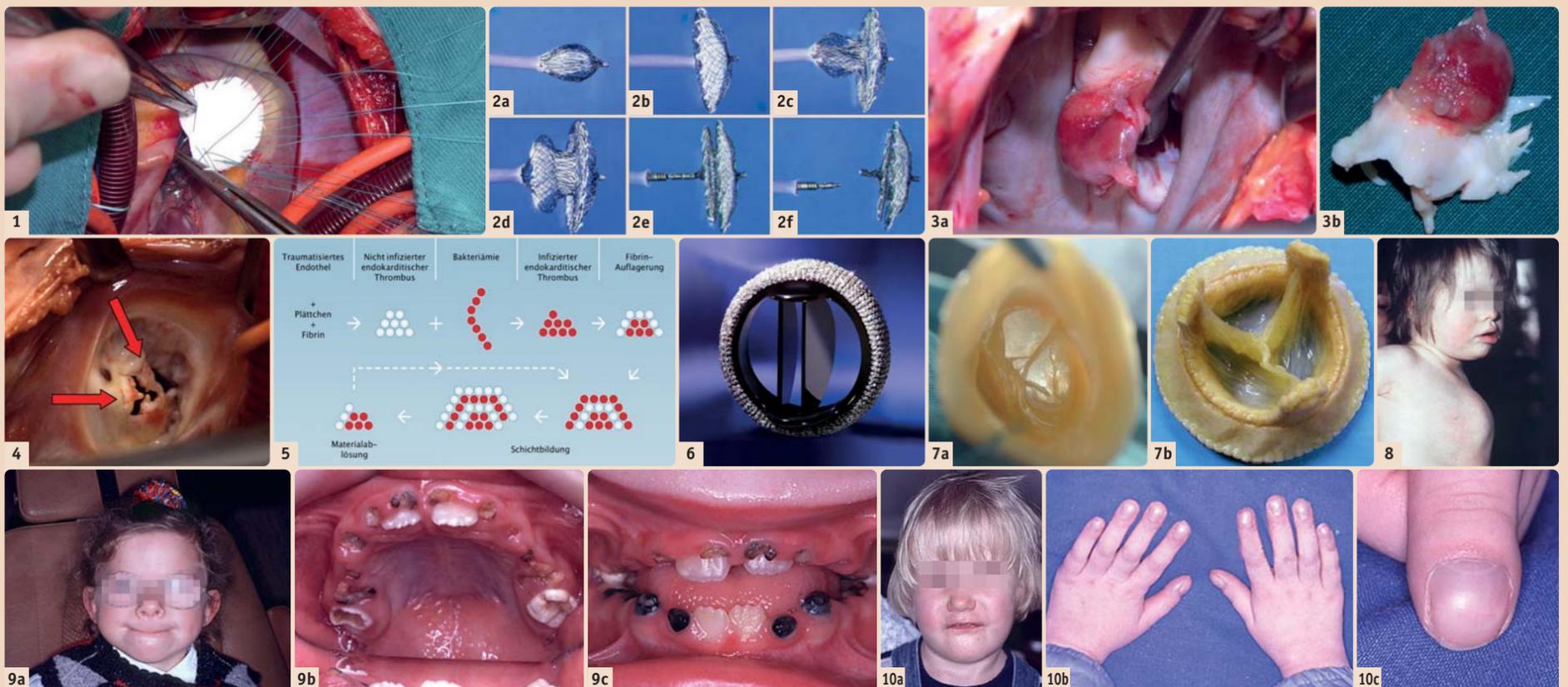


Abb. 1: Operation am offenen Herzen unter Verwendung einer Herz-Lungen-Maschine. Verschluss eines Ventrikelseptumdefekts unter Verwendung von einem Kunstmaterial (Goretex®). – Abb. 2: Entfalten eines Amplatzer Septal Okkluders (ASO). Dieses Modell wird für den interventionellen Verschluss eines Vorhofseptumdefekts verwendet. – Abb. 3a und b: Akute Mitralklappenendokarditis. Intraoperative Aufnahme am offenen Herzen (a), eine völlig zerstörte Mitralklappe und die bereits explantierte Mitralklappe (b). Die Klappenstrukturen sind massiv verdickt und kaum erkennbar (b). Entzündliche Veränderungen mit einer schweren blässigen Degeneration und einem kompletten Funktionsverlust (b). – Abb. 4: Zustand nach abgelauferer Aortenklappenendokarditis. Perioperative Aufnahme einer komplett zerstörten Aortenklappe. Die Klappenstrukturen sind nicht mehr erkennbar bei einem kompletten Funktionsverlust. – Abb. 5: Pathogenese einer infektiösen Endokarditis. Aus der Vorstufe der sterilen thrombotischen Endokarditis kann sich bei entsprechender Bakteriämie die bakterielle Endokarditis entwickeln. Als Komplikation können sich Teile der entzündlichen endokarditischen „Vegetationen“ ablösen und in andere Gefäßabschnitte embolisieren. – Abb. 6: Mechanische Prothese. Sie verspricht eine langfristige stabile Klappenfunktion ohne Notwendigkeit von Re-Operationen, ist jedoch meistens nicht im Säuglings- bzw. Kleinkindalter einsetzbar. Die mechanische Prothese besitzt ein erhöhtes thrombotisches Potenzial. Daher ist eine Dauerantikoagulation mit Marcumar oder Warfarin mit INR 2,5–3,5 je nach Klappenposition erforderlich. – Abb. 7a und b: Biologische Prothese (a) oder stentunterstützte Prothese (b). Hergestellt werden die Prothesen aus verschiedenen biologischen Materialien (Rinderven [a] bzw. Schweine- oder Rinderperikard [b]). Keine Dauerantikoagulation mit Marcumar notwendig. Eine Re-Operation ist meistens unvermeidbar. Biologische Prothesen sind auch bei Säuglingen und Kleinkindern anwendbar. – Abb. 8: Patient mit Trisomie 21. Bis zu 50 % dieser Patienten haben einen angeborenen Herzfehler. – Abb. 9a–c: Sechsjährige Patientin mit Williams-Beuren-Syndrom und einem katastrophalen Mundbefund. – Abb. 10a–c: Symptome eines zyanotischen Herzfehlers. a) bläuliche Lippen/blasses Hautkolorit, b) und c) Trommelschlagelfinger und Uhrglasnägel; Hochrisiko für eine Endokarditis.

ten A. subclavia (Schlüsselbeinarterie) mit der rechten Pulmonalarterie zur Heilung der „Blausucht“ durch einen sogenannten „BT-Shunt“ (Blalock-Taussig) bei einem Kind mit Fallot'scher Tetralogie (A. Blalock, H. B. Taussig, Baltimore 1944). Mit der Entwicklung der Herz-Lungen-Maschine (J. H. Gibbon, 1953) kam es zur Ära der Operationen am offenen Herzen und der weiteren Entwicklung der modernen Herzchirurgie.⁴⁻⁸

Dank der weltweiten Entwicklung von verschiedenen Therapiemethoden und hervorragenden Leistungen in den spezialisierten Herzzentren sind sowohl die gesamte Überlebensrate als auch die Lebensdauer und die Lebensqualität solcher Patienten signifikant angestiegen, insbesondere in den letzten drei Dekaden. Durch die Operationen am offenen Herzen (Abb. 1) sowie interventionelle

Therapien mit angeborenen Herzfehlern das Erwachsenenalter erreichen. Ein Teil dieser behandelten Patienten hat aber ein Leben lang ein erhöhtes Endokarditisrisiko zu tragen, das zu definieren ist eine der Aufgaben des behandelnden Kardiologen.

Endokarditis

Die Endokarditis ist eine Entzündung der Herzinnenwand (Endokard), die die Herzhöhlen und den herznahen Anteil der Arterien und Venen auskleidet und auch die Struktur der Herzklappensegel bildet (Abb. 3 und 4). Die Prävalenz der infektiösen Endokarditis wird in der Allgemeinbevölkerung mit 11 bis 50 Erkrankungen pro 1.000.000 Einwohner jährlich angegeben.⁹ Bei mindestens 40% der Fälle ist dabei die Ursache der transitorischen Bakteriämie unbekannt. Die Inzidenz beträgt 0,34 auf 1.000 Patientenjahre; nur

Thrombusadhärenzen. Kommt es zu einer transitorischen Bakteriämie, dem massiven Einstrom von Bakterien in die Blutbahn, kann aus einer thrombotischen Endokarditis eine infektiöse Endokarditis werden. Von dort aus beginnt eine Infektion, die auf weitere Anteile der Herzinnenwand und eine oder mehrere Herzklappen übergreift (Abb. 3 und 4).^{1-3,10-12}

Die häufigsten Erreger sind *Streptococcus viridans* (46 %), *Staphylococcus aureus* (15 %) und gramnegative Erreger (12 %). Bei 5–25% gelingt der Keimnachweis nicht. Der Verlauf einer solchen Infektion kann hochakut (bakterielle Endokarditis, verursacht meistens durch *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* oder *Enterococcus*) sein oder subakut (Endokarditis lenta, verursacht meist durch *Streptococcus viridans* [S. sanguis, S. bovis, S. mutans, S. mitis]). Im Rahmen dieser

Haut, Extremitäten u.a.) zu schweren Komplikationen führen. Wenn eine akute septische Erkrankung überstanden ist, kommt es im weiteren Verlauf meist auch zu Destruktionen bis zur vollständigen Zerstörung von Herzklappen mit einer Funktionseinschränkung oder gar komplettem Funktionsverlust. Daraus resultiert eine schwere Herz- und Kreislaufinsuffizienz, was wiederum ohne dringlichen speziellen und in der Regel herzchirurgischen Eingriff nicht überlebt werden kann. Die chirurgischen Therapien bedeuten meistens einen Klappenersatz mit einer entweder biologischen oder mechanischen Prothese und allen dazugehörigen Problemen (erhöhtes Endokarditisrisiko, Re-Operation, Antikoagulation) (Abb. 6 und 7). Eine Bakteriämie kann durch Zahnärzte in vielfältiger Weise und mit hoher Bakterienzahl aus-

Zahnärztliche Anamnese und Endokarditisrisiko

Patienten mit einem erhöhten Endokarditisrisiko in der zahnärztlichen Praxis zu identifizieren ist eine wichtige Aufgabe, die mit einer guten Anamnese gelöst werden könnte. Aber es gibt Umstände, die diese Möglichkeit erschweren. Endokarditisrisikopatienten haben heutzutage kein stigmatisierendes Aussehen mehr (Abb. 8, 9 und 10). Die klassischen Zeichen eines zyanotischen Vitiums: zyanotische Lippen, Uhrglasnägel und Trommelschlagelfinger sind Raritäten geworden. Zahnärzte, die Patienten mit angeborenen Herzfehlern sofort an die nächste Universitätsklinik überweisen, provozieren bei betroffenen Patienten manchmal den Wunsch, ihr Leiden zu verschweigen und es in der Anamnese zu unterschlagen.

NEU



CENTRIX Access® Edge

VERBESSERTE KAOLIN-RETRAKTION Mit einem noch besseren Preis!



Weniger Arbeit. Spart Zeit und Geld.

Access Edge ist eine einfach anzuwendende, kaolinbasierte Retraktionspaste, die das Gewebe verdrängt und retrahiert, ohne die Gingiva zu traumatisieren. Die doppelte Wirkung des Aluminiumchlorids, adstringierend und hämostatisch, plus die absorbierende Eigenschaft der Tonerde schaffen einen sauberen, trockenen Sulkus.

Access Edge kann mit Hilfe jeder C-R® Spritze von Centrix um den Zahn appliziert oder subgingival injiziert werden.

Das Resultat? Kosmetische Restaurationen, die gut aussehen und perfekt sitzen.

Centrix: wir machen Zahnheilkunde einfacher.



- Außergewöhnliche Kaolinbasierte Gingiva-Retraktion in einer portionsdosierten, vorgefüllten Karpule
- Duale adstringierende und hämostatische Wirkung des Aluminiumchlorid und die Tonerde kontrollieren die Blutungen und den Sekretfluss
- Wirkt in Minuten. Einfach ausspülen, lufttrocknen – und ein sauberer, offener Sulkus ist das Ergebnis
- Eine schonende, trotzdem effektive Weichgewebe-Behandlung ermöglicht klar abgegrenzte Ränder für besser sitzende Restaurationen



Centrix, Inc.
Andreas Lehmann
Schlehdornweg 11a 50858 Köln
Telefon: 0800centrix (0800 2368749)
Telefax: 0221 530978-22
koeln@centrixdental.com



centrix®

Macht Zahnheilkunde einfacher.™

Bestellen ist einfach. Rufen Sie uns an (freecall 08 00 / 2 36 87 49) oder besuchen Sie uns im Internet unter www.centrixdental.de für weitere Informationen.

Ein Beispiel zeigt, wie das passieren kann. Der Vater eines Kindes mit einem hohen Endokarditisrisiko bat um eine kontinuierliche professionelle Mundhygieneunterstützung bei seinem Kind an seinem Wohnort in Brandenburg. Die Kollegin verwies den Vater an die Berliner Zahnklinik, weil sie meinte, das Risiko der Behandlung nicht tragen zu können. Für An- und Abfahrtswege einschließlich der eigentlichen zahnmedizinischen Maßnahme musste sich der Vater jeweils einen freien Tag bei seinem Arbeitgeber erbiten. Bei einer Fortbildung für Eltern im Deutschen Herzzentrum Berlin verriet dieser Vater, nicht mehr den Herzfehler seines Kindes in der Anamnese zu erwähnen, um sich den Aufwand der Fahrt nach Berlin zu ersparen.

Vergesslichkeit ist ein weiterer Faktor, der die Anamnese verfälschen kann. Aber auch die nicht sorgfältig erhobene Anamnese ist als Fehlerquelle denkbar. Ein Herzpass sollte von betroffenen Patienten ungefragt dem jeweiligen Arzt oder Zahnarzt für anamnestiche Zwecke vorgelegt werden (Abb. 11). Dieser wurde

- Zahnmedizinische Eingriffe, die bei Risikopatienten einer präoperativen Antibiose bedürfen**
- Extraktion
 - Intraligamentäre Anästhesie/Analgesie
 - Zahnsteinentfernung
 - Professionelle Mundhygiene
 - Approximale Füllung mit Matriz
 - Wurzelkanalbehandlung (Kofferdam)
 - Subgingivales Setzen eines kieferorthopädischen Bandes

Tabelle 4

ziert (Tabelle 3).¹⁶ Bei welchen zahnärztlichen Maßnahmen die Antibiose bei diesen Patienten nicht vergessen werden darf, zeigt Tabelle 4. Man sollte aber als Zahnarzt nicht auf die Idee kommen, dass alle alten blauen Herzpässe nun bedeuten, dass der Patient keine antibiotische Prophylaxe mehr benötigt, sondern es ist nach wie vor die individuelle Entscheidung des Kardiologen, eine antibiotische Prophylaxe vor einem zahnärztlichen Eingriff für seinen Patienten von uns zu fordern. Der aktuelle Herzpass (Abb. 11) sollte für jeden Patienten angestrebt werden. Dadurch wird deutlich, ob der behandelnde Kardiologe noch eine anti-

otherauricles or other hearts“ (Quaterni d'Anatomia II [1513]). Dabei beschreibt Leonardo da Vinci nichts anderes als einen Vorhofseptumdefekt.

Die Ursachen der Herzfehler sind zum Teil genetische Assoziationen (8 % Trisomie der Gene 21, 18, 13), zum Teil sind es Umgebungseinflüsse (2 % Drogen, Infektionen, Strahlen, mütterlicher Diabetes), jedoch zu 90 % bleibt die Ursache unbekannt. Die häufigsten bekannten Assoziationen sind z.B. atrioventrikulärer Septumdefekt (bis 50 %) bei Trisomie 21 (Abb. 8) oder supravulvuläre Aortenstenose (90 %) bei den Kindern mit Williams-Beuren-Syndrom (Abb. 9).

Vom 20. Tag der Schwangerschaft bis zum 43. Tag in der Embryogenese entwickelt sich das Herz aus einem Schlauch zu einer vierkammerigen Saug-Druckpumpe. Da zu diesem Zeitpunkt die werdende Mutter manchmal noch nichts von ihrer Schwangerschaft weiß, sollten grundsätzlich negative Einflussfaktoren wie Stress, Alkohol-, Nikotin- und Drogenkonsum vermieden werden.

Mit acht auf 1.000 Lebendgeburten ist der angeborene Herzfehler die häufigs-

Empfohlene Prophylaxe vor zahnärztlichen Eingriffen (a)

Antibiotische Prophylaxe	Antibiotikum	Einzeldosis 30 bis 60 Min. vor dem Eingriff	
		Erwachsene	Kinder
Orale Einnahme	Amoxicillin (b)	2 g p.o.	50 mg/kg p.o.
Orale Einnahme nicht möglich	Ampicillin (b, c)	2 g i.v.	50 mg/kg i.v.
Penicillin- oder Ampicillinallergie – orale Einnahme	Clindamycin (d, e)	600 mg p.o.	20 mg/kg p.o.
Penicillin- oder Ampicillinallergie – orale Einnahme nicht möglich	Clindamycin (e)	600 mg i.v.	20 mg/kg i.v.

- a. Zu Besonderheiten der Prophylaxe vor Eingriffen am Respirations-, Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt sowie an infizierten Haut- und Hautanhangsgebilden und am muskuloskeletalen System.
 b. Penicillin G oder V kann weiterhin als Alternative verwendet werden.
 c. Alternativ Cefazolin, Ceftriaxon 1 g i.v. für Erwachsene bzw. 50 mg/kg i.v. bei Kindern.
 d. Alternativ Cefalexin: 2 g p.o. für Erwachsene bzw. 50 mg/kg p.o. bei Kindern oder Clarithromycin 500 mg p.o. für Erwachsene bzw. 15 mg/kg p.o. bei Kindern.
 e. Cave: Cephalosporine sollten generell nicht appliziert werden bei Patienten mit vorangegangener Anaphylaxie, Angioödem oder Urtikaria nach Penicillin- oder Ampicilinalgabe.

Tabelle 5

kariösen Defekten und die Behandlung einer Parodontitis sind ein Aspekt der Prävention. Eine verbesserte Mundhygiene und eine kohlenhydratreduzierte Ernährung sind die anderen Faktoren, die bedacht werden müssen. Je schlimmer der Ausgangsbefund bei den Eltern ist, desto wichtiger ist die Notwendigkeit, auch mit Chlorhexidin zu therapieren.¹⁹

gestüßtem Tee, aber auch mit Apfel- oder Orangensaft, die katastrophale Kraft, die zur Vernichtung der Milchzähne beiträgt (Abb. 14). Sanierungen in Narkose, meist vor korrigierenden Herz-OPs, sind langfristig wenig erfolgreich (Abb. 15).

Die eigentliche Ursache wird nicht behoben und schon bald ist wieder ein orales Problemfeld vorhanden. Auch der operative Erfolg des jeweiligen Herzzentrums wird durch die problematische orale Situation manchmal infrage gestellt.

Die unterstützende Beratung durch den Kinderkardiologen kann hier nicht hoch genug eingeschätzt werden. Das Bestreben der Eltern und auch der behandelnden Zahnärzte muss sein, durch Prävention jegliche Karies und Gingivitis beim betroffenen Kind zu verhindern (Abb. 16).

Zusammenfassung

Die Aktualisierung der Leitlinien zur Endokarditisprophylaxe der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Kardiologie und der American Heart Association im Jahr 2007 sollte konsequent umgesetzt werden, indem alle Hochrisikopatienten den neuen Herzpass erhalten.¹⁶⁻¹⁸ Der Schwerpunkt der Endokarditisprophylaxe sollte weg von der Sekundärprophylaxe durch Antibiotika hin zur Primärprophylaxe durch regelmäßige und konsequente Therapie und Prophylaxe von Karies und Gingivaerkrankungen verlegt werden. Nichtsdestotrotz muss jeder Patient mit einem Endokarditisrisiko durch seinen aktuellen Herzpass und durch gesicherten Kenntnisstand über die Notwendigkeit einer antibiotischen Prophylaxe bei zahnärztlichen Eingriffen informiert sein. Ist das nicht der Fall, sollten Kardiologe und Zahnarzt sich über das Risiko des jeweiligen Patienten verständigen. 

Eine Dosierungsempfehlung für ein mögliches Amoxicillinpräparat können Sie sich auf www.zwp-online.info/publikationen in der E-Paper-Version herunterladen.

Ersterscheinung: ZWP Zahnarzt WirtschaftsPraxis 6/11



Abb. 11: Die alten Herzpässe (auf der linken Seite; waren aktuell in den Jahren 1997 bis 2007) und der neue Herzpass (auf der rechten Seite) für die Endokarditisprophylaxe. Beim Vorliegen eines alten blauen Herzpasses darf der Zahnarzt nicht automatisch auf die Endokarditisprophylaxe verzichten, sondern sollte das individuelle Risiko des Patienten mit dem behandelnden Kardiologen abklären! – Abb. 12: Patientin mit einem hohen Endokarditisrisiko in den Jahren vor 1997 vor einer zahnmedizinischen Behandlung. Zyanotische Zeichen, ähnlich denen von Abbildungen 10. Am rechten Arm sieht man einen Verband über einem intravenösen Zugang. Leider haben die Kinderkardiologen dem Kind als Trost für erlittene Pein einen Lutscher geschenkt. – Abb. 13: Patient mit extremem Plaquebefall. Starke Gingivitis, offener Biss, späte Wechselgebissperiode. – Abb. 14: Patientin mit Plastiksauerflasche. Auch verdünnter Apfel- oder Orangensaft sind kariesproduzierend! – Abb. 15a und b: Fünfjähriges Migrantenkind. Zahnsanierung in ITN vor der anstehenden Herz-OP. – Abb. 16a und b: Sechsjähriger Patient. Keine Karies und keine Gingivitis durch professionell unterstützte Prophylaxe, so sollten möglichst alle Endokarditisrisikopatienten aussehen!

in den letzten 25 Jahren dreimal überarbeitet und jeweils anders gewichtet. Vor 1997 wurde bei Hochrisikopatienten vor einem blutigen Eingriff – besonders bakteriämieträchtig an einem entzündeten Sulkus gingivae – eine intravenöse antibiotische Prämedikation für erforderlich gehalten (Abb. 12).

Eine Stunde vor einem blutigen zahnmedizinischen Eingriff erfolgte die intravenöse Prämedikation und sechs Stunden nach dem Eingriff erfolgte nochmals eine reduzierte Gabe des Antibiotikums. Nach 1997 wurde nur noch oral prämediziert.¹⁴ Als ein Nebeneffekt trat auch eine wohlthuende Vereinheitlichung der Herzpässe ein. Nicht jede medizinische Gesellschaft meinte, einen eigenen Herzpass herausgeben zu müssen, sondern man einigte sich auf den der Grünenthal GmbH (Aachen). Es gab einen roten und einen blauen Herzpass, entsprechend für die Patienten mit mittlerem und hohem Endokarditisrisiko (Abb. 11). Beim roten Herzpass wurde bei Kindern eine Stunde vor dem Eingriff entweder mit 50 mg/kg Körpergewicht mit einem Breitbandpenicillin, meist Amoxicillin, prämediziert und 15 mg/kg Körpergewicht sechs Stunden nach dem Eingriff. Beim blauen Herzpass wurde nur eine Stunde vor dem jeweiligen Eingriff prämediziert.¹³⁻¹⁵

Seit 2007 werden nur noch die Hochrisikopatienten antibiotisch prämedi-

biotische Prävention für erforderlich hält. Ein Telefonat zwischen Kardiologe und Zahnarzt über dessen therapeutische Vorhaben ermöglicht dem Arzt, Umfang und zu erwartende Bakteriämie einzuschätzen und Empfehlungen zur Antibiose zu geben.¹⁶⁻¹⁸

Bei einigen wenigen Patienten besteht eine Penicillinallergie, dann ist Clindamycin das Mittel der zweiten Wahl. Aber gerade bei Kindern wird oftmals von einer Allergie gesprochen, die in Wirklichkeit gar nicht besteht und demzufolge bekommt das Kind für den Rest seines Lebens nur das zweitbeste Medikament mit den entsprechend höheren Risiken.⁹ Eine Allergie sollte immer durch einen Allergietest belegt sein. Es handelt sich ansonsten oftmals um eine Toxergie, die weiterhin die Einnahme von Penicillin ermöglichen würde. Wie Clindamycin dosiert werden muss und welche dritte Alternative sich bietet, zeigt Tabelle 5.

Wie entsteht ein Herzfehler?

Ein Herzfehler kann in den ersten Schwangerschaftswochen entstehen und in allen Phasen der Herzentwicklung auftreten. Daher sind viele verschiedene Herzfehler möglich. Die Erstbeschreibung eines angeborenen Herzfehlers gehört Leonardo da Vinci: „I have found from A, left auricle to B, right auricle, a perforating channel from A to B which I note here to see whether this occurs in

te Missbildung überhaupt und die häufigste angeborene Erkrankung. Wenn jedes 100. bis 125. Neugeborene mit einem Herzfehler auf die Welt kommt, bedeutet das circa 6.000 neue Herzfehler/Jahr in Deutschland. Jedoch erreichen dank der modernen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten 90 % der Kinder das Erwachsenenalter. Derzeit leben circa 250.000 Patienten mit angeborenem Herzfehler in Deutschland, und diese Zahl wird weiter ansteigen.

Zahnärztliche Prophylaxe und Therapie

Meist wissen die Eltern schon bei der Geburt oder sogar davor vom Herzfehler ihres Kindes. Nachdem die Kinderkardiologen mit den Eltern die zu erwartende(n) OP(s) oder Katheterintervention(en) besprochen haben, sollte der ärztliche Hinweis erfolgen, dass für ein erkranktes oder fehlgebildetes Herz kariöse Zähne und Gingivitis ein großes Problem darstellen (Abb. 13): Endokarditisrisiko! Karies und Gingivitis werden nicht vererbt, sondern sind ein dem Verhalten entspringendes Problem. Eltern mit oralen Problemen müssen darauf aufmerksam gemacht werden, dass eine Sanierung ihrer Münder der späteren Mundgesundheit ihres Kindes zuträglich ist. Die Eltern haben meist ein halbes Jahr lang Zeit, um diese Maßnahmen zu betreiben. Die Sanierung von

Was soll nun mit der Sanierung, der verbesserten Mundhygiene und der Verhaltensänderung in Bezug auf Ernährung erreicht werden?

Der Infektionsdruck, der von Müttern, aber auch von Vätern, großen Geschwistern und allen Menschen ausgeht, die einen innigen Kontakt zu dem kleinen Menschen mit angeborenem Herzfehler haben, muss gesenkt werden. Wenn der kleine Patient mit 0,5 Jahren seine ersten Milchzähne bekommt, sollte die zahnärztliche Therapie der Eltern abgeschlossen sein, denn nun könnten kariespathogene Bakterien im Munde des Kindes siedeln (window of infectivity).²⁰

Verhalten von betroffenen Eltern

Die häufigen Krankenhausaufenthalte und das oftmals schwierige Essverhalten der Kinder führen dazu, dass Eltern Kompromisse eingehen. Sie geben den Kindern zu viele Nahrungsmittel mit einem Überangebot an Kohlehydraten. Auch Mundhygienemaßnahmen werden bei den Kindern oftmals nicht konsequent durchgesetzt. Die Eltern haben das Gefühl, ihrem vom Schicksal benachteiligten Kind nicht die Strenge zeigen zu dürfen, die notwendig wäre, um orale Prävention in effizienter Weise zu installieren. Besonders bei Kindern mit sozial niedriger Herkunft sind oftmals große zahnärztliche Probleme zu verzeichnen. Meist ist hier eine Plastiksauerflasche, gefüllt mit

Kontakt

OA Dr. Christian H. Finke 
 Leiter des Arbeitsbereiches Kinderzahnmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, CC3 Aßmannshauer Str. 4-6, 14197 Berlin christian.finke@charite.de www.charite.de/ch/kiz

OA Dr. med. Stanislav Ovrutski 
 Oberarzt in der Abteilung für angeborene Herzfehler/ Kinderkardiologie Deutsches Herzzentrum Berlin Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin ovrutski@dhzb.de, www.dhzb.de

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 für ihre ersten beiden Fälle die benötigten Implantate als Kommissionsware sowie das OP-Set zur Verfügung.“

Bereits mehr als 2 800 Praxen und Kliniken sind begeisterte „Champions“ – wann gehören Sie dazu?“

Ihr

Dr. Armin Nedjat



MIMI®-fähig
minimal-invasive Methodik der Implantation

Einteilig

€ 74,-
ohne Prep-Cap
im Einzelpack verfügbar

- 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 · NEUER PREIS € 39,-
- Prep Cap Titan oder WIN!® € 29,-
- Alternativ: Laboranalog € 8,40



Zweiteilig

Standard-Abutment € 19,-

€ 59,-
mit Gingiva-Shuttle
im Einzelpack verfügbar

- (Titan gerade, Klebebasis, Vierkant, 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 Implantats bis 8 Wochen post OP
- genial-einfache „Handlings“- und erfolgreiche Prothetik



Unser Leitmotiv: „schmerzarm – patientenfreundlich – bezahlbar“ ...

... wird für mehr und mehr Patienten zum ausschlaggebenden Kriterium bei der Suche nach einem Implantologen.

Alein 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

Bezahlbare Spitzenqualität aus bekannter deutscher Produktion!

Fortbildung, die begeistert

Champions®-Kurse auf Mallorca:
Implantologie · Marketing · Laser

Mehr auf unserer Website oder scannen Sie den QR-Code



MediLas Opal Diodenlaser 980

von Dornier MedTech



www.champions-implants.com

Online-Shop & Mediathek
(ca. 150 Filme mit Anleitungen & OPs)

Champions-Implants GmbH

Telefon: 0 67 34 / 91 40 80 · Fax: 0 67 34 / 10 53
info@champions-implants.com



17. - 19. Mai · 2. Champions-Kongress

– der Kongress-Event 2012 –
jetzt noch einen der letzten Plätze sichern!

(0 67 34) 91 40 80



„Wir konkurrieren nicht die Preise, jedoch die Qualität.“

Deppeler SA ist nach fast 80 Jahren mit seinen hochwertigen zahnärztlichen Instrumenten aus dem Dentalmarkt nicht mehr wegzudenken. Von Kristin Urban, Schweiz. 



Abb. 1: Leidenschaft trifft Präzision. – Abb. 2: Das wohl wichtigste Utensil der Firma: die Lupe. – Abb. 3: Frédéric Bonny, Technischer Leiter, und Diane Bonny, Geschäftsführerin. – Abb. 4: Fertigung in liebevoller Handarbeit. – Abb. 5: Härten der Stahlinstrumente. (Fotos: Johannes Eschmann, Dental Tribune Schweiz)

In der Westschweiz, nahe Lausanne, befindet sich das beschauliche Städtchen Rolle. Einer der bekanntesten Hersteller für zahnärztliche Instrumente vollbringt dort wahre Maßarbeit, etwa 530 Produkte umfasst die Produktpalette. Deppeler SA produziert in Rolle als einzigem Standort mit einer Mannschaft von 15 Mitarbeitern – und zwar in liebevoller Handarbeit.

Qualität aus Leidenschaft

Seit Kindertagen konnte man Diane Bonny, heutige Geschäftsführerin, im Unternehmen antreffen. „Metall ist mein Leben. Anders als gewöhnlich, hatte ich schon früh ein Faible für Technik. Meine Eltern waren eng mit der Familie Deppele befreundet“, erzählt Diane Bonny.

Von Gründer und Namensgeber Arnold Deppele habe sie viel gelernt. Wissbegierig eignete sie sich das technische Know-how selbst an. Die vielen guten Kontakte, die Arnold Deppele zu Professoren in der Schweiz und in Deutschland pflegte, ebneten den Weg für ein immer tiefergehendes Sortiment.

Neue Ideen zum Umweltschutz

„Neugierige Blicke huschten durch die Fenster, als die Firma Deppeler sich

im Jahr 2008 in den neuen Räumen niederließ“, erzählt Diane Bonny. Bis dato waren im dortigen Areal einzig Büroräume vorhanden. Und nun also der erste Betrieb, der auch eine Produktionsstätte beherbergt. Die stetig wachsende Produktion machte jedoch einen Umzug erforderlich, nachdem die bisherige Werkstatt trotz einiger Umbauten zu eng wurde. Bis zum Umzug befand sich der Familienbetrieb im Zentrum von Rolle.

Man entschied sich bewusst für den jetzigen Sitz, sollte Rolle doch als Standort erhalten bleiben. In den neuen Räumen lasse sich der Workflow gut umsetzen. Ein weiterer Grund sei die Tatsache, dass sich das Thema Umweltschutz, der neben dem Erfüllen der Kundenerwartungen und der einwandfreien Produktqualität zur Firmenphilosophie gehört, nun voll und ganz realisieren ließe, trägt das Gebäude doch das noch leider zu selten vergebene Minergie-Label.

Frédéric Bonny, Technischer Leiter, begann einst, neue Lösungen zu suchen, um umweltbelastende Hilfsmittel nach und nach aus der Produktion zu verbannen. So wird heute beispielsweise mit Olivenöl an der Fräsmaschine gearbeitet,

an anderer Stelle mit Seife, demineralisiertem Wasser oder Zitronensäure. Die für die Härtung des Stahls benötigte Hitze wird für die Beheizung der Betriebsräume genutzt. Verpackte man vor einigen Jahren die Produkte noch in Kunststoff, der weiteres Verpackungsmaterial zum sicheren Versand erforderlich machte, stehen seit 2011 Blisterverpackungen aus hundertprozentigem Recyclingmaterial zur Verfügung, die die Produkte beim Transport rundum schützen.

Lupenreine Präzision von der Spitze bis zum Griff

Die Qualitätsprodukte von Deppeler werden in 32 Ländern vertrieben, schwerpunktmäßig in Europa und Japan. Das Unternehmen produziert alles selbst. Das „Flaggschiff“ des Unternehmens, der Scaler M23™, wurde einst mithilfe eines Zahnarztes in Zürich entwickelt. Kopien davon seien heute überall zu finden, jedoch kenne niemand das Geheimrezept und somit rage wohl auch niemand an die Deppeler-Qualität heran.

Das Geheimrezept soll natürlich auch eines bleiben und so bleibt das letz-

te Fertigungsgerät, das den Produkten letztlich die Quintessenz verleiht, vor den Blicken der Besucher verborgen. Als Vorreiter vieler zahnmedizinischer Instrumente steht das Unternehmen stets im Blickpunkt der Mitbewerber.

Deppeler ist dafür bekannt, Ideen aus der Praxis auch umzusetzen. Eine Stärke, die ihnen nicht gleich jeder nachmachen wird, ist es doch auch ein Vorteil kleiner Unternehmen, flexibler auf Kundenwünsche reagieren zu können. Mehr als 530 Produkte umfasse das Sortiment nicht. Kommt ein neues hinzu, wird ein anderes ausgesondert. „Spezielles lässt sich jedoch jederzeit herstellen“, verspricht Diane Bonny, da bei Deppeler präzise Handarbeit Tradition hat.

Wenn man sich die einzelnen Fertigungsstationen anschaut, erkennt man an jeder einzelnen einen Mitarbeiter mit Freude bei der Arbeit. „Wir brauchen unsere Mitarbeiter, sie sind unser Kapital“, weiß die Geschäftsführerin zu schätzen. Mehr als zehn Jahre seien nötig, um jeden Mitarbeiter so auszubilden, dass sie alle Instrumente kennen und herstellen können. Und eines fällt direkt ins Auge: Die Lupe ist der ständige Begleiter eines jeden Mitarbeiters.

Qualität rechtfertigt den Preis

Seit etwa zwei/drei Jahren sei die Preisgestaltung etwas schwieriger geworden. Die Eurokrise lässt einige Kunden noch genauer überlegen, wofür sie ihr Geld ausgeben. Dabei gilt jedoch auch hier der Leitsatz: Wer billig kauft, kauft zweimal. „Unsere Produkte sind gewiss nicht günstig in der Anschaffung. Bei fachgerechter Handhabung und Pflege ist der Preis jedoch auf Dauer gerechtfertigt, garantieren wir doch eine lange Lebensdauer unserer Produkte.“

Die Produktionsweise und die Sorgfalt, die jedem Instrument entgegengebracht wird, lasten auf den Produktionskosten, sodass eine Preisreduzierung kaum möglich sei. Dennoch seien bisher keine Kundenverluste spürbar gewesen. „Wir konkurrieren nicht die Preise, jedoch die Qualität. Unser Ziel ist, unseren Kunden das beste Preis-Qualitäts-Verhältnis anzubieten“, so die Geschäftsführerin. 

Deppeler SA

A-One Business Center
La Pièce 6, 1180 Rolle, Schweiz
Tel.: +41 21 8251731, Fax: +41 21 8253855
info@deppeler.ch, www.deppeler.ch

ANZEIGE

1.444 meters above routine

L I C U S
The Lech Institute of Dentistry



Sommer 2012 Second Licus Congress of Dentistry Lech_Arlberg Innovation in Practice

Fr 31.8. – So 2.9.2012 + Fr 7.9. – So 9.9.2012

Das neue Licus-Format mit 2 Wochenend-Blöcken:

2 x 2 Vorträge von international renommierten Top-Referenten
2 x 2 ganztägige Hands-on Workshops
2 x 20 Fortbildungspunkte

Licus GmbH The Lech Institute of Dentistry; Dorf 421, 6764 Lech am Arlberg, Österreich
T + 43 (0)5583 308 03, F + 43 (0)5583 308 43, office@licus.eu, www.licus.eu

„Wir weisen unsere Kompetenz überall auf der Welt explizit aus“

Carestream Dental – Bildgebungssysteme zukünftig als autarke Marke.

Unter dem Motto „Carestream Cares“ verschlankt der Carestream Faktor die Präsenz von Trophy, Kodak Dental Systems und Carestream Dental auf einen zentralen Markennamen. Die Umstellung aller Produkte (bis auf Röntgenfilme) von Kodak Dental Systems auf Carestream Dental wird bis Ende 2012 umgesetzt. Die erste offizielle Präsentation des Carestream Faktors fand während des Kick-off-Events im Januar 2012 in Sonthofen vor Hunderten Mitarbeitern und Carestream-Partnern aus Europa, Afrika und dem Mittleren Osten statt. Der weltweit führende Entwickler für digitales Röntgen tritt damit als eigenständige Marke des spezialisierten Unternehmens Carestream Health auf. Carestream Dental bestätigte sich bereits im vergangenen Jahr als Innovationsführer im Bereich Imaging Dental.



Ed Shellard

Die Entscheidung, für alle Carestream-Produkte das Label Carestream Dental zu verwenden, geht mit dem Verzicht einer Lizenzverlängerung für den Markennamen Kodak Dental Systems einher.

„Die Marke Carestream Dental steht mit ihrem modernen Röntgenportfolio syno-



nym für eine außergewöhnliche Expertise im Bereich der dentalen Bildgebung. Indem wir nun international konsequent den Markennamen verwenden, weisen wir diese Kompetenz und unsere Identität überall auf der Welt explizit aus“, erklärte Edward Shellard, Marketing & Business Development Director Global/Worldwide. 

Carestream Dental

Hedelfinger Straße 60
70327 Stuttgart
Tel.: 0711 20707-306, Fax: 0711 20707-331
europedental@carestream.com
www.carestreamdental.com



EUROPERIO 7

Mehr Information unter
www.europerio7.com

7th Conference of the European Federation of Periodontology

6. – 9. Juni, 2012
WIEN, Österreich

organisiert von



in Zusammenarbeit mit



Österreichische Gesellschaft für
Parodontologie

Vorläufiges Programm online auf
www.europerio7.com

DENTINÜBEREMPFLINDLICHKEIT

DIAGNOSE
SIMULTANÜBERSETZUNG

PERIIMPLANTITIS

PARODONTOLOGIE HALITOSIS

SPEZIALISTEN

THERAPIEMETHODEN

IMPLANTOLOGIE

PARODONTALE PLASTISCHE CHIRURGIE

2012

ZAHNMEDIZINER

INTERNATIONAL

PROPHYLAXE ASSISTENTINNEN

WELTWEIT FÜHRENDE PARO-KONFERENZ

FORSCHUNG

MANAGEMENT VON FURKATIONEN

DENTALHYGIENE

ZAHNHYGIENIKER

KONTAKTE

ERGEBNISSE

KNOCHENAUFBAU

SINUS MAXILLARIS

ERNÄHRUNG

POSTER

RISIKO FAKTOREN

**SCHON
ANGEMELDET?**

Europerio 7 Komitee

Chairman Gernot Wimmer **Scientific Chairman** Richard Palmer **Conference Treasurer** Joerg Meyle
Austrian Society of Periodontology Representative Corinna Bruckmann

unterstützt von

Publishing Partners



Alles Paro auf der Europerio 7 in Wien

Das wissenschaftliche Programm ist fertiggestellt. Die monatelange Arbeit des Organisationskomitees unter der Leitung von Priv.-Doz. Dr. Wimmer, Graz, präsentiert sich mit über 100 Spitzenvortragenden aus aller Welt in ca. 60 Sitzungen. Über 1.300 Interessierte folgten dem Aufruf, Abstracts einzureichen.

WIEN – Das Wissenschaftsprogramm der Europerio 7 in Wien vom 6. bis 9. Juni 2012 ist so aufgebaut, dass sowohl Generalisten als auch Spezialisten angesprochen werden. Im größten Saal des Messe Wien Exhibition & Conference Centers werden – simultan auf deutsch übersetzt – durch aktuelle Forschung abgesicherte praxisbezogene Behandlungsstrategien in der Parodontologie und Implantattherapie vorgestellt: Der Bogen spannt sich in der Parodontologie dabei von Neuigkeiten in der nichtchirurgischen Therapie (Ehmke, Fardal, Heasman), dem Management parodontal erkrankter Molaren (Tonetti, Jepsen, Carnevale), der Kieferorthopädie im parodontal geschädigten Gebiss (Giovannoli, Weiland, Dibart) und der Mukogingivalchirurgie (Zuhr, Sanz, Zuchelli).



Programmhilights

In der Implantattherapie wird sich den Themen Frühimplantation (Hürzeler, Lorenzoni, Blanco), Implantattherapie bei Parodontitis (Tinti, de Bruyn,

Nisand) sowie dem gewichtigen Problem der Periimplantitis (Schwarz, Zitzmann, Renvert, Quirynen) gewidmet. Weiterhin hervorzuheben sind hier die

Vorträge zur navigierten Implantation (Dawoo, van de Velde, Hugo), zum Weichgewebsmanagement um Implantate (Jansaker, O'Brien, Cosyn) und zur Sinusbodenaugmentation (Testori, Valentini, Palmer).

Vorwiegend parodontal tätige Kollegen werden vor allem Vorträge zur parodontalplastischen Chirurgie (Fickl, Rasperini, Etienne), zur Regeneration (Hughes, Cortellini, Sculean), zur aggressiven Parodontitis (Beikler, Griffiths, Tomasi) oder zur Rolle der Ernährung in der Parodontaltherapie (van der Velden) interessant finden. Ein weiterer wichtiger Punkt sind die immer deutlicher werdenden systemischen Zusammenhänge zwischen Parodontitis und Allgemeinerkrankungen (Crielard, Chapple, Van Dyke).

Mehr als 200 junge Forscher stellen im Rahmen der Vortragsschiene „Research Communications“ ganz aktuelle Forschungsergebnisse vor.

Während der Schwerpunkt des wissenschaftlichen Programms für Zahnärzte klar ersichtlich auf den Gebieten Parodontologie und Implantologie liegt, gibt es dieses Mal aber auch wieder ein äußerst attraktives Programm für Dentalhygieniker und Prophylaxeassistentinnen (simultane Übersetzung). Themen, die hier angesprochen werden, sind unter anderem die Rolle von Antibiotika in der Behandlung von Parodontitis, Verhalten, Psychologie und Lebensqualität, Prävention und Therapie von Periimplantitis oder Mundschleimhaut- und Dentinempfindlichkeit sowie Halitosis. Infos unter: www.europerio7.com

First Licus Congress of Dentistry: Fortbildung mit Wintersportambiente

Das neue Fortbildungskonzept der Licus GmbH fand vom 17. bis 24. März 2012 den Auftakt in der faszinierenden Hochgebirgslandschaft Lech am Arlberg, Österreich. Zahnärztinnen und Zahnärzte erfuhren auf dem Winterkongress eine intensive Fortbildungswoche mit hochkarätigen Referenten. Von Jeannette Enders.

Sommer 2012 Second Licus Congress of Dentistry

Innovation in Practice

Der 2. Abschnitt des Licus Curriculums wird vier Vorträge mit dazugehörigen Hands-on-Workshops in zwei Wochenendblöcke umfassen:

Termine:

- Fortbildungswochenende 1: 31. August 2012 bis 2. September 2012
- Fortbildungswochenende 2: 7. bis 9. September 2012

Referenten und Themen:

- Prof. Dr. Edward P. Allen, Dallas, USA: *Plastische Parodontalchirurgie Fortgeschritten 1*
- Dr. Robert R. Winter, Scottsdale, USA: *Posteriore Kronen- und Brückentherapie*
- Dr. Johannes Heinemann, Frankfurt am Main, Deutschland: *Funktionstherapie*
- Horst Dieterich, Winnenden, Deutschland: *Erstaufnahme, Dokumentation und Fallplanung*

LECH AM ARLBERG – Hochkarätige Referenten reisten vom 17. bis 24. März 2012 nach Lech am Arlberg. Den Auftakt der Fortbildungswoche im Hotel Montana machte Prof. Dr. Edward P. Allen aus Dallas, USA. Allen präsentierte in dem Lernmodul „Plastische Parodontalchirurgie. Grundlagen“ eine Übersicht aktueller Techniken zur Korrektur von Gingivarezessionen. Er beschrieb wichtige Faktoren für die erfolgreiche Transplantatversorgung, den mikrochirurgischen Instrumenteneinsatz, die Bindegewebeentnahme, den Einsatz von Allografts, Nahttechniken und prä- und postoperative Instruktionen.

Ein weiteres Lernmodul übernahm der renommierte Referent Dr. Josef Diemer aus Meckenbeuren, Deutschland, zum Thema „Das endodontische Basiskonzept“. Fortgeführt wurde das Kongressprogramm am Wochenende mit Dr. Robert R. Winter, Scottsdale, USA.



Von links nach rechts: Univ.-Doz. Dr. Werner Lill, Wien, Prof. Dr. Edward P. Allen, Dallas, USA, Dr. Robert R. Winter, Scottsdale, USA, Dr. Gerhard Iglhaut, Memmingen, Deutschland.

Winter präsentierte einen Vortrag zum Thema „Anteriore Kronen- und Brückentherapie“. Das vierte Lernmodul des Winterkongresses zum Thema „Implantologische Basischirurgie (Hart- und Weichgewebe)“, übernahm Dr. Gerhard Iglhaut persönlich. Iglhaut stellte minimalinvasive Techniken zur sicheren primären Wundheilung unter Vermeidung von Narben und Infektionen vor, darun-

ter schonende Lappenmobilisation und Lappenhandling sowie verschiedene mikrochirurgische Nahttechniken. Im Anschluss des Wochenendes konnten die Teilnehmer in den darauffolgenden Tagen die Behandlungskonzepte der Theorieblöcke in ausführlichen Hands-on-Workshops sofort umzusetzen.

Die Kongresstage in Lech waren mit dem offiziellen Vortrags- und Trainings-

Programm noch lange nicht zu Ende. So boten die Welcome Reception, ein Hüttenabend sowie ein Celebration Dinner Gelegenheit zum Kennenlernen der Vortragenden und Kollegen. Ein vielfältiges Rahmenprogramm mit zahlreichen Wintersportangeboten machte den Winterkongress 2012 für die Teilnehmer neben der Weiterbildung auch zu einem wahren Erholungsgenuss.

Hinter dem „Lech Institute of Dentistry“ und dem Fortbildungsprojekt „Licus“ (= lateinischer Name für Lech) stehen der Wiener Zahnarzt Univ.-Doz. Dr. Werner Lill und sein Memminger Kollege Dr. Gerhard Iglhaut. Das Curriculum besteht aus 38 Lernmodulen, welche zweimal pro Jahr und immer am selben Ort durchgeführt werden.

Licus GmbH

tamara.huber@licus.eu, www.licus.eu

ANZEIGE

Ein Antiseptikum der ersten Wahl:



- Bei chronischer Parodontitis
- 36 % Chlorhexidinbis[D-gluconat]
- Erhöht die Erfolgsquote Ihrer Kürettage
- Optimal für die Parodontitis-Langzeittherapie

Besuchen Sie uns auf der Europerio 7 Stand N° 47a



PerioChip®

Weil jeder Zahn zählt.



PerioChip 2,5 mg Insert für Parodontaltaschen
Wirkst.: Chlorhexidinbis(D-gluconat). Zusammensetzung: 2,5 mg Chlorhexidinbis(D-gluconat) • Sonst. Best.: Hydrolysierte Gelatine (vernetzt m. Glutaraldehyd), Glycerol, Gerein. Wasser. Anw.geb.: In Verb. m. Zahnsteinentf. u. Wurzelbehandl. wird PerioChip z. unterstütz. bakteriostat. Behandl. von mäß. bis schweren chron. parodont. Erkr. m. Taschenbild. b. Erw. angew. PerioChip kann als Teil ein. parodont. Behandl.progr. einges. werd. Geg.anz.: Überempf. geg. Chlorhexidinbis (D-gluconat) o. ein. d. sonst. Bestandt. Nebenw.: Bei ungef. ein. Drittel d. Pat. treten währ. d. erst. Tage n. Einleg. d. Chips Nebenw. auf, d. normalerw. vorübergeh. Natur sind. Diese könn. auch auf d. mechan. Einleg. d. Chips in d. Parodont. tasche o. auf d. vorhergeh. Zahnsteinentf. zurückzuf. sein. Am häufig. tret. Erkr. d. Gastroint. trakts (Reakt. an d. Zähnen, am Zahnfleisch o. d. Weichteil. im Mund) auf, d. auch als Reakt. am Verabreichungsort beschrieb. werd. könn., Infekt. d. ob. Atemwege, Lymphadenopathie, Schwindel, Neuralgie, Zahnschmerz, Zahnfleischschwell., -schmerz, -blutung, Zahnfleischhyperplasie, -schrumpf., -juckreiz, Mundgeschwüre, Zahnempfindlichkeit, Unwohlsein, grippeähnl. Erkr., Pyrexie, system. Überempfindlichkeit, Weichteilnekrose, Zellgewebsentz. u. Abszess am Verabreich.ort, Geschmacksverlust u. Zahnfleischverfärb. Weitere Hinw.: s. Fach- u. Gebrauchsinform. / Lagerungshinweis beachten. Apothekenpflichtig. Stand: Juli 2011 (103P). Pharmazeutischer Unternehmer: Dexcel® Pharma GmbH, Carl-Zeiss-Straße 2, D-63755 Alzenau, Telefon: 06023/9480-0, Fax: 06023/9480-50

Dexcel® Pharma GmbH | Dental
Carl-Zeiss-Straße 2
D-63755 Alzenau

FreeCall: 0800 - 284 3742
FreeFax: 0800 - 732 712 0

www.periochip.de | service@periochip.de

„3D – Discover Digital Dentistry“

Im April 2012 findet der 2. Mittelmeerkongress in der Türkei statt. Aktuelle Themen wie die Implantatprothetik werden dort diskutiert.



Im Hotel Calista Luxury Resort im türkischen Belek veranstaltet BEGO Implant Systems vom 27. bis 28. April 2012 seinen zweiten Mittelmeerkongress. Thema: „3D – Discover Digital Dentistry“.

BREMEN – Der deutsche Implantat-spezialist BEGO Implant Systems ver-anstaltet am 27. und 28. April 2012 seinen zweiten Mittelmeerkongress im türkischen Belek/Antalya. Die Teil-nehmer haben die Gelegenheit, sich

zu neuesten Technologien und innovativen Materialien in den Bereichen 3-D-Implantat-Design, Implantologie, CAD/CAM, Biomaterialien, Schmerz-therapie und Implantatprothetik zu in-formieren.

„Nach der durchweg positiven Resonanz auf unseren ersten Mittelmeerkongress in Sitges/Barcelona, Spanien, im vergangenen Jahr möchten wir den An-wendern erneut ein Forum mit profun-dem wissenschaftlichen Hintergrund bieten“, so Walter Esinger, Geschäfts-führer von BEGO Implant Systems. In Belek werden internationale Referenten, wie Prof. Dr. Mehmet Ali Güngör, Izmir, Türkei, oder Dr. Hooman Mehrizi, Teheran, Iran, über aktuelle Themen aus der Welt der dentalen Implantologie berichten und mit den Teilnehmern dis-kutieren. In verschiedenen Workshops besteht zudem die Möglichkeit, neue Erkenntnisse und Fertigkeiten zu ge-winnen und zu intensivieren. **DI**

BEGO Implant Systems GmbH & Co. KG
Technologiepark Universität
Wilhelm-Herbst-Straße 1, 28359 Bremen
Tel.: 0421 2028-0, Fax: 0421 2028-100
info@bego.com, www.bego.com

Internationaler Ästhetik-Kongress in Lindau

4. Internationaler Kongress für Ästhetische Chirurgie und Kosmetische Zahnmedizin in Lindau diskutiert Jugend und Schönheit interdisziplinär.



LINDAU – Nach dem großen Erfolg des letzten Internationalen Kongresses für Ästhetische Chirurgie und Kosmetische Zahnmedizin im Jahr 2010 mit vielen Teilnehmern aus dem In- und Ausland, findet in der Zeit vom 14. bis 16. Juni 2012 in Lindau turnusmäßig der mittlerweile vierte Kongress statt. Veranstalter ist erneut die Internationale Gesellschaft für Ästhetische Medizin in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin und der Bodenseeklinik Lindau. Die wissenschaftliche Gesamtleitung liegt in den Händen von Prof. Dr. Dr. med. habil. Werner L. Mang, Bodenseeklinik.

Mit dieser Plattform für Dermatologen, HNO-Ärzte, Plastische Chirurgen, MKG- und Oralchirurgen sowie für Zahnärzte werden die me-

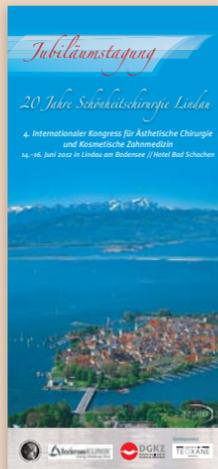
dizinischen Aspekte des gesellschaftlichen Trends in Richtung Jugend und Schönheit interdisziplinär diskutiert. Insbesondere die Einbeziehung von Zahnärzten und Oralchirurgen ist Kennzeichen für die außergewöhnliche Herangehensweise.

In gemeinsamen Podien werden ästhetische Chirurgen und Zahnärzte interdisziplinäre Behandlungsansätze mit dem Ziel diskutieren, das Verständnis für die jeweils andere Disziplin zu vertiefen und qualitativ neue interdisziplinäre Behandlungskonzepte für die Mund-/Gesichtsregion zu erschließen.

Am Donnerstag, den 14. Juni, finden traditionell verschiedene Live-OPs direkt in der Bodenseeklinik Lindau statt, die Interessierten die Möglichkeit geben, die einzelnen Techniken hautnah mitzuerleben. Das Programm zum Kongress kann bei der OEMUS MEDIA AG angefordert werden. **DI**



SCAN MICH
Programm „20 Jahre Schönheitschirurgie Lindau“
QR-Code einfach mit dem Smartphone scannen (z. B. mithilfe des Readers i-nigma)



OEMUS MEDIA AG

Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 0314 48474-308, Fax.: 0314 48474-390
event@oemus-media.de
www.oemus.com



Précision · Tradition · Innovation

Qualité Suisse depuis 1934

Der beste Kompromiss für eine effiziente Implantat-Kürettage

Implantat Küretten aus purem Titan



AD23PROMO

> Profitieren Sie von unserem Angebot: beim Kauf von einem Paar Titan-Küretten schenken wir Ihnen eine PPI2DMS Paro-Sonde.



www.deppeler.ch

Das Angebot gilt ausschliesslich für Bestellungen über unsere Web-Seite.

„Konkave Strukturen vom Anfang bis zum Ende“

Christian Müller-Wittig, Geschäftsführer der PALTOP Germany GmbH, stellt im Gespräch mit Jeannette Enders, *Dental Tribune German Edition*, zwei neue Implantatsysteme vor.



Die Unternehmensgruppe PALTOP Advanced Dental Solutions Ltd. mit Hauptsitz in Caesarea, Israel, basiert auf über 30 Jahren Erfahrung in der dentalen Implantologie. Gegründet wurde die Firmengruppe durch die drei Visionäre Dr. Ady Palti, Baden-Baden, sowie Dr. Sam Topaz und Dr. Ran Weizman, Caesarea, Israel, die ihre international erworbenen wissenschaftlichen

Kenntnisse und Erfahrungen in der zahnärztlichen Implantologie und Chirurgie mit dem Ziel verknüpfen, fortschrittlichste implantologische Lösungen anzubieten. Das europäische Büro der PALTOP Gruppe befindet sich in der Stadt Kraichtal. Hier sprachen wir mit dem Geschäftsführer Christian Müller-Wittig über die beiden neuen Implantatsysteme PALTOP ADVANCED® und PALTOP DYNAMIC®.

Jeannette Enders: Herr Müller-Wittig, auf welche Entwicklungsarbeit sind die Implantatsysteme PALTOP ADVANCED® und PALTOP DYNAMIC® zurückzuführen?

Christian Müller-Wittig: Die beiden PALTOP Implantatsysteme basieren auf jahrzehntelanger Erfahrung in der Implantologie, sowohl auf der wissenschaftlichen als auch auf der produktionstechnischen Seite. Bei der Entwicklung der Implantate wurde dieses Know-how gebündelt und in die Produktion eingebracht.

Welche Eigenschaften haben sie und was genau ist neu daran?

Bedingt durch die kontrollierte Oberflächenstruktur wird die Einheilung der Implantate beschleunigt. Zudem ist durch die besondere Gewindestruktur eine Sofortbelastung der Implantate möglich. Neu ist in diesem Zusammenhang bei der Dynamic das Gewindegewinde sowie die durchgängige Konkavität der Prothetikteile. Die Implantatoberflächen sind säuregeätzt und sandgestrahlt.

Die Präzisionspfosten der Implantate bestehen aus dem sogenannten PEEK-Material (Polyetheretherketon). Welche Vor- und Nachteile können Sie hierbei benennen?

Die PEEK-Pfosten sind zur temporären Versorgung und zur Sofortbelastung geeignet. Im Gegensatz zu den Pfosten aus Titan können die PEEK-Pfosten direkt am Stuhl eingeschliffen werden und der Patient kann mit einem ästhetisch guten Resultat die Praxis verlassen.

Wie sieht es mit der Benutzerfreundlichkeit der Implantatsysteme aus?

Das Implantatsystem von PALTOP wurde direkt vom Anwender für Anwender entwickelt und ist daher besonders benutzerfreundlich, schnell, sicher und einfach einzusetzen. So sind z.B. die Instrumente so gestaltet, dass



Interessierte gerne auf Anfrage per E-Mail oder telefonisch.

In welchem Preissegment bewegen sich die Implantate? Wie lang ist die Lieferzeit? Und wie sieht der Kundenservice aus?

Preislich finden sich unsere Implantate im Mittelpreissegment wieder. Lieferungen erfolgen in der Regel innerhalb von 24 Stunden. Unser Unternehmen agiert sehr kundenorientiert, durch unsere Firmengröße sind wir nah am Markt und damit flexibel und schnell reaktionsfähig. Mit abschließenden Worten: PALTOP steht für benutzerfreundliche und qualitativ hochwertige Implantate, verbunden mit einem exzellenten Service zu fairen Preisen.

Vielen Dank für das Gespräch! ■

PALTOP Germany GmbH

Bruchsaler Straße 8, 76703 Kraichtal
Tel.: 07251 349538-0, Fax: 07251 349538-9
info@paltopdental.com
www.paltopdental.com



Abb. links: Christian Müller-Wittig, European Manager der PALTOP Germany GmbH. – Abb. rechts: Hauptsitz der PALTOP Advanced Dental Solutions Ltd. in Caesarea, Israel.

Bei der Implantatform werden ihre „konkaven Strukturen vom Anfang bis zum Ende“ betont. Könnten Sie uns den Vorteil erläutern?

PALTOP bietet durch das gesamte Prothetik-Portfolio konkave Strukturen an. Im Gegensatz zu den konvexen Strukturen wird die Mukosa bei der Anpassung der Prothetik nicht gequetscht und somit ein besseres Ergebnis erzielt.

bei Implantatentnahme aus der Verpackung ein Herunterfallen des Implantates ausgeschlossen ist und somit Verluste vermieden werden.

Wird es spezielle Schulungen zu den Implantatsystemen geben?

Es finden regelmäßig Workshops mit Theorie und Livebehandlungen u.a. im Videnti Zentrum in Baden Baden statt, genaue Termine erhalten

ANZEIGE

IHDE DENTAL

- ✓ Einwegfilter für Sauganlagen, Separierautomatik und Selektivablagen
- ✓ Packung mit 12 Filter
- ✓ 16.50 €* pro Packung
- ✓ Hergestellt in der Schweiz

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

Dank oneway® sind teure Einwegfilter für Sauganlagen ausgestorben.



Hygiene-Lücke in der Zahnarztpraxis

Studie belegt Keimbelastung auf Patienten-Serviettenhaltern.



Die Universität Witten/Herdecke hat Ende vergangenen Jahres im Rahmen einer In-vitro-Studie¹ 30 Serviettenhalter nach Patientenbehandlungen auf ihre mikrobielle Belastung untersucht. Zudem wurde das zahnärztliche Personal zur Routine der Reinigung und Aufbereitung der Serviettenhalter befragt. Die Halter, sowohl Metallketten als auch Kunststoffclips, stammten aus unterschiedlich großen zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen (eine Klinik, fünf Praxen).

Auf 70 % der Serviettenhalter Bakterien und Pilze gefunden

Nach Auszählung und Spezifizierung der koloniebildenden Einheiten (CFUs) wurde deutlich: 70 % der Serviettenhalter waren mikrobiell kontaminiert. „Staphylokokken und Streptokokken stellten dabei die häufigsten Mikroorganismenformen dar. Außerdem gefunden wurden auf einigen Ketten verschiedene Stäbchenarten, Pseudomonaden – beides Bakterienarten –, Pilze sowie weitere Kokkenarten“, erläutert Studienleiter Prof. Dr. Stefan Zimmer von der Universität Witten/Herdecke. „Es handelte sich zwar durchweg um nicht pathogene Keime, aber im Prinzip sieht man, dass über eine Serviettenkette eine Keimübertragung stattfinden kann“, so Zimmer.



Bib-Eze™ Serviettenhalter werden einfach mit der Klebecke auf der Papierserviette angebracht und nach der Behandlung entsorgt.

Die Befragung des Praxispersonals machte weiterhin deutlich, dass die Serviettenhalter sehr unterschiedlich gereinigt wurden (gar keine Reinigung, Wischdesinfektion und/oder gelegentliche Sterilisation), was auf eine gewisse Unsicherheit des Praxispersonals hinsichtlich der korrekten Aufbereitung von Serviettenhaltern schließen lässt.

Einwegbecher, Einwegservietten – Einweghalter!

Diese Hygienelücke kann durch den Einsatz von Einwegserviettenhaltern wie z. B. Bib-Eze™ des Unternehmens DUX Dental leicht geschlossen werden. „Für den Patienten gibt es bereits diverse Einwegmaterialien. Im Sinne einer verbesserten Hygiene ist die logische Schlussfolgerung, diese durch Einwegserviettenhalter zu ergänzen. In unserer Praxis verwenden wir seit einiger Zeit Einweghalter und

die bisherige Erfahrung zeigt, dass diese für das Praxisteam leicht zu handhaben sind und für den Patienten vom Tragekomfort angenehmer sind. Außerdem wird die zuvor notwendige Reinigung der Halter hinfällig. Diese ist, auch bedingt durch die Geometrie und das Material der Kette, ein schwieriges

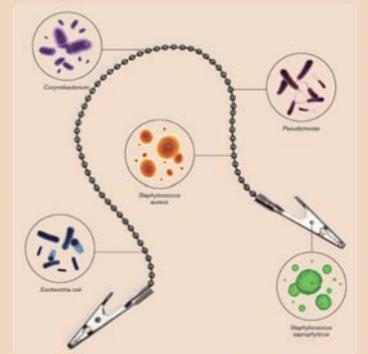
Unterfangen gewesen“, berichtet Dr. med. dent. Jörg Weiler, Köln.

Bib-Eze™ lässt sich unkompliziert durch zwei Klebekanten an der Serviette anbringen. Nach Gebrauch kann der Serviettenhalter gemeinsam mit der Serviette entsorgt werden. Eine Keimbelastung und mögliche -übertragung ist kein Thema mehr. Zudem besteht der Serviettenhalter aus weichem

Krepp-Papier, ist dehnbar und passt somit bei jedem Patienten. Unangenehm kalte, sich in den Haaren verfangene und nicht richtig passende Ketten gehören damit der Vergangenheit an. Produktinformationen sowie die detaillierten Studienergebnisse finden Sie unter: www.dux-dental.com ■

DUX Dental GmbH

Zonnebaan 14
3542 EC Utrecht, Niederlande
Tel.: +31 30 2410-924, Fax: +31 30 2410-054
info@dux-dental.com, www.duxdental.com



Auch vermeintlich harmlose Gegenstände wie Serviettenhalter aus Metall oder Kunststoff können von Keimen betroffen sein.

ANZEIGE

3shape

Innovative neue Funktionen

Dental System™ 2012 - die zukunftsichere Lösung

Die neue Generation der Teleskope

Grenzenlose Möglichkeiten im Teleskopkronendesign. Unterstützt Attachment Kronen und offene Ringteleskope. Fügen Sie mehrere Ebenen, parametrische Attachments und individuelle Attachments hinzu.

Integration von TRIOS®

Sie erhalten mit TRIOS® erstellte digitale Abdrücke direkt vom Zahnarzt und können sofort mit der Konstruktion beginnen.

Die zweite Generation der Modellgusskonstruktionen

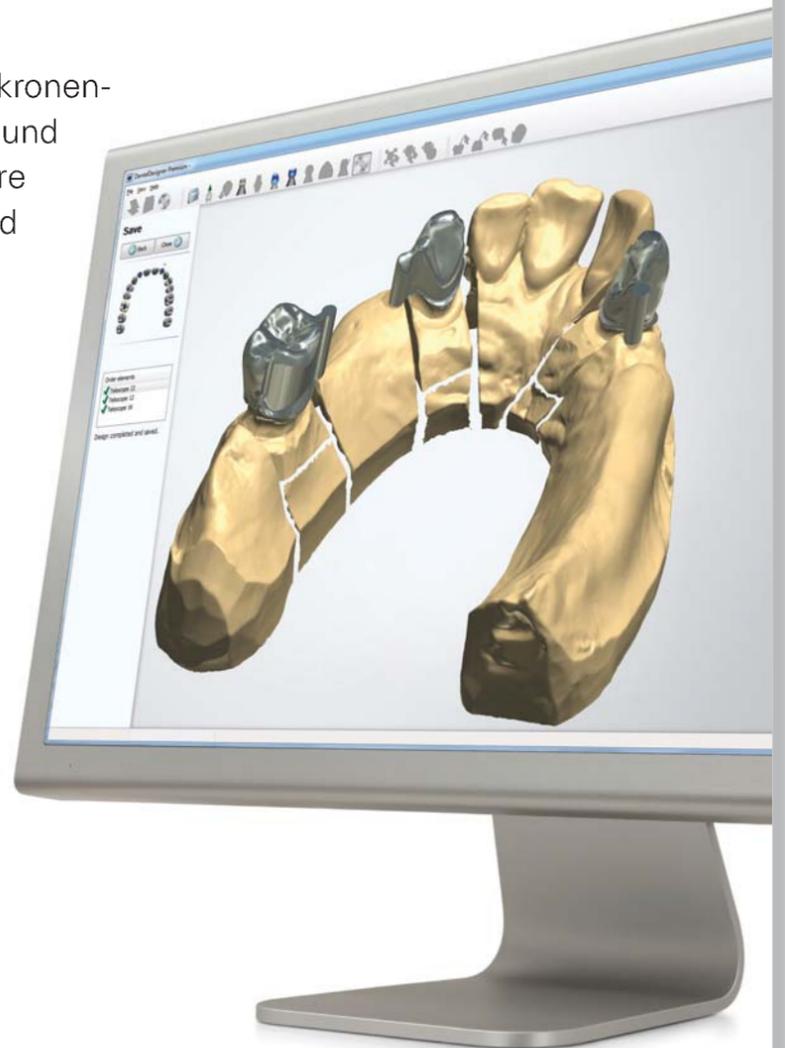
Folgen Sie intuitiv den vertrauten Arbeitsweisen, und verkürzen Sie dabei die Produktionszeit erheblich.

Digitale Provisorien

Erstellen Sie kostengünstige Provisorien ohne Modellerstellung mit Hilfe der virtuellen Präparation und der virtuellen Gingiva.

Der 3D-Scanner D800

Zwei 5,0 MP-Kameras. Scant einen einzelnen Abdruck in 25 Sekunden, erfasst Texturen und scant Abdrücke.



Wir stehen unseren Anwendern immer mit Expertise und Technologie zur Seite.



Neue dynamische virtuelle Artikulation

Wie die Verwendung eines physischen Artikulators. Die Unterstützung des Okklusionskompass. Kompatibel zu KaVo PROTAR®evo, Whip Mix Denar® Mark 330, SAM® 2P und Artex®. Weitere sind in der Entwicklung.



Model Builder

Erstellen Sie Labormodelle direkt aus TRIOS® und Intraoralscans von Drittanbietern. Unterstützung von Implantatmodellen.



Scannen Sie den QR-Code und melden Sie sich für unseren Newsletter an

www.3shapedental.com

¹ Studienreport Universität Witten/Herdecke: Mikrobiologische Belastungen von Serviettenketten, Februar 2012

Universelles Registriermaterial

Höchste Auszeichnung durch den Dental Advisor.

Das universelle Bissregistriermaterial METAL-BITE® von R-dental Dentalerzeugnisse GmbH wurde vom unabhängigen Dental Advisor (Dental Consultants, Inc., Ann Arbor, Michigan, USA) mit der Bestnote fünf

hohe Endhärte und eine abgestimmte Verarbeitungszeit bei gleichzeitig schneller Abbindezeit. Ausgezeichnete Handling-Eigenschaften, wie Thixotropie und Standfestigkeit, eine gute Schneid- und Fräsbarkeit sind charakteristisch für die hohe Qualität und bewirken hervorragende Arbeitsergebnisse. METAL-BITE® eignet sich für die dynamische Antagonistenregistrierung mit CAD/CAM (FGP-Technik) und für die Bissgabel bei der Gesichtsbogenübertragung nach Univ.-Prof. (HR) Dr. Alexander Gutowski.

In klinischen Tests wurde ein 96%-Rating erzielt und 93 % der Evaluatoren würden das Bissregistriermaterial uneingeschränkt weiterempfehlen. Dem ebenfalls getesteten METAL-BITE® Blue wurde die gleiche Qualität bescheinigt und das Material für CEREC AC mit CEREC Bluecam empfohlen. ■

R-dental Dentalerzeugnisse GmbH
Winterhuder Weg 88
22085 Hamburg
Tel.: 040 22757617, Fax: 040 22757618
info@r-dental.com, www.r-dental.com



Biß zur Perfektion

Sterne ausgezeichnet und erhielt zudem von den Evaluatoren die höchste Bewertung, den „Editor's Choice“. Weiterhin wurde das langjährig bewährte A-Silikon mit dem Prädikat „2012 Top Bite Registration“ prämiert.

Die Materialeigenschaften wurden von den Evaluatoren als ausgezeichnet eingestuft. Das bewährte Material überzeugte durch eine sehr

Korrektur von Lippen und Mundbereich

Bessere Haltbarkeit und unkomplizierte Injektionsweise bietet das innovative Gel TEOSYAL® Kiss.

Aufgrund ihrer Beweglichkeit und ihrer starken Durchblutung sind die Lippen ein schwierig zu behandelnder Bereich. Sie erfordern ein besonderes Präparat, das dieser Aufgabe gerecht wird.

Exakte Korrektur

TEOSYAL® Kiss ist sehr viskös und besitzt eine starke Füllkraft. Die Injektion mit einer Nadel 27G oder 30G, jeweils zur Hälfte gefüllt, ermöglicht eine besonders feine und präzise Korrektur der Lippen sowie der Konturen im Mundbereich. Um ein harmonisches Ergebnis zu erzielen, sollte bei der Einspritzung des Gels beachtet werden, den gesamten Mund zu behandeln.

Zur weiteren Optimierung einer deutlich schmerzreduzierten Applikation der Hyaluronsäure, nicht nur zur Volumenaugmentation, sondern auch zur intradermalen Faltenbehandlung, bieten sich stumpfe Kanülen an. Diese gibt es in den entsprechenden Stärken von 27G bis 18G.

Über sechs Jahre klinische Praxis, mehr als zwei Millionen injizierte Spritzen, eine der niedrigsten Nebenwirkungsraten auf dem Markt und unabhängige klinische Studien bestätigen die optimale Verträglichkeit und das minimale Entzündungsrisiko von Behandlungen, die mit Fillern der TEOSYAL® Reihe durchgeführt werden. ■

TEOXANE GmbH

Am Lohmühlbach 17
85356 Freising
Tel.: 08161 14805-0, Fax: 08161 14805-15
info@teoxane.de, www.teoxane.de
www.teoxane-cosmetic.de



Um eine verlängerte Haltbarkeit und somit eine optimale Langzeitwirkung zu erzielen, ist das Gel stark vernetzt. Es empfiehlt sich, eine Nachbehandlung nach sechs bis neun Monaten, bei der jedoch eine geringere Menge des Präparats nachgespritzt wird.

Optimale Kariesprophylaxe

Tiefenfluorid bietet eine besonders lang anhaltende Remineralisation.

Lang anhaltende Remineralisation

Die Applikation des Produktes Tiefenfluorid von HUMANCHEMIE GmbH erfolgt durch eine einfache Doppeltouchierung. Im Anschluss an die Behandlung



kann direkt wieder gegessen und getrunken werden. Bei der Tiefenfluoridierung werden submikroskopische Kalziumfluorid- und Magnesiumfluorid-Kristallite in der Tiefe der Trichterporen der Auflockerungszone ausgefällt. Dort sind sie sicher vor Abrasion geschützt und führen zu einer lang anhaltenden Remineralisation.

Weitere Vorteile liegen darin, dass die Remineralisation nicht auf Kosten

des Kalziums der Zahnhartsubstanz erfolgt, sondern Kalzium zugeführt wird, und in der Kupfer-Dotierung, die die Keimbeseidlung hemmt.

Die nachhaltige Wirkung des Präparates bei Kariesprophylaxe, Remineralisation von Entkalkungsflecken, Zahnhalsdesensibilisierung und mineralischer Fissurenversiegelung ist in zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten belegt worden. ■

HUMANCHEMIE GmbH

Hinter dem Krug 5, 31061 Alfeld
Tel.: 05181 24633, Fax: 05181 81226
info@humanchemie.de
www.humanchemie.de



Nichtedelmetall war gestern

iKrone®: Die verblendfreie Vollzirkon-Lösung insbesondere für den Seitenzahnbereich.

Mit der Einführung der iKrone® hat die Imex Dental und Technik GmbH ein weiteres attraktives Angebot in ihr Leistungsspektrum aufgenommen. Es handelt sich um eine verblendfreie, anatomische Vollzirkon-Lösung „aus einem Stück“. Sie stellt wegen ihrer hervorragenden Materialeigenschaften und der überzeugenden Wirtschaftlichkeit eine Alternative z.B. bei der Implantatversorgung dar. Zudem bietet sie hervorragende Festigkeit. Die iKrone® ist transluzent und zahnfarben. Eine Gingivafärbung im Zahnfleischsaum ist nicht möglich.

Gefertigt wird die iKrone® in Essen, im Imex-eigenen Fräszentrum, das auf mehrere hochmoderne CAD/CAM-Systeme zurückgreifen kann. Die Wahl des jeweiligen Systems erfolgt je nach Auftrag, gemäß der Indikation und der Art der Zahnersatz-

versorgung. Dabei wird individuell auf die Ansprüche und Wünsche der Praxis eingegangen.

Hohe Qualität durch Original-Werkstoffe

Aufgrund der Eigenschaften eignen sich Vollzirkon-Versorgungen insbesondere für den Seitenzahnbereich. Die individuelle Einfärbung des Materials vor dem Sinterprozess sorgt für eine natürliche Ästhetik. Die abschließende Politur der Funktionsflächen trägt wesentlich zu geringen Abrasionswerten bei. So erhält der Patient eine sichere, ästhetische Lösung.

Die hohe Qualität entsteht aber nicht nur durch moderne Technologie, Know-how und Erfahrung, son-



dern auch durch die ausschließliche Verwendung hochwertiger Original-Werkstoffe in Markenqualität. ■

Imex Dental und Technik GmbH

Bonsiepen 6-8, 45136 Essen
Tel.: 0201 74999-0, Fax: 0201 74999-21
info@imexdental.de, www.imexdental.de

Professionelle Zahnaufhellung

Innovatives Multifunktionssystem für strahlend weiße Zähne.

LyDenti® LED – Trolley & Equipment ist ein Multifunktionssystem zur Zahnaufhellung mit vielen weiteren Features und die neueste Errungenschaft der Firma LyDenti® Whitening. Das vielseitige Gerät arbeitet ohne UV-Strahlung sowie Chiptechnik und verfügt über einen Touchscreen, der die Zahnaufhellung, Desinfektion oder das enthaltene Zubehör, wie eine Polymerisationslampe und eine intraorale Kamera einfach steuern lässt. Die LyDenti®-Trolley & Equipment Whitening Lampe hat einen automatischen Lampenarm, zur vereinfachten Positionierung des Lampenkopfes. Weitere Einstellungen, wie z.B. Lichtart (weiß, lila)

oder die individuelle Auswahl der zu behandelnden Zahnreihe erweitern



das Repertoire, sodass neben der Zahnaufhellung auch z.B. eine Desinfektion der Mundhöhle durchgeführt

werden kann. Dank des eingebauten Computers und Betriebssystems können Behandlungen aufgezeichnet und je nach Bedarf wieder aufgerufen werden.

Zum Testen des Multifunktionssystems bietet LyDenti® Whitening einen exquisiten Service an: Ein kompetentes Fachpersonal kommt in die Praxis und behandelt drei bis vier Patienten völlig kostenfrei und unverbindlich. ■

LyDenti® Whitening

Kurfürstendamm 21, 10719 Berlin
Tel.: 030 34668150, Fax: 030 34668151
info@bleaching-pro.de
www.bleaching-pro.de

Zukunftsweisende Innovationen in Chicago

Dental System™ 2013: 3Shape ergänzt das bewährte Dental System mit neuen Funktionen.

3Shape stellte die im Dental System™ 2013 zu erwartenden Funktionen und die hochgelobte TRIOS®-Lösung zum Erstellen digitaler Abdrücke bei zwei bedeutenden Dentalveranstaltungen in Chicago – LMT Lab Day und Midwinter Meeting – vor. Stets an der Spitze im Bereich von CAD/CAM-Innovationen ist 3Shape wieder mit einer beeindruckenden Palette an neuen digitalen Funktionen und dedizierten Workflows vorangegangen, die sowohl den Laboren als auch den Zahnärzten helfen sollen, ihre Zusammenarbeit zu vereinfachen.



Das Dental System™ 2013 stellt auf dem Markt das vollständigste CAD/CAM-System für dentale Anwendung dar. Seitdem kürzlich neue Indikationen und Arbeitsabläufe ergänzt worden sind, gilt das erweiterte 3Shape Dental System™ jetzt als erstes Bohrführungen vereinen Implantatplanung, Prothetik und Bohrführungskonstruktion, um den Laboren einen neuen Service zur Verfügung zu stellen, den sie Zahnärzten anbieten können. Die Prothesenkonstruktion, einschließlich des Werkzeugs zum Gingivaerstellen, verwandelt eine weitverbreitete und technisch anspruchsvolle dentale Indikation in einen schnellen und einfachen digitalen Arbeitsablauf.

Dank der RealView Engine™ kann der Zahn-techniker während seiner Arbeit die vollständige Mundsituation in realistischen Grautönen visualisieren. Der Stiftaufbau lässt den Anwendern alle Schichten in einem einzigen Arbeitsablauf erstellen, angefangen mit der Anatomie für optimale Gestaltung von Stiftaufbaukomponenten. ■

Das Dental System™ 2013 bietet viele neue Funktionen. Die Teleskopkrone ermöglicht Zahn-technikern jeden klinischen Fall zu bearbeiten, indem sie sowohl Primär- als auch Sekundärkonstruktionen gleichzeitig fertigen. Die Implantatplanung und

Allesterneuesten Funktionen Das Dental System™ 2013 bietet viele neue Funktionen. Die Teleskopkrone ermöglicht Zahn-technikern jeden klinischen Fall zu bearbeiten, indem sie sowohl Primär- als auch Sekundärkonstruktionen gleichzeitig fertigen. Die Implantatplanung und

Allerneueste Funktionen

Das Dental System™ 2013 bietet viele neue Funktionen. Die Teleskopkrone ermöglicht Zahn-technikern jeden klinischen Fall zu bearbeiten, indem sie sowohl Primär- als auch Sekundärkonstruktionen gleichzeitig fertigen. Die Implantatplanung und

Bohrführungen vereinen Implantatplanung, Prothetik und Bohrführungskonstruktion, um den Laboren einen neuen Service zur Verfügung zu stellen, den sie Zahnärzten anbieten können. Die Prothesenkonstruktion, einschließlich des Werkzeugs zum Gingivaerstellen, verwandelt eine weitverbreitete und technisch anspruchsvolle dentale Indikation in einen schnellen und einfachen digitalen Arbeitsablauf.

Dank der RealView Engine™ kann der Zahn-techniker während seiner Arbeit die vollständige Mundsituation in realistischen Grautönen visualisieren. Der Stiftaufbau lässt den Anwendern alle Schichten in einem einzigen Arbeitsablauf erstellen, angefangen mit der Anatomie für optimale Gestaltung von Stiftaufbaukomponenten. ■

3Shape A/S

Holmens Kanal 7
1060 Kopenhagen K, Dänemark
Tel.: +45 70272620, Fax: +45 70272621
info@3shape.com
www.3shapedental.com



Effektiv und sauber

Erstmals während des Midwinter Meetings in Chicago präsentiert: Das neue Access Edge von Centrix.

Access Edge von Centrix ist eine auf Tonerde basierende Gingiva-Reaktionspaste in portionsdosierten Tips (Karpulen für Kapselpistolen). Das Zahnfleisch wird verdrängt und zieht sich zurück. Access Edge wirkt auf mechanische und chemische Weise. Das Material wird subgingival und um die Präparationsgrenze herum injiziert und verbleibt dort für wenige Minuten.

Zur Unterstützung der Retraktion kann ein Centrix GingiCap™ eingesetzt werden, um so den Kompressionsdruck zu erhöhen. Die adstringierende und



Produkt des Monats

hämostatische Eigenschaft erreicht Centrix durch die Verwendung von Aluminiumchlorid und Kaolin. Diese Kombination kontrolliert Blutungen und das Aussickern von Flüssigkeiten. Die hydrophile Wirkung der Tonerde absorbiert die Nässe. Nach der Einwirkzeit wird



die Paste ausgespült und bei gleichzeitiger Absaugung wieder entfernt. Access Edge hinterlässt einen sauberen, offenen Sulkus. Im Anschluss kann dünnfließendes Abdruckmaterial, z.B. Access Gold, mithilfe von Centrix-Spritzen eingebracht werden, um die subgingivalen Details besser darzustellen. ■



Centrix, Inc.

770 River Road, Shelton
CT 06484 USA
Vertrieb Deutschland:
Schlehdornweg 11a, 50858 Köln
Tel.: 0221 530978-0, Fax: 0221 530978-22
www.centrixdental.de



ANZEIGE

Uni Witten/Herdecke bestätigt: Patienten-Serviettenhalter fallen durchs Hygieneraster



DUX Dental
Zonnebaan 14, NL-3542 EC Utrecht, The Netherlands
Tel. +(31) 30 241 0924, Fax. +(31) 30 241 0054
Email: info@dux-dental.com, www.dux-dental.com

Eine aktuelle Studie der Uni Witten/Herdecke* weist auf 28 von 30 untersuchten wiederverwendbaren Haltern Bakterien und Schimmelpilze nach.

Verwenden Sie daher Bib-Eze™, den hygienischen Einweg-Serviettenhalter.

Ref. 35053 250 St./Packung. Erhältlich bei Ihrem Dental-Depot.

* Details zur Studie und weitere Produktinformationen unter www.dux-dental.com



» IMPLANTOLOGIE

FÜR EINSTEIGER, ÜBERWEISER UND ANWENDER

27./28. APRIL 2012 // ESSEN // ATLANTIC CONGRESS HOTEL



SCAN MICH



Programm
IMPLANTOLOGY
START UP 2012
in Essen

QR-Code einfach
mit dem Smartphone
scannen (z.B. mithilfe
des Readers i-nigma)

innovationen implantologie

13. EXPERTENSYMPOSIUM

27./28. APRIL 2012 | ATLANTIC CONGRESS HOTEL

Implantologie im Spannungsfeld
zwischen Standard- und Extrem

IMPLANTOLOGY START UP 2012

27. UND 28. APRIL 2012 // ESSEN
ATLANTIC CONGRESS HOTEL

IMPLANTOLOGIE
FÜR EINSTEIGER
UND ÜBERWEISER-
ZAHNÄRZTE



REFERENTEN U.A.

- | Prof. Dr. Rainer Buchmann/Düsseldorf
- | Prof. Dr. Wolf-D. Grimm/Witten
- | Prof. Dr. Jochen Jackowski/Witten
- | Prof. Dr. Mauro Marincola/Rom (IT)
- | Prof. Dr. Georg H. Nentwig/Frankfurt am Main
- | Prof. Dr. Dr. Frank Palm/Konstanz
- | Prof. Dr. Nezar Watted/Würzburg
- | Prof. Dr. Thomas Weischer/Eszen
- | Prof. Dr. Karl Günter Wiese/Göttingen
- | Prof. Dr. Axel Zöllner/Witten
- | Priv.-Doz. Dr. Christian Gernhardt/Halle (Saale)
- | Dr. Fred Bergmann/Viernheim
- | Dr. Kurt Dawirs/Eszen
- | Dr. Daniel Ferrari M.Sc./Düsseldorf
- | OA Dr. Georg Gaßmann/Witten
- | Dr. Peter Gehrke/Ludwigshafen
- | Dr. Matthias Kebernik/Magdeburg
- | Dr. Thomas Ratajczak/Sindelfingen

VERANSTALTER/ ORGANISATION

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308
Fax: 0341 48474-390
event@oemus-media.de
www.startup-implantologie.de
www.innovationen-implantologie.de



SCAN MICH



Programm
13. EXPERTENSYM-
POSIUM in Essen

QR-Code einfach
mit dem Smartphone
scannen (z.B. mithilfe
des Readers i-nigma)

JETZT ANFORDERN!

FAXANTWORT
0341 48474-390

Bitte senden Sie mir das Programm zum

IMPLANTOLOGY START UP 2012

13. EXPERTENSYMPOSIUM

am 27./28. April 2012 in Essen zu.

E-Mail-Adresse (bitte angeben)

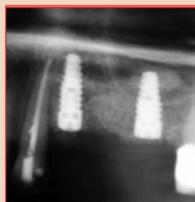
Praxisstempel

DTG 4/12

IMPLANT TRIBUNE

The World's Implant Newspaper · German Edition

No. 4/2012 · 9. Jahrgang · Leipzig, 4. April 2012



Geschlossene Sinusbodenelevation

Dr. Olaf Daum, Leimen, erklärt die Vorgehensweise beim Einsatz des Crestal Approach Sinus-KITs. Es ist die Weiterentwicklung der klassischen mit Osteotomen durchgeführten Methode. ▶ Seite 19f.



Wer die Wahl hat, hat die Qual

Champions®-Implants entwickelt und produziert moderne Implantate, darunter die zweiteiligen Champions (R)Evolution®. Doch wann inseriert man einteilige oder zweiteilige Implantate? ▶ Seite 21



Auf biologischem Wege

OsteoBiol ist ein Knochenersatzmaterial von American Dental Systems, das vollständig resorbiert. Besonders geschätzt wird es bei der Socket-Preservation-Technik. ▶ Seite 24

Komplexe parodontale Probleme, komplexe implantologische Lösungen

Die Einbeziehung parodontaler „Risikopatienten“ in implantat-prothetische Behandlungskonzepte nimmt an Bedeutung zu. Univ.-Prof. Dr. Georg Watzek, Bernhard Gottlieb Universitätszahnklinik, Wien, und Prim. Dr. Rudolf Fürhauser, Akademie für orale Implantologie, Wien, stellen rekonstruktive Lösungen vor.

Da in der heutigen zivilisierten Welt ein Großteil der Zähne letztendlich als Folge einer Parodontitis in Verlust gerät, wirft der Ersatz der aus diesem Grund verlorenen Zähne durch Implantate immer wieder die Frage auf, ob die Prognose von Implantaten bei parodontal erkrankten Patienten beeinträchtigt ist.

Ausmaß des bestehenden lokalen Knochenverlustes, die erwünschte adäquate funktionelle Rehabilitation sowie durch ästhetische Erfordernisse. Zum Neuaufbau von Weichgewebe haben sich nun schon seit Jahren autologe Gingivatransplantate, Bindegewebstransplantate oder aber Kombinationen der beiden Thera-

oder erst nach einer gewissen Abheilungszeit gesetzt werden soll.

Zum Einzelzahnersatz wurden von 2004 bis 2011 an der Akademie für orale Implantologie in Wien insgesamt 1.477 Implantate mit einer Erfolgsrate von 96,5 % gesetzt, unabhängig davon, ob eine Sofortbelastung durchgeführt



Abb. 1a und b: 49-jähriger Patient mit massiver Parodontitis im gesamten Oberkieferbereich und Versorgung mittels Teilprothese.

Anlässlich der ITI-Konferenz 2009 kam man bei der Auswertung von acht systematischen Überblicksstudien zu dem Schluss, dass parodontal erkrankte Patienten wohl kein erhöhtes Implantatverlustrisiko gegenüber diesbezüglich gesunden Patienten aufweisen, dass aber die Periimplantitisgefahr bedeutend höher ist als beim Normalpatienten. Eine Kontraindikation für die Insertion von Implantaten ist demnach bei vormals an Parodontitis erkrankten Patienten nicht gegeben.

Der ideale Zeitpunkt zur Entfernung eines parodontal geschädigten Zahnes ist nach wie vor umstritten. Die Notwendigkeit, die Art und das Ausmaß einer Rekonstruktion eines parodontal geschädigten Alveolarknochens vor Durchführung einer eventuellen Implantation wird diktiert durch das

pieformen bewährt. Die Rekonstruktion des zerstörten Alveolarknochens geschieht größtenteils entweder durch autologe Knochentransplantate oder durch Knochenersatzmaterialien. Vielfach wird auch eine Mischung dieser beiden Rekonstruktionsmöglichkeiten verwendet. Die Möglichkeiten einer ossären Regeneration von Alveolarknochen wurden in den letzten Jahren entscheidend erweitert durch die Verwendung osseoinduktiver Materialien, wie dies Knochenproteine beispielsweise in Form der „Bone morphogenetic proteins“ darstellen.

Ersatz eines parodontal geschädigten Einzelzahnes

Bis heute wird kontrovers diskutiert, ob nach Zahnentfernung das geplante Implantat sofort in die frische Alveole

wurde oder nicht. Das therapeutische Vorgehen wurde bestimmt durch den als Folge der parodontalen Erkrankung bewirkten Verlust des Hart- und Weichgewebes. Stand das Weichgewebeproblem alleine im Vordergrund, so haben sich zur Weichgewebsrekonstruktion allseits Bindegewebstransplantate bewährt oder aber Transplantate, die zusätzlich auch einen epithelialisierten Anteil aufweisen. War aufgrund der parodontalen Vorerkrankung auch ein krestaler Anteil der bukkalen Lamelle fehlend, so erfolgte zunächst die Weichgewebsrekonstruktion im Sinne der „Socket Preservation“. Nach Abheilung erfolgte dann die Implantation entsprechend der virtuellen Planung mit NobelGuide mit Sofortversorgung des Implantates mittels provisorischer Kunststoffkrone.

Fortsetzung auf Seite 18 →

Update Digitale Implantologie

Statement von Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden*



Im Januar 2012 meldeten die Medien das Ende einer Ikone der Fotografie: Der US-Kamerakonzern Eastman Kodak musste Insolvenz anmelden. Das Unternehmen hatte 1888 mit der Kodak Nr. 1 die erste industriell gefertigte Rollfilm-Kamera auf den Markt gebracht und damit den Massenmarkt für Fotoamateure begründet. Doch der Pionier verpasste in den letzten Jahren den Anschluss an die technische Entwicklung – und die war digital.

Viele Branchen haben in den letzten Jahren eine digitale Revolution erlebt. Manche konnten sich den Veränderungen gut anpassen, andere wurden radikal verändert. Auch in der Implantologie machen digitale Techniken inzwischen vieles einfacher, wenn man beispielsweise an patientenindividuelle Abutments denkt.

Stehen der Implantologie digitale Umwälzungen bevor? In welchen Bereichen werden sich digitale Techniken etablieren? Welche Verfahren werden nach einiger Zeit wieder verschwunden sein, weil sie die in sie gesetzten Erwartungen nicht erfüllten? Wann ist der beste Zeitpunkt zum Einstieg? Zum Einsatz der Abdruckchemie durch optische Scanverfahren kann man diese Fragen wohl derzeit noch nicht klar beantworten.

Noch Neuland sind die Möglichkeiten, die sich durch den Einsatz der Gesichts-Scanner ergeben. Die Weichteile und ihre ästhetische Beeinflussung durch eine implantologische Therapie werden ein Thema der Zukunft. Doch diese beginnt in manchen Bereichen schon morgen.

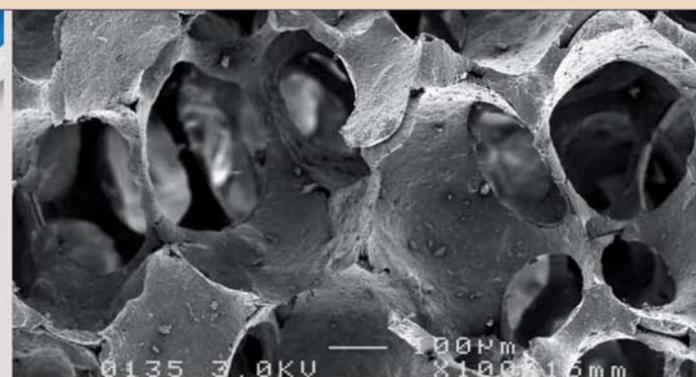
Es ist auch an der Zeit für eine kritische Bestandsaufnahme. Sind digitale Verfahren in der Diagnostik und Implantatplanung ein „nice to have“ oder sind sie ein „need to have“? Antworten auf diese Fragen wird es bei dem Symposium „Update Digitale Implantologie“ der DGI am 23. Juni 2012 in Kassel geben. Erste praktisch-klinische und wissenschaftliche Daten zur Praktikabilität und Genauigkeit digitaler Planungsverfahren liegen inzwischen vor und erlauben entsprechende Einschätzungen.

Es wird ein Blick in die Zukunft, wie sie schon bald in der modernsten Zahnklinik der Welt in Amsterdam praktiziert werden wird. Entlang des implantologischen Workflows vom virtuellen Setup bis zum internetbasierten Recall werden international renommierte Experten in Kassel die Bedeutung der digitalen Verfahren präsentieren und diskutieren.

*Präsident der Deutschen Gesellschaft für Implantologie e.V.



kasios TCP
Dental HP



Phasenreines β -TCP mit bis zu 90% Makroporosität mit totaler Interkonnektion. Dank der hohen Porosität und seiner chemischen Zusammensetzung wird **Kasios TCP Dental HP** nach nur 6-7 Monaten nahezu vollständig durch neugebildeten Knochen ersetzt. Ideal für Sinus-Lift, Socket Preservation, Parodontologie, WSR.

Kasios TCP Dental HP
synthetisch – biokompatibel – sicher



Exklusiv Vertrieb durch:
dental-bedarf.com

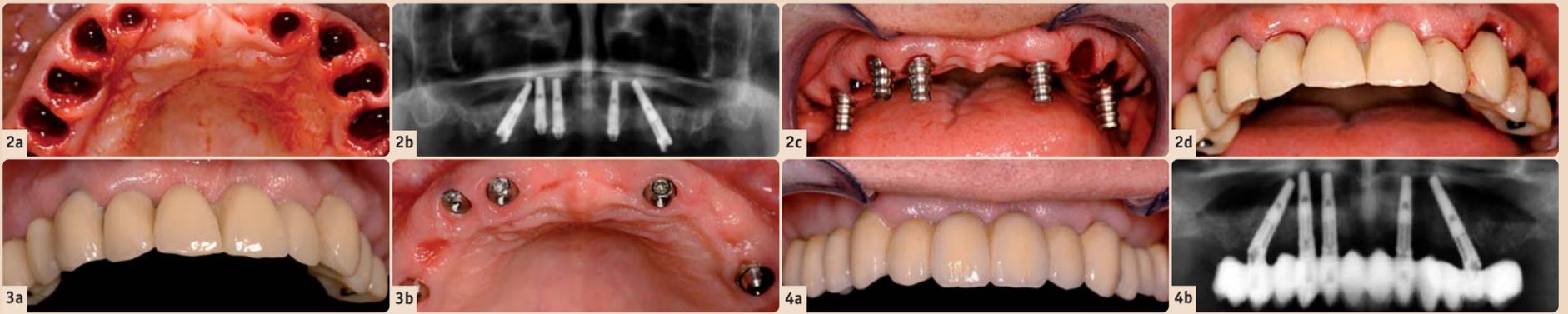


Abb. 2a: Zustand nach Entfernung aller Zähne im Oberkiefer. – Abb. 2b: Röntgenaufnahme des Oberkiefers unmittelbar nach Zahnextraktion und gleich darauffolgender Implantation. – Abb. 2c: Klinische Situation nach Einbringung der Abdruckpfosten. – Abb. 2d: Inkorporation einer provisorischen implantatgetragenen Kunststoffbrücke 3 Stunden nach Beginn der Zahnextraktion. – Abb. 3a: Klinisches Bild der unmittelbar postoperativ eingesetzten Kunststoffbrücke 4 Monate später. – Abb. 3b: Klinische Situation nach Abnahme der Kunststoffbrücke. Die Implantate sind in einer völlig reaktionslosen Umgebung eingeeilt. – Abb. 4a und b: Klinische und radiologische Befundung nach Fertigstellung der endgültigen implantatgetragenen brückenprothetischen Versorgung.

Fortsetzung von Seite 17

War die bukkale Lamelle völlig fehlend, so bestand zunächst einmal die Möglichkeit des traditionellen zweizeitigen Vorgehens. In diesem Fall wurde ein autologes Transplantat im betroffenen Bereich fixiert und zum Resorptionschutz anschließend mit künstlichen Knochen und einer resorbierbaren Membran abgedeckt. Nach einer erfolgreichen Einheilung konnte dann auch hier ein Implantat kombiniert mit einem sofortigen Kronenprovisorium gesetzt werden.

War der parodontal geschädigte Zahn noch in situ, das Fehlen der bukkalen Lamelle klinisch und radiologisch

offensichtlich, aber apikal ein ausreichendes Knochendepot vorhanden, so konnte in einem derartigen Fall eine Sofortimplantation inklusive prothetischer Sofortversorgung mit der Transplantation autologen Knochenmaterials kombiniert werden.

Im Falle von ausgedehnten Knochendefekten bei Einzelzahnücken im Seitenzahnbereich konnte sehr erfolgreich BMP2 angewendet werden. Das Vorgehen wurde vielfach mit der Membrantechnik kombiniert und allenfalls auch durch die Zugabe künstlichen Knochens ergänzt. Das Vorgehen musste auch hier zweizeitig gewählt werden.

Implantationen im partiell zahnlosen, parodontal geschädigten Kiefer

Auch hier zeigen Ergebnisse der Akademie für orale Implantologie die sehr hohe Langzeiterfolgsrate von 97,8% in sieben Jahren bei im Rahmen dieser Indikation insgesamt 6.517 gesetzten Implantaten. Die in auch in diesen Fällen, insbesondere im ästhetischen Bereich, durchgeführten Sofortversorgungen führten zu keinerlei Verschlechterung der Langzeitprognose.

War keine Transplantation von Hart- oder Weichgewebe erwünscht oder notwendig, war der betroffene

Bereich ästhetisch bedeutungslos oder wurde seitens des Patienten eine gewisse Sichtbarkeit der Zahnhälse weiterhin akzeptiert, so konnten die Implantate sofort nach der Zahnextraktion im selben Akt ohne weitere operative Maßnahmen gesetzt und nach entsprechender Adaptierung der Gingiva provisorische Brücken sofort noch am selben Tag eingesetzt werden. Bestand hingegen der Wunsch nach ästhetischer Rehabilitation oder war das Knochen- und Weichgewebsangebot für eine Implantation völlig unzureichend, so wurde im Regelfall die parodontal erkrankte Zahngruppe entfernt und im selben Akt der Aufbau des Alveolarkammes mit Knochen- oder Weichgewebstransplantaten entweder vom Mund oder vom Beckenkamm durchgeführt. Nach einer viermonatigen Wartezeit konnten dann die Implantate gesetzt werden. Um eine fixierte Gingiva zu erlangen, war in weiterer Folge vielfach im letzten Operationsakt noch die Transplantation von Gaumenschleimhaut an die Bukkalseite des Processus alveolaris erforderlich.

alveolaris mittels Planung am Computer, sodass im Regelfall ein völlig inzisionsfreies Vorgehen möglich war. Nach der Operation erübrigte sich jegliche Verwendung einer herausnehmbaren Prothese. Mithilfe des vor der Operation bereits angefertigten Abdruckklöffels konnte die präoperativ geplante Bisskorrektur unmittelbar postoperativ durch eine Abdrucknahme in biss-geschlossener Form fixiert werden.

Dieses beschriebene Vorgehen war auch durchführbar zum gleichzeitigen Sofortersatz der Zähne des Ober- und Unterkiefers, kombiniert mit einer Sofortimplantation und -restauration des gesamten Gebisses innerhalb weniger Stunden. Dieses Vorgehen konnte aber auch, falls indiziert, mit einer Sinuslift-Operation beidseits oder mit einer Augmentation im Molarenbereich des Unterkiefers kombiniert werden. Dieses bimaxilläre Vorgehen zeigte eigentlich nur Vorteile. So war der emotionale Stress durch das einzeitige Vorgehen reduziert, beide Zahnbögen konnten in einer einzigen Narkose saniert werden, das Infektionsrisiko war durch die komplette Elimination aller Infektionsquellen im Mund reduziert und die Gesamtbehandlungszeit war für den betroffenen Patienten stark verkürzt. Der Patient hatte nur eine sehr geringe postoperative Komfortbeeinträchtigung, die Erfolgsrate war gleich hoch wie bereits beschrieben und nicht zuletzt wurde wegen all dieser Vorteile diese Methode vom Patienten in hohem Maße akzeptiert.

Sofortimplantation und Sofortrekonstruktion des Gesamtkiefers

Die Ergebnisse der Akademie für orale Implantologie zeigen im kurzfristig oder langfristig zahnlosen Ober- oder Unterkiefer, ohne Unterschied, ob die Implantate sofort belastet wurden oder nicht eine Erfolgsrate von 97,5% bei 3.511 gesetzten Implantaten für diese Indikation. Die Sofortbelastung noch am selben Tag war auch hier die Regelversorgung.

In all diesen Fällen erfolgte präoperativ eine sorgfältige Status quo-Analyse hinsichtlich der Ästhetik, der Sprache, der Funktion und der gegebenen Kronenlänge sowie der Funktion bei gegebener vertikaler Dimension. Dies geschah durch entsprechende Sprachtests und Kontrolle der Ästhetik. Wurde die gegebene Funktion und Ästhetik als akzeptabel anerkannt, so erfolgte ein Transfer dieser Situation in einen entsprechenden Artikulator. Nach entsprechender Abdrucknahme und Modellherstellung wurde im Artikulator ein vertikal equilibrierter Abdruckklöffel hergestellt. Die Abdrucknahme erfolgte in biss-geschlossener Form, sodass die Übertragung der Ausgangshöhe gleichzeitig und standardisiert erfolgte. Hatte sich bei der präoperativen Analyse hingegen die Notwendigkeit einer Korrektur als erforderlich gezeigt, wurde zunächst in einem „Mock-up“ präoperativ das postoperativ angestrebte Ziel fixiert. Von dieser erarbeiteten Situation wurde ein Modell erstellt, das als Ausgangsprodukt der vorher beschriebenen standardisierten Vorgangsweise zur Herstellung der Abformklöffel diente.

Für die Operation selbst erfolgte die Planung der Position, der Länge und der Inklination der Implantate im Processus

ANZEIGE

Kursreihe 2012 | **neu!** | 4 Fortbildungspunkte | **veneers von a-z** | Ein kombinierter Theorie- und Demonstrationskurs | Dr. Jürgen Wahlmann/Edewecht | in Kooperation mit DGKZ | inkl. DVD

SCAN MICH | QR-Code einfach mit dem Smartphone scannen (z.B. mithilfe des Readers i-nigma) | Programm „veneers von a-z“

Termine 2012

27.04.2012 13.00 – 19.00 Uhr	Veneersymposium West Essen	9. Jahrestagung der DGKZ
07.09.2012 13.00 – 19.00 Uhr	Veneersymposium Ost Leipzig	9. Leipziger Forum für Innovative Zahnmedizin
06.10.2012 09.00 – 15.00 Uhr	Veneersymposium Nord Hamburg	42. Internationaler Jahreskongress der DGZ
13.10.2012 09.00 – 15.00 Uhr	Veneersymposium Süd München	3. Münchener Forum für Innovative Implantologie

Organisatorisches
Kursgebühr inkl. DVD 295,- € zzgl. MwSt.
DGKZ-Mitglieder erhalten 10% Rabatt auf die Kursgebühr!
Tagungspauschale 45,- € zzgl. MwSt.
Bei der Teilnahme am Hauptkongress wird die Kursgebühr angerechnet.

Organisation | Anmeldung
OEMUS MEDIA AG, Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308
Fax: 0341 48474-390
event@oemus-media.de
www.oemus.com

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

Dieser Kurs wird unterstützt | AMERICAN Dental Systems | DIR | DMG | OPTHOS

Stand: 09.02.2012

Faxantwort | 0341 48474-390
Für die Kursreihe „veneers von a-z“ am

27.04.2012 | Essen 07.09.2012 | Leipzig 06.10.2012 | Hamburg 13.10.2012 | München

melde ich folgende Personen verbindlich an: (Zutreffendes bitte ausfüllen bzw. ankreuzen)

Name/Vorname _____ Praxisstempel _____

Name/Vorname _____

Name/Vorname _____

DTG 4/12



Univ.-Prof. Dr. Georg Watzek
Bernhard Gottlieb Universitätszahnklinik, Orale Chirurgie
Sensengasse 2a
1090 Wien, Österreich
Tel.: +43 1 40070-4101
Fax: +43 1 40070-4109
oralchir-zmk@meduniwien.ac.at



Prim. Dr. Rudolf Fürhauser
Akademie für orale Implantologie
Lazarettgasse 19
1090 Wien, Österreich
Tel.: +43 1 402 8668
Fax: +43 1 402 8668-10
office@implantatakademie.at
www.implantatakademie.at

Geschlossener Sinuslift mittels CAS-Bohrer und Hydraulik-Lift-System

Im folgenden Beitrag wird dem Behandler ein alternatives Verfahren zur Durchführung des geschlossenen Sinuslifts aufgezeigt. Durch die Anwendung des Crestal Approach Sinus-KIT-Verfahrens bietet sich dem Implantologen die Möglichkeit, minimalinvasiv und patientenschonend zu arbeiten. Von Dr. Olaf Daum, Leimen.

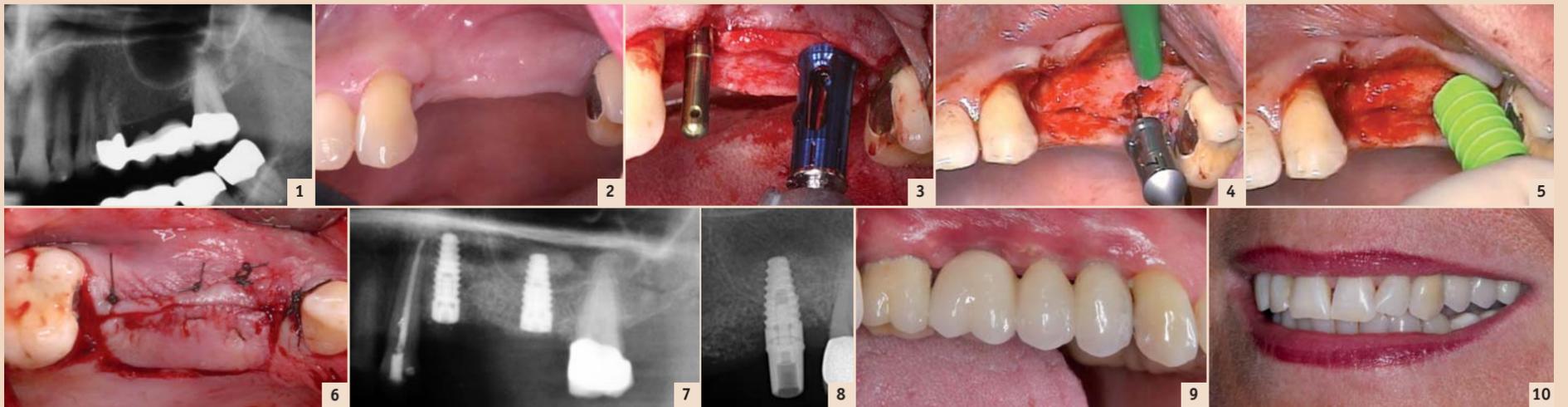


Abb. 1: Röntgenologische Ausgangssituation. Gemessene Knochenhöhe von Sinusboden bis zum Kieferkamm: 6 mm. – **Abb. 2:** Situation zum Zeitpunkt der Implantation mit simultanem internem Sinuslift. Zahn 23 wurde endodontisch behandelt sowie Zahn 24 entfernt. – **Abb. 3:** Einsatz des CAS-KIT Bohrers mit aufgesetztem Bohrstopp (3 mm). – **Abb. 4:** Lösen der Membran nach Penetration der Kieferhöhle mit der Tiefenmesslehre (Bohrstopp 7 mm). Die Tiefenmesslehre mit dem Bohrstopp (7 mm) wird zirkulär im Bohrstollen bewegt. – **Abb. 5:** Der Ansatz des hydraulischen Liftsystems wird auf die Formbohrung gesetzt und physiologische Kochsalzlösung in den Sinus maxillaris appliziert. – **Abb. 6:** Speicheldichter Nahtverschluss. Vom Gaumen wurde die Schleimhaut mit einem palatinalen Verschiebelappen mobilisiert. – **Abb. 7:** Röntgenologische Situation am Tag der OP. Das eingebrachte Knochenersatzmaterial lässt sich um den Implantatapex gut erkennen. – **Abb. 8:** Situation vier Monate post OP. Um den apikalen Anteil des Implantates ist der Knochen gereift. – **Abb. 9:** Die implantatgetragene Prothetik am Tag der Eingliederung. – **Abb. 10:** Gute Lippenunterstützung. Die Prothetik fügt sich sehr gut in das natürliche Gebiss ein.

Nach Zahnverlust in der posterioren Maxilla atrophiert der Alveolarfortsatz in horizontaler und vertikaler Richtung.^{2,3} Darüber hinaus senkt sich der Boden des Sinus maxillaris kaudalwärts. Um ein ausreichendes Implantatbett zu schaffen und die verloren gegangene Höhe des Kieferhöhlenbodens wiederzuerlangen, bleiben dem Behandler zwei Alternativen: Die Sinusbodenelevation⁹⁻¹¹ unter Präpa-

ration eines lateralen Fensters (offener Sinuslift) oder die Wahl des krestalen Zugangs (geschlossener Sinuslift). Mithilfe von modernen Instrumenten lässt sich der interne Sinuslift schnell und einfach durchführen. Anhand eines Patientenfalls, mit reduzierter Knochenhöhe, soll das Vorgehen bei der Sinusbodenelevation mit dem Zugang über den Kieferkamm beschrieben werden. Dabei kommen die

speziell hierfür gestalteten Bohrer des CAS-KITs (Crestal Approach Sinus-KIT) zum Einsatz. Dieses System ermöglicht das Anheben des Kieferhöhlenbodens ohne Osteotome. Das hierfür entwickelte Bohrerdesign verhindert eine Ruptur der Membran beim Vortrieb des Bohrers in die Kieferhöhle. Die Sinusmembran wird hierbei mit hydraulischem Druck angehoben.⁴

Knochenhöhe

Einer der entscheidendsten Faktoren über den Erfolg des internen Sinuslifts ist das bestehende vertikale Knochenangebot vor der Sinusbodenelevation. Die im Jahr 1987 veröffentlichte Einteilung (SA1-SA4) von Misch⁶ beschreibt die verbleibende Knochenhöhe zwischen dem Kieferhöhlenboden und dem Kieferkamm.

Um den Sinuslift mit Osteotomen durchführen zu können (nach Summers), muss in Anlehnung an die damalige Einteilung eine Restknochenhöhe von 10 bis 12 mm vorhanden sein (SA2).^{7,5} Bei einem verbleibenden vertikalen Knochenangebot von 5 bis 10 mm wird als Therapie dem Wahl die Präparation eines lateralen Fensters empfohlen. Die „ABC-Sinus

ANZEIGE

IHDE DENTAL

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



Besonderer Service für unsere weiblichen Kunden: Diese Schnelldeseinfektion tötet Viren und Bakterien von selber (32 Euro für 10 Liter Schnelldeseinfektion)



Preis zzgl. Porto + MwSt.
Einwirkzeiten entnehmen Sie der GA
unter www.ihde-dental.de

Augmentation Classification“ von Wang und Katranji⁴ (aus dem Jahr 2008) fordert eine Restknochenhöhe von mindestens 6 mm für den ausschließlichen Einsatz von Osteotomen zum Anheben der Membran und simultaner Implantatinserktion. Die Überlebensrate ist bei einer Restknochenhöhe von 5 mm 96 % und fällt bei einer Restknochenhöhe von 4 mm auf 85,7 %.⁸ Der Sinuslift ohne Osteotome mit Bohrern und dem hydraulischen Lift ist anlehnend an die Literatur ab einer verbleibenden vertikalen Knochenhöhe von 5 mm indiziert. Das verwendete Knochenersatzmaterial spielt dabei eine untergeordnete Rolle.

Instrumente und Technik

Das in diesem Artikel verwendete CAS-KIT kann unabhängig vom Implantatsystem verwendet werden. Das Instrumentenkit besteht aus einigen übersichtlichen Komponenten: CAS-Bohrern unterschiedlicher Stärke, Bohrstopps von 2 bis 12 mm, Tiefenmesslehre, Bonecarrier, -condensor und -spreader sowie dem hydraulischen Liftsystem.

Initial wird der Pilotbohrer bis 2 mm vor den Kieferhöhlenboden

(OPG o. DVT) eingesetzt. Dabei wird mit Bohrerstopp gearbeitet (die Beschriftung gibt die verbleibende Bohrerlänge an). Danach wird der Bohrstollen nach Herstellerangaben mit der identischen Bohrlänge verbreitert. Dabei erfolgt, je nach verwendetem Implantatsystem und geplante Implantatdurchmesser, eine unterminierende Aufbereitung mit dem CAS-Bohrer. Nach der Verbreiterung wird der Bohrerstopp gewechselt und es erfolgt der Vortrieb des CAS-Bohrers in die Kieferhöhle. Im Anschluss an die Penetration der Kieferhöhle wird die Sinusmembran mit der Tiefenmesslehre um maximal 1 mm angehoben.

Hierfür wird der nächst längere Bohrerstopp verwendet. Um die Schneider'sche Membran auf die gewünschte Implantatlänge anzuheben, wird Kochsalzlösung mithilfe des hydraulischen Liftsystems über den Bohrstollen appliziert. Danach wird Knochenersatzmaterial mit dem Bonecarrier aufgenommen und in die Kieferhöhle eingebracht, mit dem Bonecondensor weiter nach kranial geschoben und abschließend mit dem Bonespreader innerhalb des Sinus horizontal verteilt. Letztendlich wird das gewählte Implantat in das vorbereitete Implantatbett eingedreht.

Vor- und Nachteile

Die Vorteile der Osteotom-Sinusbodenelevation (OSFE) sind vielfältig. Durch diese minimalinvasive Technik werden eine schnellere Chirurgie und eine kürzere Einheilzeit ermöglicht. Damit können auch Patienten mit eingeschränktem Allgemeinzustand behandelt werden. Die Knochenqualität wird verbessert, dadurch eine höhere Primärstabilität erreicht und überdies sind die Veränderungen der Sinusmorphologie geringer als beim lateralen Zugang. Nicht zuletzt muss oft kein Lappen gebildet werden, die Komplikationen sind damit weniger: bessere Blutversorgung, da keine Periostablösung, weniger Verletzung benachbarter Strukturen, geringere Blutungsgefahr. Als größter Nachteil der OSFE-Technik erweist sich der Einsatz des Hammers. Das Vortreiben der Osteotome durch Hammerschläge wird von den Patienten als sehr unangenehm beschrieben. Der hierbei notwendige Kraftaufwand führt nicht selten zu postoperativen, reversiblen Kopfschmerzen. Weiterhin kann es zu unerkannten Perforationen kommen und die Elevationswerte der Sinusmembran sind im Vergleich zum offenen Sinuslift deutlich geringer.

Diese allgemeinen Vor- und Nachteile des internen Sinuslifts zeigen sich

auch bei dem Verfahren der Sinusbodenelevation mit Bohrern und hydraulischem Lift. Weiterhin bedarf diese sensitive Methode einer gewissen „Lernkurve“. Die Sinusmembran wird durch die Applikation der Kochsalzlösung zwar schonend vom Kieferhöhlenboden gelöst, doch bedarf es aufgrund der fehlenden Takttilität etwas Übung, das hydraulische Liftsystem einzusetzen.

Im Vergleich zum Einsatz der Osteotome weist dieses Verfahren weitere Vorteile auf: Hohe Patientenakzeptanz, da kein Hämmern notwendig ist, wodurch dieses Verfahren weniger traumatisierend ist. Durch den intuitiven Gebrauch von Bohrern und hydraulischem Liftsystem lässt sich ein spürbar schnelleres chirurgisches Protokoll erreichen. Die Bohrergeschwindigkeit ist flexibel wählbar. Liegt der Fokus auf zügigem Arbeiten, so wird eine hohe Geschwindigkeit eingesetzt. Sollen Knochenspäne gewonnen werden, so wird mit herabgesetzter Geschwindigkeit gearbeitet. Durch die spezielle Form des CAS-Bohrers, abgerundet und in der Mitte konisch nach innen laufend, wird die Sinusmembran selten verletzt. Darüber hinaus wird autologer Knochen durch die hierfür spezielle Gestaltung des Bohrers gesammelt. Letztendlich ist von Vorteil, dass das CAS-KIT unabhängig vom Implantatsystem verwendet werden kann.

Material und Methode

Im Folgenden wird exemplarisch anhand eines Patientenfalls der Einsatz des CAS-KIT Systems bei der internen Sinusbodenelevation beschrieben.

Patientenselektion

Die Patientin ist 60 Jahre alt und in gutem Allgemeinzustand. Die Zähne 24 und 27 dienten seit 15 Jahren als Brückenpfeiler und waren somit mit Kronen versorgt. Der röntgenologische Befund zeigt eine periapikale Aufhellung an den Zähnen 23 und 24. Die vertikale Knochenhöhe zwischen Kieferkamm und Kieferhöhlenboden im Bereich 26 wurde am OPG mit 6 mm gemessen.

Klinisch zeigte Zahn 24 eine Zahnbeweglichkeit Grad II. Präoperativ erfolgte die endodontische Behandlung des Zahnes 23. Die Brücke wurde mesial des Zahnes 27 getrennt. Zahn 24 musste extrahiert werden, hierbei offenbarte sich sowohl eine interne Fraktur des Zahnes als auch der vollständige Verlust der bukkalen Knochenlamelle. Als provisorische Versorgung erhielt die Patientin eine herausnehmbare Interimsprothese.

Die Behandlungsplanung sieht die Versorgung der Schalltücke zwischen 23 und 27 mit zwei Implantaten in Regio 24 und 26 vor, sowie die anschließende Versorgung mit einer implantatgetragenen Brücke.

Chirurgisches Vorgehen

Der Zugang erfolgte über einen leicht nach palatinal versetzten Kieferkammschnitt. Der Kieferkamm weist im Bereich 26 eine Breite von 7,5 mm und im Bereich von 24 eine Breite von 5,5 mm auf. Im Bereich des ersten Prämolaren erfolgt die Implantatbettaufbereitung gemäß Herstellerangaben zur Aufnahme eines BioHorizons-Implantats (3,8 x 11mm), wobei zur Verbesserung der Primärstabilität der letzte Bohrer nicht zum Einsatz kommt.

In Regio 26 wird mit dem Pilotbohrer und dem 4 mm Bohrerstopp (2 mm unterhalb der röntgenologisch gemessenen Kieferhöhle) begonnen.

Danach erfolgt die Verbreiterung der Formbohrung mit demselben Bohrerstopp bis zum CAS-Bohrer D 3.1. Mit dem identischen Bohrer wird in Millimeterschritten weiter nach kranial gearbeitet. Aufgrund des leicht nach medial ansteigenden Kieferhöhlenbodens dringt der Bohrer mit dem 6 mm Bohrerstopp nur teilweise, mit dem 7 mm Bohrerstopp vollständig in den Sinus maxillaris ein.

Der 7 mm Bohrerstopp wird auf die Tiefenmesslehre gesetzt und mit dieser die Membran zirkulär um den Bohrstollen vorsichtig vom Kieferhöhlenboden gelöst. Danach wird der hydraulische Lifter fest auf die Öffnung der Formbohrung gepresst. Über eine Einmalspritze wird langsam (0,1 ml/Sek.) Kochsalzlösung unter die Kieferhöhlenmembran appliziert. Um die Membran 3 mm anzuheben, sind ca. 0,5 ccm nötig. Zum weiteren Schutz der Membran dient die anschließende Applikation eines Kollagenvlieses. Dieser Schritt ist nicht obligatorisch.

Mit dem Bonecarrier wird dreimal Knochenersatzmaterial aufgenommen und in die Formbohrung eingebracht. Zum Transportieren des Knochenersatzmaterials in die Kieferhöhle wird der Bonecondensor verwendet. Um den entstandenen Hohlraum nach dem Anheben der Membran um 6 mm aufzufüllen, werden 0,9 ccm Knochenersatzmaterial benötigt. Abschließend wird das Implantat (BioHorizons 4,6 x 10,5 mm) eingedreht.

In Regio 24 wird ein weiteres Implantat inseriert. Aufgrund der fehlenden bukkalen Lamelle wird der Knochen mittels Sandwichbonentechnique¹⁵ augmentiert. Es erfolgt abschließend der Nahtverschluss.

Fazit

Die geschlossene Sinusbodenelevation mit speziell entwickelten Bohrern stellt eine Weiterentwicklung der klassischen mit Osteotomen durchgeführten Methode dar. Der oben dargestellte Patientenfall erläutert Schritt für Schritt die Vorgehensweise beim Einsatz des Crestal Approach Sinus-KITs (CAS-KIT).

Die Anwendung des CAS-KITs eröffnet dem Implantologen die Möglichkeit, minimalinvasiv und patientenschonend zu arbeiten. Der Einsatz des Hammers entfällt. Neben den allgemeinen Nachteilen des internen Sinuslifts zeigt sich eine gewisse Lernkurve. Von Vorteil erweist sich vor allem die hohe Patientenakzeptanz durch die geringe Traumatisierung, das schnell ausführbare chirurgische Protokoll und nicht zuletzt die geringe Membranperforation. 

Ersterscheinung: ZWP Spezial 11/11

Kontakt



Dr. Olaf Daum
Heltenstraße 16, 69181 Leimen
Tel.: 06224 75031, Fax: 06224 76275
md@zahnarzt-leimen.de
www.zahnarzt-leimen.de

ANZEIGE

Kursreihe 2012 |
neu!
unterspritzungstechniken
| Basisseminar mit Live- und Videodemonstration |

JETZT AUCH MIT PAPILLEN-AUGMENTATION

Dr. med. Andreas Britz/Hamburg

inkl. DVD

Hinweis:
Die Ausübung von Faltenbehandlungen setzt die medizinische Qualifikation entsprechend dem Heilkundengesetz voraus. Aufgrund unterschiedlicher rechtlicher Auffassungen kann es zu verschiedenen Statements z.B. im Hinblick auf die Behandlung mit Fillern im Lippenbereich durch Zahnärzte kommen. Klären Sie bitte eigenverantwortlich das Therapiespektrum mit den zuständigen Stellen ab bzw. informieren Sie sich über weiterführende Ausbildungen, z.B. zum Heilpraktiker.

Termine 2012

Datum	Region	Veranstaltung
01.06.2012 13.00 – 18.00 Uhr	Nord Rostock-Warnemünde	Ostseekongress/5. Norddeutsche Implantologietage
07.09.2012 13.00 – 18.00 Uhr	Ost Leipzig	9. Leipziger Forum für Innovative Zahnmedizin
21.09.2012 13.00 – 18.00 Uhr	Süd Konstanz	EUROSYMPOSIUM/7. Süddeutsche Implantologietage
02.11.2012 13.00 – 18.00 Uhr	West Essen	2. Essener Implantologietage
17.11.2012 09.00 – 15.00 Uhr	Ost Berlin	29. Jahrestagung des BDO
01.12.2012 09.00 – 15.00 Uhr	Nord Hamburg	

HAUPTKONGRESS

Organisatorisches

Kursgebühr pro Kurs 225,- € zzgl. MwSt.
inkl. DVD
Tagungspauschale 45,- € zzgl. MwSt.
pro Kurs
umfasst Kaffeepause/Imbiss und Tagungsgetränke

Organisation | Anmeldung
OEMUS MEDIA AG, Holbeinstraße 29,
04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308
Fax: 0341 48474-390
event@oemus-media.de
www.oemus.com

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

Dieser Kurs wird unterstützt | Stand: 15.02.2012

Faxantwort | 0341 48474-390

Für das Basisseminar **Unterspritzungstechniken** am

01.06.2012 in Warnemünde 21.09.2012 in Konstanz 17.11.2012 in Berlin
 07.09.2012 in Leipzig 02.11.2012 in Essen 01.12.2012 in Hamburg

melde ich folgende Personen verbindlich an: (Zutreffendes bitte ausfüllen bzw. ankreuzen)

Name/Vorname _____ Praxisstempel _____

Name/Vorname _____

Name/Vorname _____ DTG 4/12

Wann inseriere ich einteilige oder zweiteilige Implantate?

Ein exzellentes Preis-Leistungs-Verhältnis und keine Investitionskosten für System-Umsteiger. Die hohe Qualität der Produkte beeindruckt ebenso wie innovative Features, die das System „made in Germany“ einzigartig machen. Doch wer die Wahl hat, hat die Qual: Wann nehme ich nun ein- oder zweiteilige Champions®? Von Dr. Armin Nedjat, Flonheim.

Auf den Live-OP-(R)Evolution®-Kursen in Mallorca werde ich oft gefragt: „Wann setzt Du ein einteiliges, wann ein zweiteiliges Champion® ein?“ Diese Frage kann man nicht pauschal beantworten, da jeder Implantologe andere Prioritäten setzt. Wir haben zum Beispiel viele MKG-Chirurgen, die ausschließlich zweiteilige (R)Evolution® einsetzen (meistens dann auch mit chirurgischen Verschluss-Schrauben), da sie das Hauptproblem einteiliger Systeme generell umgehen wollen: das verblockte Provisorium z.B. auf einem Einzelzahnimplantat innerhalb der ersten acht Wochen post OP! Laterale Scherkräfte sind in der Remodellings-Proliferationsphase des Knochens wegen der Mikro- und Makrobewegungen auf allen Implantaten in dieser Zeit bekanntlich „Gift“.

Die Prothetik führt(e) in den meisten dieser Fälle sowieso der zuvor überweisende Zahnarzt durch. Diese „Arbeitsteilung“ zahnärztlicher Leistungen hat letzten Endes dazu geführt, dass sich Anfang der 80er-Jahre zweiteilige Systeme durchgesetzt haben. Spätestens seit dem Gerichtsurteil von 1999, dass



Abb. 1: Die Champions®-Familie ist seit März 2011 durch die zweiteiligen (R)Evolution® erfolgreich bereichert worden. Alle Champions® sind sowohl mit als auch ohne Augmentationen „klassisch“ und auch minimalinvasiv (MIMI®) einsetzbar. – Abb. 2: Das übersichtliche OP- und Prothetik-Tray wird Umsteigern und Interessierten kostenlos zur Verfügung gestellt, ebenso – für die ersten beiden OPs – ein Kommissionslager. – Abb. 3: Beim zweiteiligen Champions (R)Evolution® führt der innovative 9,5°-Innenkonus mit seinem patentiert-integrierten „Hexadapter“ zu einer bakteriendichten, sicheren und dauerhaften Verbindung inklusive einem Rotationsschutz. – Abb. 4: Alle Champions® sind „made in Germany“, mit einer der besten und saubersten Oberflächen auf dem gesamten Markt (Studie Uniklinik Köln 2011). – Abb. 5 und 6: MIMI®-fähig sind sowohl die einteiligen (wie bei diesem Beispiel seit Jahren im UK) als auch die zweiteiligen Champions (R)Evolution®, hier im Oberkiefer mit indirektem Sinuslifting. – Abb. 7–9: Einteilige Champions® und präparierte Zirkon-Prep-Caps direkt post OP und die basale Ansicht der gefrästen Zirkonbrücke, die innerhalb von zehn Tagen spannungsfrei mit Implantlink semi einzementiert wurde. – Abb. 10–12a, 12b: Einteilige Tulpen-Champions® mit basaler Ansicht der direkt post OP eingebauten Metall-Matrizen und einem DVT-Kontrollbild. Sofortbelastung ist bei allen Tulpen i.d.R. problemlos möglich, da die Kräfte auch über die gut balancierte Prothese auf die Schleimhaut abgeleitet werden. Die bewegliche Mukosa lingual des Kieferkammes, an mittig im Knochen stehenden Implantaten, ergibt keine Komplikationsmöglichkeiten.

Zahnärzte weiterhin implantieren dürfen, „boomt“ die Implantologie auch in den „normalen“ Zahnarztpraxen (nicht immer zum Wohle der rein chirurgisch arbeitenden Kollegen) und es kam durch die Ein-

führung intelligenter einteiliger Systeme und patientenfreundlicher, minimalinvasiver OP-Methoden (MIMI®) zu einer deutlichen Verschiebung zugunsten einteiliger Systeme.

Vorteile einteiliger Champions®

Als Vorteil ist zu nennen, dass die einteiligen Implantate für alle Indikationen zahnärztlicher Implantologie anwendbar sind. Ein weiterer Vorteil ist die Sofortversor-

gung, das heißt der Patient erhält gleich im Anschluss der Behandlung ein festsitzendes Provisorium sowie die Sofortbelastung, das heißt bei mehr als drei Pfeilern, die verblockt

ANZEIGE

Rom – Live-OP-Kurs

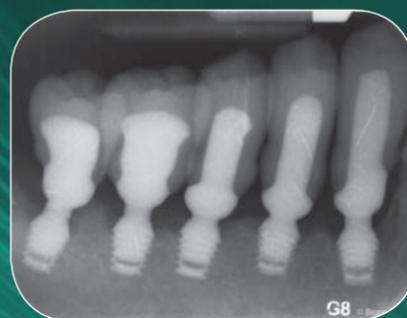
Prof. Dr. Mauro Marincola

Indikationserweiterung durch Kurzimplantate – Ein minimalinvasives Therapiekonzept ohne Augmentation und Sinuslift



Thematik

Von Anwenderseite aus besteht eine immer größere Nachfrage nach kürzeren Implantaten, da bei einer großen Anzahl von Behandlungsfällen starke Kieferkammatarophien vorliegen, die ein sicheres implantieren, ohne Gefährdung wichtiger angrenzender anatomischer Strukturen (z. B. Sinus Maxillaris, Nervus alveolaris inferior etc.) zunächst nicht ermöglichen. Durch die Verwendung von Kurzimplantaten können aufwendige Augmentationen vermieden werden und eine Standardimplantation wird wieder möglich.

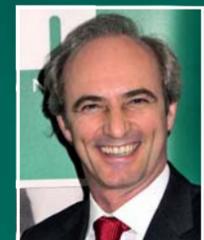


Anmeldung oder weitere Informationen:

bicon
DENTAL IMPLANTS

Bicon Europe Ltd.
Hauptstraße 1 ■ 55491 Büchenbeuren
Telefon 0 65 43 / 81 82 00 ■ Fax 0 65 43 / 81 82 01
germany@bicon.com ■ www.bicon.com

Referent



Prof. Dr. Mauro Marincola

Termine:

20./21.04.12
19.05.12
16.06.12
14.07.12
26./27.10.12
08.12.12

Implantieren in der ewigen Stadt mit fulminanter kulinarischer Einstimmung in einem der besten Restaurants der römischen Altstadt.

Der Kurs wird in deutscher Sprache gehalten!



Abb. 13–18: Die provisorische Versorgung in den ersten acht Wochen post OP bei einteiligen Champions® (in diesem Fall mit Prep-Cap) gilt es, das Implantat mit den Nachbarzähnen sicher zu verblocken. Nach dem Erreichen des SOS (Sekundäre Osseointegrations-Stabilität) wird die Abformung durchgeführt und die Krone einzementiert. – Abb. 19–20: Die „Navigierte Präparation“ im Mund des Patienten: Das Gerüst wird vom zahntechnischen Labor mit sogenannten „Präp-Käppchen“ (aus Pattern Resin oder lichterhärtendem Kunststoff) geliefert. Diese setzt man gezielt auf die jeweils zu bearbeitenden Pfeiler und präpariert, entsprechend dem vom Labor vorgegebenen „Schliff“ der Hilfsteile, den „Überschuss“ an Titan „weg“, sodass das noch zu verblendende Gerüst spannungsfrei zu liegen kommt. – Abb. 21–28: Das zweiteilige Champions (R)Evolution® gilt zurzeit als einzigartig und „unschlagbar“. Die Implantation des Implantats erfolgt über ein „Shuttle“, über den ein Gingiva-Clix zum Gingiva-Forming eingeklickt wird. Acht Wochen post OP wird nach Abziehen des Clix – unter Belastung des Shuttles – transgingival die Abformung durchgeführt. Erst nach Fertigstellung der Krone wird in den meisten Fällen erstmalig der Shuttle abgenommen, das bis dato „jungfräuliche“ Implantat sichtbar, das Abutment mit 30 Ncm aufgeschraubt und die Krone zementiert.

und spannungsfrei („passive fit“) verbunden werden können, ist die Anfertigung definitiven ZEs innerhalb der ersten 14 Tage post OP möglich. Zudem kann die „kondensierende“ Insertion von durchmesserreduzierten Implantaten (Ø 2,5 mm Tulpen/Kugel-, Ø 3,0 mm „New Art“ oder Ø 3,5 mm „Classics“ Vierkant-Champions®) ab 3 mm krestaler, horizontaler Knochenbreite problemlos durchgeführt werden.

Dank einteiliger Champions® ist die Anwendung vieler augmentativer Verfahren, sowohl horizontal als auch vertikal, nicht mehr notwendig: Ab einer vertikalen Knochenhöhe von nur 4 mm ist mithilfe eines indirekten Sinuslifts die Insertion von 6 mm langen Champions® möglich. Darüber hinaus sind die Implantate

MIMI®-fähig (minimalinvasive Methodik der Implantation) und haben niedrige Laborkosten. Zudem sind Abutmentlockungen in der prothetischen Phase nicht möglich. Es sind die idealen „Zahnarzt“-Implantate, die sowohl die kleine Chirurgie als auch die Prothetik beherrschen.

Nachteile einteiliger Systeme

Neben den vielen Vorteilen gibt es auch einige Nachteile von einteiligen Implantaten. Der Behandler muss z.B. bei Einzelzahnücken prothetisch in der Lage sein, ein nicht brechendes, an den Nachbarzähnen für acht Wochen temporär verblocktes Provisorium

anfertigen zu können. Die „Mitarbeit des Patienten“ muss in der Zeit des Provisoriums eingefordert werden.

Ein weiterer Nachteil ist die „Navigierte Präparation“ der Pfeiler/„Prep-Caps“ im Mund des Patienten bei feststehendem ZE zum Ausgleich von Pfeilerdivergenzen. Außerdem sollte die Tulpenanzahl im OK sechs bis acht Implantate im unverblockten Zustand (z.B. mittels Steg) nicht unterschreiten.

Zweiteilige Systeme

Zweiteilige Champions (R)Evolution® sind von höchster Qualität und Präzision „made in Germany“. Zudem ist das Preis-Leistungs-Verhältnis, inklusive Abutments und

Zubehör, hervorragend. Darüber hinaus sind die Implantate GOZ 2012-freundlich.

Die minimalinvasive Methodik der Implantation (MIMI®) ist erstmals auch auf ein zweiteiliges System anwendbar. In über 80 % der Fälle kann gänzlich ohne Aufklappung und Periostverletzung, also rein transgingival gearbeitet werden. Eine standardmäßige, iatrogene Periostlösung/Verletzung gilt als ein Hauptgrund für eine spätere Periimplantitis, so kann es postoperativ zu „Mangelernährungen“ rund um das Implantat kommen. Die gefürchteten röntgenologisch diagnostizierbaren „Krater“ sind oft die Folge derartiger Knochen-Mangelernährungen.

Dank MIMI® gibt es keine Schwellung, keine Schmerzen, oftmals keine Antibiose und der Pa-

tient ist bereits einen Tag post OP arbeitsfähig.

Durch die Insertion mit dem „Champions“-Shuttle“ ist eine Deformierung des Implantat-Innenengewindes (vermeidet später in der prothetischen Phase Abutmentlockungen) und der Titan-Außenwand während der Implantation selbst bei Insertionskräften bis 70 Ncm nicht möglich. Die zweiteiligen Champions® besitzen einen bakteriedichten Mikropalt von nur 0,6 µm (im Vergleich sind Bakterien zwischen 2 bis 15 µm groß). Dieser ist bedingt durch den rotationssicheren Innenkonus von jeweils 9,5° mit patentiert-integriertem „Hexadapter“. Dadurch haben die Implantate eine ausgezeichnete Primärstabilität.

Außerdem ermöglichen sie einen enormen Zeitvorteil im zahnärztlich-chirurgischen und prothetischen Procedere, z.B. erfolgt die Abformung i.d.R. supragingival – keine langwierige, „offene Abformung“ mit Röntgenkontrollen und erneuter Anästhesie. Ein weiterer zeitlicher Vorteil ist der Verzicht auf ein Provisorium und auf die „navigierte Präparation“ im Mund des Patienten zum Ausgleich von Divergenzen.

Die Gingiva-Clix aus WIN® bieten ein ausgezeichnetes Weichgewebsmanagement und „Gingiva-Forming“. Die Präzisionsabformung erfolgt ebenfalls transgingival über den „Champions“-Shuttle“ ohne ein „Freilegen“ oder Anästhesie des Patienten. **IT**



Dr. Armin Nedjat
Champions-Implants GmbH
 Bornheimer Landstraße 8
 55237 Flonheim
 Tel.: 06734 914090, Fax: 06734 1053
 info@champions-implants.com
 www.champions-implants.com

ANZEIGE

Aesthura® Implantatsystem



If you insert an implant think about:
 the implant has to work for you



Immediate

Für die
 einzeitige
 Sofortversorgung



Classic

Für die
 zweizeitige
 Versorgung

Implantologische Fortbildung am Meer

Der Ostseekongress/Norddeutsche Implantologietage glänzt durch ein hochkarätiges Programm. Im Sommer setzt er diese Tradition fort.



Am 1. und 2. Juni 2012 findet der Ostseekongress/ 5. Norddeutsche Implantologietage im Hotel NEPTUN in Rostock-Warnemünde statt. Alle bisherigen Ostseekongresse haben bei den Teilnehmern sowohl in Bezug auf das hochkarätige wissenschaftliche Programm, die zahlreichen Workshops und Seminare sowie auch im Hinblick auf die inzwischen traditionelle Abendveranstaltung mit Meerblick unvergessliche Eindrücke hinterlassen. Hier immer wieder Maßstäbe zu setzen ist sicher nicht einfach, gelang aber den Veranstaltern durch eine Reihe von neuen Themen und Programmweiterungen mit dem Ziel, neueste Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis anwenderorientiert aufzubereiten und zu vermitteln.

Zum Referententeam gehören in diesem Jahr u. a. Prof. Dr. H. Behrbohm, Berlin, Prof. Dr. W.-D. Grimm, Sprockhövel, Prof. Dr. W. Götz, Bonn, Prof. Dr. M. Marincola, Rom, Italien, Priv.-Doz. Dr. Dr. St. G. Köhler, Berlin, Priv.-Doz. Dr. Dr. F. Blacke, Bad Oldesloe, Priv.-Doz. Dr. Ch. Gernhardt, Halle

(Saale), Dr. P. Gehrke, Ludwigshafen, Dr. F. G. Mathers, Köln, Dr. J. Voss, Leipzig, und Dr. M. Plöger, Detmold.

Gesamtes Spektrum der Zahnmedizin

Wie bereits im letzten Jahr gibt es 2012 ein komplettes nichtimplantologisches Parallelprogramm mit einem eigenen Hauptpodium, sodass der Ostseekongress wieder nahezu die gesamte Bandbreite der Zahnmedizin mit Vorträgen oder Seminaren abdecken wird.

Der Freitag wird ganz im Zeichen von Workshops, Hands-on-Kursen sowie Seminaren stehen. Erstmals findet das interdisziplinäre Seminar „Implantate und Sinus Maxillaris“ mit Prof. Hans Behrbohm und Priv.-Doz. Dr. Dr. Steffen G. Köhler, Berlin, statt. Der Samstag bleibt wie gehabt den wissenschaftlichen Vorträgen in den beiden Hauptpodien vorbehalten. Einer

der Höhepunkte des Kongresses wird sicher wieder die Kongressfeier in der Sky-Bar des NEPTUN-Hotels werden. In rund 65 Meter Höhe, mit einem wunderbaren Panoramablick über die Ostsee, können die Teilnehmer bei Musik und Tanz die im Meer untergehende Abendsonne genießen und den ersten Kongresstag ausklingen lassen. **IT**

OEMUS MEDIA AG

Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308
Fax: 0341 48474-390
event@oemus-media.de
www.ostseekongress.com



Dreiländertagung in Bern

Implantologisches Highlight 2012:
Die 6. Internationale Gemeinschaftstagung der DGI, ÖGI und SGI.

Unter dem Thema „back to the roots“ wird 2012 in Bern, Schweiz, die 6. Gemeinschaftstagung der größten implantologischen Fachgesellschaften von Deutschland (DGI), von Österreich (ÖGI) und von der Schweiz (SGI) ausgerichtet. Die Dreiländertagung findet vom 29. November bis 1. Dezember 2012 in den komplett neu renovierten Räumlichkeiten des Kursaals in Bern statt und wird ein Highlight der diesjährigen Fachveranstaltungen bilden.

Unter der Leitung des Zürcher Implantologen und Parodontologen Dr. Rino Burkhardt hat das wissenschaftliche Komitee (Drs. Bornstein, Jung und Wallkamm) zusammen mit der DGI und ÖGI ein aktuelles und spannendes Programm zusammengestellt. Das Kongresspräsidium obliegt den Präsidenten der nationalen Fachgesellschaften Dr. Andreoni (SGI), Prof. Dr. Terheyden (DGI) und Prof. Dr. Dr. W. Zechner (ÖGI).

„back to the roots“...

In der modernen Implantologie stehen eine Vielzahl von Behandlungskonzepten, Materialien und Komponenten zur Verfügung. Etliche der neuen Techniken weisen aber kaum die wissenschaftliche Evidenz vor, um für die tägliche Praxis empfohlen zu werden. Andere wiederum sind in der klinischen Anwendung so heikel, dass sie das Misserfolgsrisiko erhöhen. Mit dem zentralen Tagungsmotto „back to the roots“ soll eine klare Grenze definiert werden zwischen bewährten Verfahren sowie neuen Techniken, die in der klinischen Anwendung noch nicht ausreichend gesichert sind. **IT**

Schweizerische Gesellschaft für orale Implantologie (SGI)

Monbijoustraße 24, 3011 Bern, Schweiz
Tel.: +41 31 3822010, Fax: +41 31 3822002
info@sgi-ssio.ch, www.sgi-ssio.ch

Luzern: State of the Art der Implantologie

CAMLOG freut sich darauf, zahlreiche Kongressteilnehmende zum 4. Internationalen Kongress im Herzen der Schweiz willkommen zu heißen.

Unter dem Motto „Feel the pulse of science in the heart of Switzerland“ werden renommierte Experten am 4. und 5. Mai 2012 auf dem 4. Internationalen CAMLOG Kongress eine Fülle von wissenschaftlich-technischen Themen zu „State of the Art“ der dentalen Implantologie präsentieren. Bereits am Donnerstag, dem 3. Mai 2012, einen Tag vor dem eigentlichen Kongress, beginnt bereits der Start zu den Workshops.

Diese theoretisch/praktischen Veranstaltungen zu allen Aspekten des Weichgewebsmanagements finden in über 2.100 Metern Höhe auf dem Pilatus statt. Die Workshop-Räumlichkeiten werden die Teilnehmer ebenso begeistern wie die fachlichen Inhalte. So unter anderem die Themen:



4TH INTERNATIONAL
CAMLOG CONGRESS
MAY 3RD - 5TH, 2012
LUCERNE, SWITZERLAND

„Neues zu Implantat-Abutment-Verbindungen“, „Klinische Langzeitergebnisse mit Platform Switching“ oder „Der demografische Wandel und die zunehmend alternenden Patienten“.

Party auf der Rigi

Sowohl am Freitag, dem 4. Mai 2012, als auch am Samstag, dem 5. Mai 2012, wird die allseits beliebte CAMLOG-Party in der außergewöhnlichen Höhe von 1.600 Metern über dem Meeresspiegel mit sensationeller alpiner Aussicht steigen.

Zusätzlich wurde für Begleitpersonen ein abwechslungsreiches und informatives Rahmenprogramm für jeden Geschmack auf die Beine gestellt.

CAMLOG freut sich darauf, zahlreiche Kongressteilnehmende zum 4. Internationalen CAMLOG Kongress im Herzen der Schweiz willkommen zu heißen. **IT**

CAMLOG Foundation

Margarethenstr. 38, Basel, Schweiz
Tel.: +41 61 565 41 14
Fax: +41 61 565 41 01
info@camlogfoundation.org
www.camlogfoundation.org



ANZEIGE



With you to the TOP

DER NEUE STANDARD IM ÄSTHETISCHEN BEHANDLUNGSMANAGEMENT

KONKAVE STRUKTUREN vom Anfang bis zum Ende!

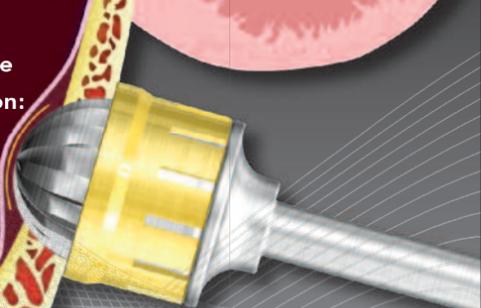


Paltop Germany GmbH
Bruchsaler Strasse 8
D-76703 Kraichtal
TEL: +49 (0) 7251 349 5381
FAX: +49 (0) 7251 349 5389
✉ info@paltopdental.com
www.paltopdental.com

Die perfekte Lösung für die
externe Sinusbodenelevation:

Lateral Approach Sinus-KIT

LAS-KIT



Innovatives atraumatisches Bohrerdesign **Sinusbodenelevation in Perfektion**

- 6 Innovatives atraumatisches Bohrerdesign
- 6 Einfaches und sicheres Anheben des Sinusbodens
- 6 Zuverlässiges Bohrer-Stopp-System
- 6 Hervorragendes Schneidevermögen

www.sinuskit.com

Die perfekte Lösung
für die interne
Sinusbodenelevation:

Crestal Approach Sinus-KIT

CAS-KIT

Das Event des Jahres

Visit the
OSSTEM
Meeting
2012
Lisbon
September 22nd-23rd
2012

Gleich anmelden unter:
www.osstemlisbonmeeting.com

OSSTEM Germany GmbH
Mergenthalerallee 25 • 65760 Eschborn
Tel. 0 61 96-777 55-0 • germany@osstem.com
www.osstem.com • www.sinuskit.com

Biologisch zur Regeneration und Augmentation

In einer Kursreihe vermittelt Prof. Dr. Hannes Wachtel, München, die wichtigsten Grundlagen regenerativer Verfahren anhand verschiedener Techniken im Hands-on-Training.

Regenerative Verfahren stehen heute im Mittelpunkt der Parodontal- und Implantat-Chirurgie. In seiner Kursreihe stellt Prof. Dr. Hannes Wachtel, München, 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 knöchernen Augmentation im Seiten- und Frontzahnbereich, der Sinuslift und die Double-Layer-Technik.

Besonders bei der Socket-Preservation-Technik setzt Prof. Wachtel



Die Alveole wird mit dem Knochenersatzmaterial mp3 (OsteoBio®) im Sinne der Socket-Preservation-Technik aufgefüllt. (Foto: Prof. Dr. H. Wachtel und Dr. T. Thalmair)

auf das Knochenersatzmaterial OsteoBio. Das porcine Material wird laut aktueller Studien vollständig resorbiert und zu eigenem Knochen umgebaut. Aufgrund seines speziellen Herstellungsverfahrens bleibt die Struktur und Beschaffenheit der natürlichen Kollagenmatrix erhalten. Durch diese Kollagenmatrix wird das Einwachsen von Wachstums-

faktoren in die Granulatpartikel unterstützt. 

American Dental Systems GmbH

Johann-Sebastian-Bach-Straße 42
85591 Vaterstetten
Tel.: 08106 300-300, Fax: 08106 300-310
info@ADSystems.de
www.ADSystems.de



Existenzgründer immer älter



Junge Zahnmediziner scheuen den Schritt in die Selbstständigkeit, aus Angst vor dem Risiko. Die BdZA hat hierfür eine Lösung.

mehr auf Seite » 28

Endodontie up-(to)-date



Wie verwendet man Nickel-Titan-Instrumente bei der Aufbereitung oder Revision? Die Workshops von MICRO-MEGA zeigen es.

mehr auf Seite » 30

Für die zukünftige Zahnarztpraxis



Die OEMUS MEDIA AG stellt für Praxisgründer ein neues eBook bereit. Damit ist ein erfolgreicher Start der Niederlassung sicher.

mehr auf Seite » 31

Implantologie für Experten und Einsteiger im Ruhrgebiet

Die seit 19 Jahren erfolgreiche Veranstaltungskombination IMPLANTOLOGY START UP und EXPERTENSYMPOSIUM „Innovationen Implantologie“ findet erstmals in Essen statt.

Am 27. und 28. April 2012 finden im Atlantic Congress Hotel Essen der 19. IMPLANTOLOGY STARTUP und das 13. EXPERTENSYMPOSIUM „Innovationen Implantologie“ statt. Die traditionsreiche Veranstaltungskombination gehört seit vielen Jahren zu den festen Größen der zahnmedizinisch/implantologischen Fortbildung. Mit der Veranstaltungsreihe ist es in den letzten Jahren gelungen, weit mehr als 3.600 Zahnärzten den Weg in die Implantologie zu eröffnen und über 2.000 von ihnen in der Folgezeit auch als Anwender zu begleiten.

Die wissenschaftliche Leitung der Tagung liegt in diesem Jahr in den Händen von Prof. Dr. Dr. Frank Palm, Konstanz, Präsident der Deut-

SCAN MICH

Programm/E-Paper „Implantology Start Up“
QR-Code einfach mit dem Smartphone scannen (z.B. mithilfe des Readers i-nigma)

Essen, Foto: Junker

IMPLANTOLOGY START UP 2012
27. UND 28. APRIL 2012 | 08:00 | ATLANTIC CONGRESS HOTEL

IMPLANTOLOGIE FÜR EINSTEIGER UND ÜBERWEISERZAHNÄRZTE

13. EXPERTENSYMPOSIUM
27. UND 28. APRIL 2012 | 08:00 | ATLANTIC CONGRESS HOTEL

Innovationen Implantologie
Technologien im Spannungsfeld zwischen Standard- und Extremfällen

zollverein

Im Rahmen des gemeinsamen wissenschaftlichen Programms am Samstag werden die aktuellsten Trends der Implantologie vornehmlich aus Sicht der Wissenschaft beleuchtet. Ein hochkarätiges Referententeam mit erfahrenen Praktikern und renommierten Hochschullehrern wird Garant sein für ein wissenschaftliches Programm der Sonderklasse.

Ein zweitägiges Programm für die implantologische Assistenz mit einem Hygieneseminar rundet das Angebot ab, sodass der Kongress zugleich auch ein Fortbildungs-Highlight für das gesamte Praxisteam darstellt.

Mit über 150 Anbietern im nationalen Implantologiemarkt ist es selbst für versierte Anwender kaum mehr möglich, sich einen repräsentativen Überblick zu verschaffen. Daher erhält jeder Kongressteilnehmer (Zahnarzt und Zahntechniker), in der Kongressgebühr inkludiert, das über 300 Seiten umfassende Jahrbuch „Implantologie 2012“. ◀◀

Dr. Jochen Jackowski, Universität Witten/Herdecke, und Dr. Fred Berg-Implantologie e. V. (DGOI). Offizieller wissenschaftlicher Partner aus

Von Standard- zu Extremfällen

Das Thema der Tagung lautet: „Implantologie im Spannungsfeld zwischen Standard- und Extremfällen“. Der Freitag, als erster Kongresstag, wird ganz im Zeichen von Hands-on-Kursen und Spezialseminaren sowie anwendungsorientierten Vorträgen stehen. Die Themenpalette wird hier von augmentativen Techniken über Konzepte der Diagnostik und Behandlungsplanung bis hin zu prothetischen Versorgungen auf Implantaten reichen. Für Einsteiger und Überweiserzahnärzte steht an diesem Tag ein Basisprogramm mit wissenschaftlichen Vorträgen und Hands-on-Kursen auf der Tagungsordnung.

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308, Fax: 0341 48474-390
event@oemus-media.de



* Impressionen aus dem Vorjahr.

schen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e. V. (DGZI), Prof.

mann, Viernheim, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orale

der Region ist die Universität Witten/Herdecke.

ANZEIGE

Ostseekongress

5. Norddeutsche Implantologietage
1./2. Juni 2012 in Warnemünde // Hotel NEPTUN

SCAN MICH

Programm Ostseekongress 2012 in Warnemünde
QR-Code einfach mit dem Smartphone scannen (z.B. mithilfe des Readers i-nigma)

DAS KONGRESS-HIGHLIGHT FÜR DAS GESAMTE PRAXISTEAM

FAXANTWORT

0341 48474-390

Bitte senden Sie mir das Programm zum Ostseekongress/ 5. Norddeutsche Implantologietage am 1./2. Juni 2012 in Warnemünde zu.

E-Mail-Adresse (bitte angeben)

Praxisstempel

Referenten u.a.
Prof. Dr. Hans Behrbohm/Berlin | Prof. Dr. Werner Götz/Bonn | Prof. Dr. Wolf-D. Grimm/Witten | Prof. Dr. Mauro Marincola/Rom (IT) | Priv.-Doz. Dr. Dr. Felix Blake/Bad Oldesloe | Priv.-Doz. Dr. Christian Gernhardt/Halle (Saale) | Priv.-Doz. Dr. Dr. Steffen G. Köhler/Berlin | Dr. Peter Gehrke/Ludwigshafen | Dr. Tomas Lang/ Essen | Dr. Frank G. Mathers/Köln | Dr. Mathias Plöger/Detmold | Dr. Jens Voss/Leipzig

Veranstalter
OEMUS MEDIA AG, Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308, Fax: 0341 48474-390
event@oemus-media.de, www.oemus.com
www.ostseekongress.com

DTG 4/12

Zahnreinigung und Bleaching durch Dentalstudio untersagt

Standpunkt der Landes Zahnärztekammer Hessen wurde vom Gericht bestätigt.



Wasserstoffperoxidgehalt sechs Prozent nicht übersteigt. Offen geblieben ist bei Gericht die Frage, ob eine z.B. an einer Fachhochschule graduierte Bachelor-Dentalhygienikerin selbstständig diese Leistungen erbringen kann, das OLG-Verbot bezieht sich allein auf das Berufsbild der ZMF.

■ BONN/KREMS (jp) - Eine Zahnmedizinische Fachassistentin (ZMF) darf nicht selbstständig, so das OLG Frankfurt am Main in einer Entscheidung von Anfang März (AZ: 6U264/10), in einem Zahnkosmetikstudio Zahnreinigungen im AirFlow-Verfahren noch das Bleichen von Zähnen (Bleaching) durchführen. Bleaching wird im Zahnkosmetikstudio beschränkt auf Bleichprodukte, deren

Das OLG bestätigt nun die bereits von der ZÄK Hessen in einer Klage gegen das Zahnkosmetikstudio erklärte Auffassung, dass die Durchführung von Zahnreinigungen sowie das Bleichen von Zähnen eine zahnärztliche Behandlungsleistung im Sinne des Paragraphen 1, Absatz 3 des Gesetzes zur Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG) darstellen.

In der Instanz Landesgericht hatte das Gericht das Kammerklagebegehren abgelehnt. Dass das OLG durch seine Entscheidung nunmehr den vom Gesetzgeber mit dem Approbationsvorbehalt des Paragraphen 1 ZHG bezweckten Gesundheitsschutz des Patienten gestärkt hat, freut die Kammer. „Auch beim Bleaching und der professionellen Zahnreinigung können Gesundheitsgefahren für den Patienten entstehen, die sich nur durch den approbierten Zahnarzt beherrschen lassen. Deshalb dürfen solche Leistungen zwar selbstverständlich durch qualifiziertes Fachpersonal erbracht werden, dies aber nur unter Delegation und Aufsicht des Zahnarztes“, so der Präsident der Landes Zahnärztekammer Hessen, Dr. Michael Frank. Die Revision zum Bundesgerichtshof (BGH) wurde nicht zugelassen. ◀

Dental-Qualität – made in Germany

Original-Ersatzteile bieten Sicherheit für die Praxis.

■ Mit einem Gemeinschaftsprojekt wollen die Dentalhersteller Dürr Dental, KaVo, Sirona und ULTRADENT, Mitglieder im VDDI (Verband der Deutschen Dental-Industrie e.V.), auf die sicherheitsrelevanten Aspekte beim Einsatz von nicht-Original-Ersatzteilen in der zahnärztlichen Praxis hinweisen.

Höchste Qualitätsstandards

Eine Reparatur unter Verwendung von Nicht-Original-Ersatzteilen stellt eine Produktmodifikation dar und

Sicherheit und Qualität bieten die genannten Hersteller erstens beim Kauf und zweitens auch bei der Reparatur mit Original-Ersatzteilen an. Für diesen hohen Qualitätsstandard investieren die Dentalunternehmen erheblich in die Ersatzteilproduktion und das Qualitätsmanagement. Original-Ersatzteile unterliegen strengsten Qualitätskontrollen und sind exakt auf die Produkte der Hersteller abgestimmt. Durch die exakte Passgenauigkeit der Teile wird die Lebensdauer der Produkte erhöht und Schäden an Geräten oder Instrumenten vermieden. ◀



Reparatur oder Neuananschaffung? Diese Frage kommt früher oder später auf jeden Zahnarzt zu. Bei hochwertigen Produkten bietet die Reparatur häufig eine sinnvolle Alternative. Aber auch hier ist auf höchste Qualität zu achten, um sicherzustellen, dass alle vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Anforderungen erfüllt sind und ein sicherer Einsatz der reparierten Produkte für Patienten, Behandler und Helferinnen gewährleistet ist.

kann dazu führen, dass ein Produkt trotz ursprünglicher CE-Kennzeichnung nicht mehr die gesetzlichen Sicherheitsanforderungen erfüllt. Gleichzeitig erlöschen dadurch sämtliche Gewährleistungs- und Haftungsansprüche gegenüber den Herstellern.

ULTRADENT Dental-Medizinische Geräte GmbH & Co. KG
85649 Brunnthal
Tel.: 089 420992-70, Fax 089 420992-50
info@ultradent.de, www.ultradent.de

Starke Wachstumsimpulse im Dentalsektor

Studie zu Wachstums- und Beschäftigungseffekten bis 2030.

■ BERLIN - Etwa 76.000 neue Arbeitsplätze sollen bis zum Jahr 2030 in Zahnarztpraxen, Dentalaboren und durch den Vertrieb von Dentalprodukten im Einzelhandel entstehen. Zu dieser Einschätzung kommen das Darmstädter WifOR-Institut und das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in einer kürzlich veröffentlichten Studie.

Der Untersuchung zufolge werden die stärksten Wachstumsimpulse im Dentalsektor aus der vorsorgeorientierten Nachfrage im „Zweiten Gesundheitsmarkt“ entstehen. „... Die demografische Entwicklung wird aller Voraussicht nach für weitere Beschäftigungsimpulse sorgen. (...) Um die Mundgesundheit und die damit zusammenhängende Allgemeingesundheit

bis ins hohe Lebensalter zu erhalten, bedarf es intensiver zahnmedizinischer Betreuung, innovativer Versorgungsstrukturen und Therapien sowie der technischen Weiterentwicklung von Medizinprodukten“, so Vizepräsident der Bundes Zahnärztekammer, Prof. Dr. Christoph Benz. ◀

Quelle: KZBV; BZÄK

ZWP Designpreis 2012

Die schönste Zahnarztpraxis gewinnt!



■ Form, Funktionalität und Wohlfühlambiente – so lauten auch in diesem Jahr die Kriterien bei der Verleihung des Titels „Deutschlands schönste Zahnarztpraxis“. Damit will die etablierte Publikation *Zahnarzt Praxis Wirtschaft (ZWP)* dem zunehmenden Trend gerecht werden, eine Zahnarztpraxis nicht nur funktionell und technisch auf den neuesten Stand zu bringen, sondern sich im täglichen Wettbewerb auch durch besondere Raum- und Designlösungen abzuheben.

preis beworben. Die Jury wird aus der ZWP-Redaktion und den Architekten der pmhLE bestehen.



In den Bewerbungsunterlagen sollten die Eckdaten der Praxis, Angaben zum Architekten, zur Praxisphilosophie, ein Grundriss der Praxis sowie die freigegebenen Bilder als Ausdruck und in digitaler Form enthalten sein. Professionelle Aufnahmen vom Fotografen werden dabei empfohlen.

Bewerbungsschluss: 1. Juli 2012. ◀

In den vergangenen zehn Jahren haben sich Hunderte Praxisinhaber und Architekten aus Deutschland und mehreren deutschsprachigen Ländern am Wettbewerb um den inzwischen etablierten ZWP Design-

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-120, Fax: 0341 48474-290
zwp-redaktion@oemus-media.de
www.designpreis.org

DGP unterstützt Wissenschaft und Forschung

Fördergelder für internationale wissenschaftliche Arbeiten vergeben.

■ Die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V. (DGP) hat im vergangenen Jahr über 100.000 Euro Forschungsgelder und Preise vergeben. Diese sollen deutsche und internationale wissenschaftliche Arbeiten im Bereich der Parodontologie und Implantattherapie unterstützen und den Kontakt zwischen der Zahnärzteschaft aus der Praxis und der Forschung herstellen.

sen besonderen Wert auf eine ausgewogene Mischung aus Grundlagenforschung und klinischen Studien.



„Die Bekämpfung der Volkskrankheit Parodontitis braucht viel Unterstützung. Parodontale Therapie kann Zähne erhalten“, so der Präsident der DGP, Prof. Dr. Peter Eickholz. Ohne die Unterstützung der Industrie wäre es für die Fachgesellschaft nicht möglich, diese Preise auszuloben. Die DGP ist stolz darauf, einige ihrer Preise bzw. Fördergelder auch international auszuschreiben. Sie legt bei den Prei-

Dr. Peter Eickholz freut sich über die weiträumige Förderung: „Damit leistet die DGP einen substanziellen Beitrag zur Förderung der Forschung in Deutschland und Europa und verschafft den Wissenschaftlern und ihren Erkenntnissen mehr Öffentlichkeit.“ ◀

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V.

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



4. Mai 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



DGZI
Deutsche Gesellschaft für
Zahnärztliche Implantologie e.V.

Welche Form der Berufsausübung ist die Richtige für mich?

BdZA unterstützt junge Zahnmediziner künftig noch stärker bei der Entscheidungsfindung. Ein Beitrag von Jan-Philipp Schmidt.

■ In den vergangenen zehn Jahren entwickelte sich die Zahl der zahnmedizinischen Existenzgründungen rückläufig. 2010 entschieden sich 1.326 Kolleginnen und Kollegen für die Selbstständigkeit – im gleichen Jahr betrug das Finanzierungsvolumen einer Einzelpraxisübernahme in den alten Bundesländern durchschnittlich ca. 300.000 Euro – für eine Neugründung mussten sogar etwa 400.000 Euro aufgewendet werden. Viele junge Zahnmediziner scheuen dieses Risiko oder möchten es zumindest ungern alleine eingehen: So stieg zwischen 2001 und 2010 der Anteil der Existenzgründungen in Berufsausübungsgemeinschaften in den neuen Bundesländern von 9 auf 22 % und in den alten Bundesländern durchschnittlich von 20 auf 33 %. Bei den jüngeren Zahnärztinnen und Zahnärzten (bis 30 Jahre) lag der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaft sogar mit 41 % noch höher.

Der richtigen Standortwahl kommt beim Weg in die Selbstständigkeit eben-



Foto: Deltadent

falls eine große Bedeutung zu. Die Entscheidung für eine bestimmte Niederlassungsform wird u.a. auch durch die Bevölkerungsdichte im regionalen Einzugsbereich bzw. die Zahnärztdichte sowie die vorhandenen Möglichkeiten einer Übernahme beeinflusst. Differen-

ziert man die Praxisformen im Hinblick auf die relativen Häufigkeiten der Praxislage, so zeigt sich eine Bevorzugung der Einzelpraxisneugründung in der Kleinstadt. In den alten Bundesländern verteilen sich die Präferenzen auf Großstadt (24 %), Mittelstadt (20 %), Klein-

stadt (33 %) und Land (23 %) relativ gleichmäßig, in den neuen Bundesländern hingegen nur 7 % der zahnärztlichen Existenzgründungen in der Großstadt getätigt, 34 % in der Mittelstadt, 33 % in der Kleinstadt und 27 % auf dem Land. (Quelle: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2010, InvestMonitor Zahnarztpraxis, IDZ und apoBank.)

Da in den Jahren 2009 und 2010 durch zahnmedizinische Existenzgründer Gesamtinvestitionen in Höhe von schätzungsweise knapp einer Milliarde Euro getätigt wurden, ist es verständlich, dass diese Zielgruppe im Fokus von Dentaldepots, Industrieunternehmen, Banken und Finanzdienstleistern steht und hart umworben wird. Eine unabhängige Beratung ist hierbei jedoch leider nicht immer gegeben.

Der Bundesverband der zahnmedizinischen Alumni in Deutschland

ist mit diesen Problemen seit seiner Gründung regelmäßig konfrontiert und arbeitet im Dialog mit der Bundeszahnärztekammer und vielen engagierten Partnern an systematischen Lösungen.

Das Projekt Berufskunde2020 und die qualitätsgesicherte Praxisbörse DentalSnoop.de sind hierbei bereits gute Ansätze – zukünftig will der Verband junge Kollegen jedoch noch frühzeitiger unterstützen und nachhaltig bei der Entscheidungsfindung behilflich sein.

Gemeinsam mit Psychologen und Niederlassungsexperten möchte der BdZA Online-Tools zur Selbstanalyse entwickeln: Angestellt oder selbstständig? Einzelpraxis oder Gemeinschaft? Welche Fachrichtung könnte mein Schwerpunkt werden? Nicht jeder kann diese Fragen aus dem Stegreif beantworten und die richtige Selbsteinschätzung braucht gutes Coaching.

Um jungen Kollegen einen ersten Überblick der Möglichkeiten zu geben, stellen BdZA und Bundeszahnärztekammer allen Interessierten unter www.dents.de/wissen/berufsfindung die aktuelle Broschüre „Formen zahnärztlicher Berufsausübung“ kostenfrei zum Download bereit. Dieses unabhängige Kompendium liefert notwendiges Basiswissen und vermittelt sinnvolle Ratschläge auf dem Weg zur Freiberuflichkeit als Zahnmediziner. ◀



Jan-Philipp Schmidt
Vorsitzender des BdZA
mail@bdza.de
www.bdza.de
www.dents.de

Bundeszahnärztekammer ist kritisch

Zahnarztbewertungsportale bieten kaum Hilfestellung.

■ Online-Bewertungen von Medizinern nehmen an Bedeutung zu, heute wurde der Start eines weiteren Zahnarztbewertungsportals vorgestellt. Die Bundeszahnärztekammer und das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) haben deshalb bereits 2011 in Zusammenarbeit mit den Ärzten Qualitätskriterien für Bewertungsportale definiert.

„Mit wenigen Ausnahmen sind Bewertungsportale kaum in der Lage, Patienten Hilfestellung bei der Suche nach einer guten Praxis oder Klinik zu geben. Häufig stehen kommerzielle Interessen der Betreiber im Vordergrund“, so der Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer Prof. Dr. Dietmar Oesterreich. „Die quantitative Grundlage der Bewertungen ist oftmals zu gering, eher subjektive Faktoren denn harte Fakten fließen in die Bewertung ein.“

Heute steht oft die Frage: Wie finde ich ein verlässliches Portal? Wichtig ist es deshalb, allgemeingültige Qualitätsstandards für die Online-Bewertung zu nutzen. Das Einhalten dieser Standards soll für den Patienten die Verlässlichkeit der angebotenen Information gewährleisten. ◀

Quelle: www.bzaek.de



Foto: raz studio

ANZEIGE

Global Standard

... steht für eine qualitativ hochwertige Zahntechnik, produziert wird der Zahnersatz in Partnerlaboren auf der ganzen Welt. Im Mittelpunkt stehen Dentallabore, die ein zertifiziertes Qualitätsmanagement vorweisen können und wo in der Regel ein deutscher Zahntechnikermeister vor Ort ist.

Preiswerter Zahnersatz.
Made on Earth.

www.whitedental.de

Free call: 0800 1234012

white
dental solutions



Global Standard



Emirates Classic



German Premium



SWISS INNOVATION APPLIED TO BEAUTY



LABORATORIES
TEOXANE
GENEVA

TIME TO KISS



TEOSYAL® **KISS** &
TEOSYAL® **KISS** PureSense (mit 0,3% Lidocain)

- ● ● Konzentration: 25 mg/g
- ● ● Nadel: 27G 1/2
- ● ● Spritzen pro Box: 2 x 1 ml
- ● ● Indikationen: Lippenkontur, Lippenvolumen, Mundwinkel

***Bei Bestellungen bis zum 21. Juli 2012 erhalten Sie pro bestellte Box 10% Rabatt, sowie die passende Kanüle gratis! Weitere Rabatte auf Nachfrage.**

Qualität als Grundlage des Langzeiterfolges

Der 42. Internationale Jahreskongress der DGZI findet am 5. und 6. Oktober 2012 im Hotel Grand Elysee, Hamburg, statt. Thema: „Qualitätsorientierte Implantologie – Wege zum Langzeiterfolg“.



Die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V. (DGZI) veranstaltet ihren 42. Internationalen Jahreskongress in der Hansestadt Hamburg. Erwartet werden bis zu 500 Teilnehmer und mehr als 60 Aussteller. Der Kongress wird mindestens genauso stark aufgestellt sein wie die erfolgreichen DGZI-Kongresse der letzten Jahre.

Wie der DGZI-Präsident Prof. Dr. Dr. Frank Palm und der Wissenschaftliche Leiter des diesjährigen Kongresses, Dr. Roland Hille, betonen, ist es auch in diesem Jahr Anliegen der DGZI, die Kollegen mit aktuellen Fachinformationen und praxistauglichen Tipps rund um

die Implantologie zu begeistern. Renommierte Referenten aus dem In- und Ausland werden im Rahmen eines sehr vielschichtigen wissenschaftlichen Programms die aktuellen Trends und nahezu die gesamte Bandbreite der modernen Implantologie präsentieren. Dabei bleibt sich die DGZI als älteste europäische implantologische Fachgesellschaft in ihrem Bestreben treu, auch immer wieder mit neuen Referen-

ten zu überraschen und so jeweils die „Besten“ für die jeweilige Thematik zu gewinnen.

Von der Theorie zur Praxis

Praktisch wird es gleich zu Beginn des Kongresses mit einer großen Auswahl an Workshops und Hands-on-Kursen. Die Teilnehmer können sich hier im Detail mit den aktuellsten Entwicklungen bei Implantaten, Knochensatzmaterialien und Membranen sowie Diagnostik, Navigation und CAD/CAM-Technologie vertraut machen. Der kollegiale Austausch, verbunden mit dem einen oder anderen Tipp, ist hier besonders wichtig. Der durch die zahlreichen Aussteller gegebene direkte Kontakt zur Industrie ermöglicht zudem, sich vor Ort über Produkte und deren Anwendung zu informieren.

Neben dem Programm für Zahnärzte gibt es ein komplettes Begleitprogramm für die implantologische Assistenz. Hier stehen u.a. Themen wie Karies- und Parodontitisprophylaxe, Patientenkommunikation sowie Praxishygiene und Qualitätsmanagement auf der Tagesordnung. ◀◀

Referenten Mainpodium:

- Prof. Dr. Herbert Deppe/Deutschland
- Prof. Dr. Werner Götz/Deutschland
- Prof. Dr. Dr. Kai-Olaf Henkel/Deutschland
- Prof. Dr. Dr. George Khoury/Deutschland
- Prof. Dr. Dr. Albert Mehl/Schweiz
- Prof. Dr. Andrea Mombelli/Schweiz
- Prof. Dr. Dr. Frank Palm/Deutschland
- Prof. Dr. Peter Rammelsberg/Deutschland
- Prof. Dr. Anton Sculean/Deutschland
- Prof. Dr. Dr. Jörg R. Strub/Deutschland
- Prof. Hans-Peter Weber/USA
- Prof. Dr. Thomas Weischer/Deutschland
- Dr. Daniel Ferrari, M.Sc./Deutschland

Referenten Internationales Podium:

- Prof. Dr. Suheil Boutros/USA
- Dr. Tomohiro Ezaki/Japan
- Prof. Dr. Shoji Hayashi/Japan
- Dr. Sami Jade/Libanon
- Mohamed Moataz M. Khamis B.D.S., M.S., Ph.D./Ägypten
- Dr. Ramy Fahmy Rezkallah/Ägypten
- Dr. Rolf Vollmer/Deutschland
- Dr. Osamu Yamashita/Japan

Referenten Podium Prothetik:

- Priv.-Doz. Dr. Andreas Bindl/Schweiz
- ZTM Andreas Kunz/Deutschland
- ZTM Tom Lassen/Deutschland
- ZTM Christian Müller/Deutschland
- Prof. Dr. Peter Rammelsberg/Deutschland

Referenten Corporate Podium:

- Dr. Henrik-Christian Hollay/Deutschland
- Dr. Frank G. Mathers/Deutschland
- Dr. Volker Rabald, M.Sc./Deutschland
- Prof. Dr. Uwe Rother/Deutschland

SCAN MICH

Anmeldung „Jahreskongress der DGZI 2012“

Video „Jahreskongress der DGZI 2011“

QR-Code einfach mit dem Smartphone scannen (z.B. mithilfe des Readers i-nigma)

Endodontie auf dem neuesten Stand

MICRO-MEGA bietet Workshops für Aufbereitung oder Revision mit rotierenden Nickel-Titan-Instrumenten.

Auch im Jahr 2012 wird MICRO-MEGA – wie im Vorjahr – Workshops über die endodontische Behandlung unter Verwendung rotierender NiTi-Instrumente durchführen. In 2011 waren die Kurse teilweise überbucht, teilweise wurde von den Teilnehmern der Wunsch geäußert, in speziellen Workshops auch die Revision zu berücksichtigen. Hierauf hat MICRO-MEGA reagiert und die Workshops thematisch gestrafft. Somit werden nun zwei verschiedene Kurse angeboten:

„Endodontie up-(to)-date“

Das Ziel dieses Workshops ist es, die Teilnehmer in die Technik der maschinellen, rotierenden Aufbereitung mit NiTi-Instrumenten, in Theorie und praktischem Training, einzuführen.

Aktuell dazu gibt es alles Wissenswerte – für eine sichere, zeitsparende und schonende Wurzelkanalaufbereitung, -Desinfektion, -Behandlung und -Füllung.

Das Highlight des Workshops wird die Vorstellung des bewährten Revo-S®-Systems und ggfs.

weiterer Neueinführungen sowie das Training einer reproduzierbaren Behandlungssystematik auch für Praxen, die nicht so häufige endodontische Behandlungen durchführen, sein.

„Revision up-(to)-date“

In diesem Workshop werden die Teilnehmer in die Technik der Endodontie und der endodontischen Revision mit rotierenden NiTi-Instrumenten eingeführt. Zudem gibt der Kurs einen kurzen Einblick in die Aufbereitung mit Revo-S® und stellt neue Instrumente und Materialien vor.

Die erfolgreiche Teilnahme an den Kursen wird jeweils mit einem Zertifikat bescheinigt. Es können jeweils vier Fortbildungspunkte in Ansatz gebracht werden. ◀◀

SCAN MICH

Video „Revo-S® Revolution“

QR-Code einfach mit dem Smartphone scannen (z.B. mithilfe des Readers i-nigma)

Kurse 2012

- 18. April – Düsseldorf, „Endodontie up-(to)-date“, Priv.-Doz. Dr. Christian Gernhard, Halle
- 12. Mai – Frankfurt am Main, „Endodontie up-(to)-date“, ganztägig, Dr. Christine Berthold, Erlangen
- 31. Mai – Warnemünde, Ostseekongress, 5. Norddeutsche Implantologietage (1./2. Juni 2012), „Endodontie up-(to)-date“, Priv.-Doz. Dr. Christian Gernhard, Halle (Saale)
- 1./2. Juni – Hamburg, 2. Kongress „Dentalnetzwerk Praxisleben“, „Endodontie up-(to)-date“, jeweils ganztägig, Dr. Christine Berthold, Erlangen
- 9. Juni – Dresden, „Endodontie up-(to)-date“, ganztägig, Dr. Christine Berthold, Erlangen, kann auch als Doppelveranstaltung mit „RKI – Richtlinien, das ultimative Update“ (8. Juni) gebucht werden
- 13. Juni – Köln, „Was bei einer Endo so alles passieren kann“, Prof. Michael Baumann, Köln
- 15. Juni – Berlin, „Endodontie up-(to)-date“, Priv.-Doz. Dr. Christian Gernhard, Halle (Saale)
- 16. Juni – Berlin, „Revision up-(to)-date“, Prof. Dr. Thomas Wrbas, Freiburg im Breisgau
- 18. Juli – Stuttgart, „Endodontie up-(to)-date“, Prof. Dr. Thomas Wrbas, Freiburg im Breisgau
- 24. Oktober – Dortmund, „Endodontie up-(to)-date“, Priv.-Doz. Dr. Christian Gernhard, Halle
- 28. November – Karlsruhe, „Revision up-(to)-date“, Prof. Dr. Thomas Wrbas, Freiburg im Breisgau
- 15. Dezember – Freiburg im Breisgau, „Endodontie up-(to)-date“, Prof. Dr. Thomas Wrbas, Freiburg im Breisgau

MICRO-MEGA

Wangener Str. 78, 88299 Leutkirch
Tel.: 07561 98343-623
Fax: 07561 98343-615
Mobil: 0160 97364634
stephan.gruner@micro-mega.com
www.micro-mega.com

Weniger Zeitaufwand & mehr Ästhetik

Die pritidenta® GmbH stellte in einem Workshop ein innovatives digitales Fertigungskonzept vor.

„Wenn wir einen hohen Planungsaufwand fahren, dann wollen wir auch die Vorhersagbarkeit eines ästhetisch anspruchsvollen Resultats erhöhen“, Andreas Nitschke, Geschäftsführer pritidenta® GmbH, brachte den Wunsch zahlreicher Zahntechniker während eines Workshops auf den Punkt. Das Unternehmen hat mit dem priti®process ein vollkommen digitales Fertigungskonzept entwickelt, das diesen Wunsch erfüllt. Der Workshop fand im Rahmen der Tagung „Dentale Digitale Technologien“ am 3. und 4. Februar 2012 in Hagen statt.

priti®crown

Brauchen wir überhaupt eine vorgefertigte Standardkrone wie die priti®crown? Für ZTM German Bär, St. Augustin, macht diese Entwicklung durchaus Sinn. Überzeugend präsentierte er, wie er aus den vollkeramischen Kronenrohlingen in wesentlich kürzerer Zeit als bisher hochästhetische Kronen gestalten kann. „An der fertigen Krone ist nicht zu erkennen, dass sie nicht geschichtet ist“, so Bär. Das liegt daran, dass das Material des Kronenrohlings (VITA Mark II) bereits mehrfach

geschichtet ist und einen natürlichen Dentin/Schneide-Farbverlauf mitbringt.

priti®mirror

ZTM Ralph Riquier, Remchingen, gab den Workshopteilnehmern den Ausblick auf den nächsten Schritt in der Di-

Lippenschluss und das Lächeln des Patienten“, so Riquier. Interessant ist für ihn vor allem der Aspekt, dass die Daten aus der Designsoftware in den Gesichtsscan integriert werden können.

Die beiden Referenten sehen in diesem Fertigungskonzept die Chance, noch



Abbildung links: ZTM Ralph Riquier und ZTM German Bär haben bereits erste Erfahrungen mit dem priti®process und der priti®crown gemacht. – Abbildung rechts: Andreas Nitschke, Geschäftsführer pritidenta, verdeutlichte, dass es beim priti®process darum geht, den digitalen Workflow zu komplettieren.

gitalisierung des priti®process: Die Planung und das Designen der priti®crown an einem dreidimensionalen Gesichtsscan des Patienten. Möglich macht das in wenigen Monaten der priti®mirror. Dieser gibt das Hautbild und auch die Mimik des Patienten naturgetreu wieder. „Mit den dreidimensionalen Gesichtsaufnahmen arbeiten wir wieder wie früher – mit den wichtigen Aspekten wie dem

einfacher, kostengünstiger und vorher-sagbarer ästhetisch hochwertige Kronen zu fertigen. ◀◀

pritidenta® GmbH

Meisenweg 37
70771 Leinfelden-Echterdingen
Tel.: 0711 32065612, Fax: 0711 32065699
info@pritidenta.com, www.pritidenta.com

OEMUS MEDIA AG

Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308, Fax: 0341 48474-390
event@oemus-media.de
www.oemus.com

Niederlassung leicht gemacht

Ab sofort bereichert ein neues eBook zur Praxisgründung die eBook-Library auf www.zwp-online.info.



xiskonzepte und mögliche Risiken einer Neugründung werden vom Autor hinreichend beleuchtet und diskutiert.

■ Aller Anfang ist schwer - auch die Selbstständigkeit stellt Praxisgründer immer wieder vor große Herausforderungen. Wie sind die Voraussetzungen und Bedingungen für die Gründung einer Zahnarztpraxis? Welche rechtlichen und betriebswirtschaftlichen Aspekte müssen berücksichtigt werden?

Einen sehr guten Wegweiser hin zur eigenen Praxis stellt das neue eBook „Praxisgründung“ dar. Der renommierte Steuerberater und vereidigte Buchprüfer Prof. Dr. Johannes Georg Bischoff gibt in der aktuellen Artikelsammlung hilfreiche Tipps rund um die Praxisniederlassung, Rechtsformen, Steuervorteile, Pra-

Wie gewohnt kann das eBook mit einem Klick überall auf der Welt und zu jeder Zeit gelesen werden. Das Original-Layout der renommierten ZWP Zahnarzt Wirtschaft Praxis sowie eine realistische Blätterfunktion sorgen dabei für ein natürliches Leseverhalten. Benötigt werden lediglich ein Internetanschluss und ein aktueller Browser. ◀◀

OEMUS MEDIA AG
 Holbeinstraße 29
 04229 Leipzig
 Tel.: 0341 48474-308, Fax: 0341 48474-290
kontakt@oemus-media.de
www.oemus.com

Schnell desinfizieren

oneway® orange: Hohe Materialverträglichkeit und einmalige Optik.

■ Und wieder einmal stellt oneway® ein innovatives Produkt vor: Die oneway® orange Schnelldesinfektion. Sie dient als alkohol- und aldehydfreie Gebrauchslösung für Flächen, empfindliche Oberflächen sowie für Materialien aus Kunststoff, Acrylglas oder Kunstleder (Behandlungseinheiten).



Webseite „Dr. Ihde Dental GmbH“
 QR-Code einfach mit dem Smartphone scannen (z.B. mithilfe des Readers i-nigma)

Die Schnelldesinfektion hat eine schnelle Einwirkzeit, hervorragende Materialverträglichkeit und einen angenehmen Duft. Einmalig ist die Optik: der oneway® orange Kanister ist transparent. Somit haben Anwender den Durchblick auf Menge und Inhalt, was das Nachstellen erheblich erleichtern wird. ◀◀

Dr. Ihde Dental GmbH
 Erfurter Straße 19
 85386 Eching/München
 Tel.: 089 319761-0, Fax: 089 319761-33
info@ihde-dental.de
www.ihde-dental.de

* Die oneway® orange Schnelldesinfektion - alkoholfrei - im 10-Liter-Kanister.

Günstige Konditionen für Zahnersatz: Gemeinsam stark für Versicherte

HypoVereinsbank BKK und dentaltrade kooperieren.

■ Seit März 2012 arbeitet dentaltrade, einer der drei führenden Hersteller von Zahnersatz aus internationaler Produktion, mit der HypoVereinsbank BKK (HVB BKK) zusammen. Durch die Kooperation im dentalen Kompetenzverbund netzwerk zahn® profitieren die über 38.000 Versicherten der HVB BKK von einem erweiterten Angebot für hochwertigen Zahnersatz aus dem Hause dentaltrade. Das Bremer Unternehmen produziert im eigenen TÜV-zertifizierten Meisterlabor in China und gibt Preisvorteile von bis zu 85 Prozent direkt an Patienten weiter. Als besonderen Service erhalten Versicherte der HVB BKK nochmals eine Vergünstigung von fünf Prozent auf Zahnersatz - und das Beste:



* Dr. Olaf Perleberg, dentaltrade Geschäftsführer.

Die Behandlung kann gerne wie gewohnt beim eigenen Hauszahnarzt vorgenommen werden.

Preis-Leistung „sehr gut“

„Ob Kronen, Brücken oder Implantatversorgungen - Versicherten der HVB BKK bieten wir günstige Konditionen für Qualitätszahnersatz. Da

wir bundesweit mit rund 4.000 Zahnärzten zusammenarbeiten, können wir eine flächendeckende Versorgung gewährleisten“, erklärt Dr. Olaf Perleberg, Geschäftsführer der Firma dentaltrade.

Dass der Preis, die Qualität und der Service bei dentaltrade stimmen, hat jüngst ebenfalls der TÜV Saarland bestätigt - dentaltrade wurde mit dem Gütesiegel TÜV Service tested und der Note 1,6 ausgezeichnet,

in puncto Preis/Leistung sogar mit der Bewertung „sehr gut“ (1,33). ◀◀

dentaltrade GmbH & Co. KG

Grazer Str. 8, 28359 Bremen
 Tel.: 0421 247147-0
 Fax: 0421 247147-9
service@dentaltrade.de, www.dentaltrade.de



ANZEIGE

3 Tage Mittelpunkt für Dentalprofis!

DENTAL 2012

Jetzt Tickets bestellen: www.dental2012.ch

BERN JUNI 14 | 15 | 16

Freitag, 15. Juni 2012: Eat'n'Greet und Dental Club Night im Kornhauskeller. Tickets gleich mitbestellen - es hüt nur so lang's het!

sticky granules
bionic

Neu

easy-graft®CRYSTAL 250

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

«the swiss jewel...»



synthetic bone graft solutions - Swiss made

easy-graft®
CRYSTAL

Genial einfach das easy-graft®CRYSTAL Handling!

Soft aus der Spritze • direkt in den Defekt • die gewünschte Form modellieren
• härtet in Minuten zum stabilen Formkörper aus • stützt mobilisierte Knochenlamellen • in der Regel keine Membran notwendig!

Genial innovativ!

Die synthetische Alternative *easy-graft®CRYSTAL*, mit der biphasischen Biomaterial-Formel (60% HA / 40% β -TCP). Das Hydroxylapatit beschleunigt die Osteokonduktion und sorgt für eine nachhaltige Volumenstabilität. Der β -TCP-Anteil löst sich und bewirkt eine optimale Porosität und Osteointegration.

SUNSTAR
GUIDOR®

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

Vertrieb Deutschland
direkt durch die Herstellerin:

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

Distributionspartner:

Nemris GmbH & Co. KG
Telefon 09947 90 418 0
www.nemris.de