

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Austrian Edition

No. 4/2012 · 9. Jahrgang · Wien, 4. April 2012 · 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 6f.



Erfolgreicher Umzug

Im neuen Firmengebäude von CATTANI Deutschland GmbH & Co. KG ist viel Platz für neue Ideen. Die Redaktion war vor Ort, um die Impressionen auf sich wirken zu lassen. ▶ Seite 10



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 11

ANZEIGE

HCH Tiefenfluorid®
Zwei Schritte zum Erfolg

- sichere Kariesprophylaxe durch Depot-Effekt
- Langzeit-Remineralisation auch an schwer erreichbaren Stellen
- White Spots verschwinden
- zur mineralischen Fissurenversiegelung* * ZH 18.1-2/99

siehe auch S. 14

HUMANCHEMIE
Kompetenz in Forschung und Praxis

Humanchemie GmbH
Hinter dem Krug 5 • D-31061 Alfeld/Leine
Telefon +49 (0) 51 81 - 2 46 33
Telefax +49 (0) 51 81 - 8 12 26
www.humanchemie.de
eMail info@humanchemie.de

Prothesen direkt vom Zahntechnikermeister?

Zahntechniker dürfen unter Aufsicht des Zahnarztes bestimmte prothetische Leistungen am Patienten erbringen.

BONN/KREMS (jp) – Mit einer neuen gesetzlichen Verordnung wird Zahntechnikermeistern nun der Weg geöffnet, unter Delegation und Aufsicht des Zahnarztes für die Herstellung von Prothesen aktiv im Mund des Patienten behandelnd tätig werden zu können. Seit Jahren forderten die Vertreter der Österreichischen Zahntechnik-Innungen, dass Zahntechnikmeister, so wie z.B. in Belgien oder Holland, beim Patienten als „Prothetiker“ selbstständig tätig werden können. Sie wollten wie diese im Labor oder in einer eigenen Praxis wie die sogenannten „belgischen Prothetiker“ bei Patienten Abdrücke nehmen, Unterfütterungen und Reparaturen leisten und alleine – ohne Zahnarzt – auch Vollprothesen eingliedern können. In Österreichs Politik hatten die Zahntechnik-Organisationen dafür trotz schärfster Widerstände aus der Zahnärzteschaft-Führung teilweise Gehör gefunden und waren kurz vor einer Durchsetzung ihrer Ziele im Rahmen einer Novellierung der Verordnung des Berufsbildes des Zahntechnikermeisters.



In der Zahnärzteschaft-Führung sah man aufgrund der massiven politischen Vorstellungen keine Chance, die Wünsche des Zahntechniker-Handwerks rundweg zu verhindern und verlegte sich auf die Abwehrstrategie eines Kompromisses. Da es aus Erfahrungen in vielen Praxen Usus ist,

dass im Beisein des Zahnarztes in der Prothetik Zahntechniker im Mund des Patienten aktiv werden, sollte dies mit der Verordnung auch rechtlich gesichert geöffnet werden.

Die Zahntechniker sollten unter Delegation und unter Aufsicht des Zahnarztes bestimmte Leistungen im

Rahmen der Prothetik im Mund des Patienten erbringen können. So wird es nun festgeschrieben, was einige Zahnarzt-Funktionäre unter Kritik an ihrer Standesführung als ersten Schritt in die Selbstständigkeit des Zahntechnikers hin zum Prothetiker unter Umgehung des Zahnarztes sehen. **DI**

Allergien früh erkennen

Ein Blutstropfen reicht.

WIEN – Die allergische Sensibilisierung erfolgt beim Menschen gleich nach der Geburt. „Daher ist die Früherkennung ganz wichtig, damit rechtzeitig Maßnahmen eingeleitet werden können, um schwerere Krankheitsformen zu verhindern“, betont Rudolf Valenta vom Institut für Pathophysiologie und Allergieforschung. Das ist jetzt mit einem Allergen-Chip der MedUni Wien möglich, die maßgeblich an der Entwicklung dieses Chips mitgewirkt hat. Damit kann man mit nur einem Blutstropfen die Antikörperentwicklung ablesen. Das ist vor allem bei Kindern von Vorteil. Der Test mit dem Chip zeigt bereits Antikörper, wenn äußerlich noch keine Symptome erkennbar sind. Eltern und Lehrer könnten daher bereits frühzeitig darauf achten, Allergiequellen zu beseitigen.

Fluoreszierende Antikörper auf dem Chip helfen, die Antikörper im Blut sichtbar zu machen. Die leuchtenden Antikörper im Blut werden im Chip-Reader mit den Allergenen „verglichen“. Valenta: „Man sieht sofort, ob die Gefahr für eine Entwicklung einer Allergie besteht und kann präventive Maßnahmen ergreifen.“

In Österreich leidet etwa jeder Fünfte an einer Allergie. Valenta: „Es beginnt oft mit einem Heuschnupfen, führt aber sehr oft zu Asthma und kann bis hin zu Kreislaufschicks führen.“ Umso wichtiger ist die Früherkennung und entsprechende Behandlung. **DI**

Quelle: Medizinische Universität Wien

DPU würdigt „Grandseigneur“ der österreichischen Zahnmedizin

Univ.-Prof. Dr. Dr. Wolfgang Sperr wird erster Ehrensator der DPU. Von Jürgen Pischel.

KREMS – „Die Studierenden verlieren einen einzigartigen Hochschullehrer. Mit großartigem Wissen, beruflicher Erfahrung, Liebe zum Men-

Maßnahmen, um Ihren Hörsaal zu füllen und das Interesse zu wecken. Sie haben die Leitlinie der DPU – im Mittelpunkt der Student – gelebt“,

nung als erster Ehrensator der Universität an den Geehrten.

Zur Feier der Senatorwürde an Prof. Sperr hatten sich Mitte März neben der Familie des Geehrten zahlreiche Professoren der DPU, die Gründer, voran Präsidentin M. B. Wagner-Pischel, Vertreter der zahnärztlichen Körperschaften und Verbände und vor allem Studierende, auch deren Eltern, die als Zahnarzt-Studenten selbst schon bei Professor Sperr an der Universität Wien studiert hatten, eingefunden.

Die DPU verdankt Prof. Sperr vieles, so Rektor Müßig, er habe sich zur Universität bereits im Rahmen der Akkreditierung bekannt und diese unterstützt und gemeinsam mit dem DPU-Gründungsteam für deren Anerkennung gekämpft.

„Dafür schulden Ihnen alle, die heute an dieser Einrichtung arbeiten und studieren, Dank, Respekt und Anerkennung.“ Müßig in seiner Laudatio weiter: „Die Zusammenarbeit mit Ihnen war mir immer eine Freude. Sie haben den Schatz Ihrer akademisch-universitären Erfahrung in unsere Diskussionen eingebracht und Lösungen für Probleme

gefunden. Sie haben nicht sich, sondern die Sache in den Mittelpunkt gestellt, Sie wollten der Universität dienen, nicht einem persönlichen Geltungsbedürfnis. Auch nach kontroverser Diskussion haben Sie sich zuverlässig an das Vereinbarte gehalten. Hintergründiges Taktieren war Ihnen fremd.“

Besonders stolz, unter Professor Sperr noch in die Zahnheilkunde – so, wie viele ihrer Eltern auch – eingeführt worden zu sein, mit hohem Anspruch von Anfang an und mit großer Verantwortung an die Zahnmedizin heranzugehen, zeigten sich die Sprecher der DPU Fachschaft Marlene Schmidinger und Sebastian Barth.

„Als mein Vater erfuhr, dass Herr Professor Sperr mein erster Dozent an der DPU sein würde, meinte er, der Name Sperr stünde für eine grundlegende, fundierte und angenehm menschliche Ausbildung. Er selbst hatte schon vor 32 Jahren das Glück, seine Ausbildung bei Herrn Professor Sperr an der Wiener Zahnklinik machen zu dürfen“, so Marlene Schmidinger.

Fortsetzung auf Seite 2 **EL**



Univ.-Prof. Dr. Dr. W. Sperr (li.) mit seinem Nachfolger Prof. Dr. Dr. h.c. Andrej M. Kielbassa, Dekan und Direktor des Zentrums für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie an der Danube Private University (DPU).

schen, mit Achtung der Studierenden haben Sie das Fach in Würde gelehrt. Der Respekt floss Ihnen zu. Sie brauchten keine disziplinierenden

richtete der Rektor der Danube Private University, Krems, seine Würdigung der Leistungen von Univ.-Prof. Dr. Dr. Wolfgang Sperr, zur Ernen-



Freie Berufe – europaweite Liberalisierung

Jürgen Pischel spricht Klartext



Europa plant für die Freien Berufe, so auch die Zahnärzte, weitreichende Liberalisierungen in der gegenseitigen Berufsankennung, 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 Aufnahmemitgliedsstaaten werden deutlich eingeschränkt. Parallel soll die grenzüberschreitende Leistungserbringung durch sogenannte Europäische Berufsausweise erleichtert werden, die eine Genehmigungsfiktion für die Anerkennung im Aufnahmemitgliedsstaat auslösen kann. Ein Berufsangehöriger könnte damit auch ohne eine ausdrückliche Genehmigung zur Leistungserbringung berechtigt werden. Die Mitgliedsstaaten, so auch Deutschland, und die Berufsorganisationen, so Kammern, würden gezwungen, 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 Mitgliedsstaaten einige ihnen weiterhin obliegenden Tätigkeiten ausüben dürfen.

Einzelne Mitgliedsstaaten wollen noch weiter gehen. Zahlreiche Gebührenordnungen sollen abgeschafft werden. Was täten die ZÄKs ohne Überwachungsrechte für beschränkende Berufsrechtsdirigisten.

Ein „Freier Beruf“ zu sein, dieses Dogma steht bei den Körperschaften als Ziel ihrer Politik ganz oben, heißt für den Angehörigen des Standes auch „Freiheiten“ zu sichern. Dies nicht nur im medizinischen Verantwortungsbereich als Zahnarzt, sondern auch in der Organisation der eigenen Berufsausübung. So in der Frage, ob ich alleine in einer Praxis als Arzt arbeiten möchte oder einen, ja mehrere Partner aufnehmen, ob ich eine Kollegin, einen Kollegen anstellen möchte oder selbst – so zur besseren Organisation der Herausforderungen von Beruf und Familie als Zahnarzt – als Angestellter arbeiten möchte. Auch geht es um die Chancen, mit Kollegen überörtliche Partnerschaften zu gründen, mit entsprechenden Kooperationen Identitäten für die Erbringung eines besonderen Leistungskataloges schaffen zu können. Das alles und einiges mehr gibt es bei europäischen Nachbarn und die EU schafft rechtlich immer mehr Möglichkeiten einer breiten Vielfalt der Berufsausübungsorganisation. Warum nicht auch in Österreich, nach dem Motto, mehr Raum für den „freien Beruf“,

toi, toi, toi, Ihr J. Pischel

Dental Tribune Designpreis 2012

Nutzen Sie die Chance für den Titel „Österreichs schönste Ordination“! Einsendeschluss: 1. Juli 2012.

WIEN – Form, Funktionalität und Wohlfühlambiente: Das sind die Kriterien für Ordinationsinhaber und Architekten für die Verleihung des Titels „Österreichs schönste Ordination“. Dieser besondere Preis soll vergeben werden, um dem zunehmenden Trend gerecht zu werden, eine Ordination nicht nur funktionell und technisch auf den neuesten Stand zu bringen, sondern sich im täglichen Wettbewerb auch durch besondere Raum- und Designlösungen abzuheben.

In einer angenehmen Atmosphäre fühlen sich Patienten schneller wohl, haben Vertrauen und kommen gerne wieder. Auf der anderen Seite müssen durch eine logische Raumaufteilung alle notwendigen Organisationsabläufe der täglichen Ordinationsarbeit sinnvoll und effektiv

garantiert sein. Auch dem gesamten Ordinationsteam soll die Einrichtung ein angenehmes und spannendes Arbeiten erlauben. Schließlich verbringen Sie am Arbeitsplatz die meiste Zeit des Tages.

bis zum 1. Juli 2012 um den *Dental Tribune Designpreis 2012*! In Ihren Bewerbungsunterlagen sollten die Eckdaten der Ordination, Angaben zum Architekten, zur Ordinationsphilosophie, ein Grundriss der Ordination sowie die freigegebenen Bilder als Ausdruck und in digitaler Form enthalten sein. Unser Tipp: Damit Ihre moderne, ideenreiche oder außergewöhnliche Ordination optimal zur Geltung kommt, empfehlen wir Ihnen professionelle Aufnahmen vom Fotografen. Detaillierte Informationen finden Sie auf der Website www.zwp-online.info

Designpreis

Stichtag: 1. Juli 2012

Spezielle Materialien, Formen, Farben und Lichteffekte sowie ein stimmiges Ordinationsercheinungsbild – es

2012

gibt unzählige Möglichkeiten, individuelle Ideen und Konzepte zu entwickeln und umzusetzen. Wenn auch Sie Ihre Ordination von der besten Seite präsentieren wollen, nutzen Sie die Chance und bewerben Sie sich

Österreichs schönste Ordination

nation sowie die freigegebenen Bilder als Ausdruck und in digitaler Form enthalten sein. Unser Tipp: Damit Ihre moderne, ideenreiche oder außergewöhnliche Ordination optimal zur Geltung kommt, empfehlen wir Ihnen professionelle Aufnahmen vom Fotografen. Detaillierte Informationen finden Sie auf der Website www.zwp-online.info

ANZEIGE



Nie wieder Kabelsalat!

KODAK RVG 6500 Sensor jetzt mit Wi-Fi-Technologie



Weitere Infos unter:
www.carestreamdental.com
Tel. +49 (0)711 20707306

© Carestream Health, Inc., 2012.

OEMUS MEDIA AG

Redaktion Dental Tribune Austria
Stichwort: „DT Designpreis 2012“
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig, Deutschland
Tel.: +49 341 48474-133
j.enders@oemus-media.de
www.zwp-online.info

Aufwertung der Krankenkassen mit mehr Staat

Spitals- und niedergelassener Bereich sollten gemeinsam geplant und finanziert werden.

BONN/KREMS (jp) – Die Industriellenvereinigung (IV) will in einem Positionspapier zur Gesundheitsreform die Spitäler und den niedergelassenen Bereich von Ärzten und Zahnärzten gemeinsam geplant und allein von den Krankenkassen finanziert sehen.

Außerdem unterstützt man bei der Industriellenvereinigung die Forderungen von Gesundheitsminister Alois Stöger (SPÖ) nach einem bundeseinheitlichen Spitalsgesetz, was zur Folge hätte, dass die derzeit

zehn vorhandenen abgeschafft werden müssten. Die Planung im Gesundheitswesen soll länderübergreifend verbindlich nach einem „objektiv festgestellten Bedarf“ erfolgen. Das bedeutet, dass das gesamte Gesundheitswesen aus der Sozialversicherung heraus besteuert wird, dies aufgrund ihrer Finanzhoheit und die Länder im Spitalsbereich entmachtet würden.

Als Gründe für ihre Forderungen zur Gesundheitsreform nennt die Industriellenvereinigung die Kosten-

entwicklung. Österreich gab 2010 11 Prozent des Bruttoinlandsproduktes für die Gesundheit aus und damit mehr als der OECD-Schnitt (9,2 %). Dennoch liege die „gesunde Lebenserwartung“ mit 58 Jahren nur im Durchschnitt.

Insgesamt strebt die Industriellenvereinigung an, die Ausgaben im Gesundheitswesen um bis zu 2 Prozent des Bruttoinlandsproduktes zu kürzen, was Einsparungen bei den Leistungserbringern von 3,5 Mrd. EUR bedeuten würde. [DI](#)

Fortsetzung von Seite 1

Sebastian Barth zitierte einen Kommilitonen: „Wer nach der Vorlesung bei Prof. Sperr nicht wusste, wie jeder einzelne Zahn aus jeglicher Perspektive aussieht, der konnte nach der Grundschule wohl auch nicht seinen eigenen Namen buchstabieren“, und erklärte weiter, „... dass es den DPU-Studienanfängern bereits bei der ersten Professor-Sperr-Begegnung klar war, dass man mit ihm eine Ikone der Zahnmedizin an der Seite habe, die die Studierenden zielsicher und kompetent zu einer neuen Generation von Zahnmedizinern ausbilden würde.“

„Deshalb darf unsere Universität Sie nicht vollkommen verlieren“, betonte Rektor Müßig. „Wir brauchen auch in Zukunft – vielleicht mit wachsender Zahl der Mitarbeiter mehr denn je – Ihre Erfahrung, Ihren Rat und Ihre Unterstützung. Wir



Professor Sperr mit den Fachschafts- und Studiengruppensprechern Marlene Schmidinger und Sebastian Barth.

freuen uns deshalb ganz besonders, dass Sie unsere Bitte angenommen haben, Sie zum Ehrensator der DPU ernennen zu dürfen. Somit bleibt uns Ihr Beitrag erhalten und

dennoch können Sie zusammen mit Ihrer reizenden Gattin den Dingen nachgehen, die Sie beide fast ein Leben lang aus beruflichen Gründen aufgeschoben haben.“ [DI](#)

DENTAL TRIBUNE

IMPRESSUM

Verlag
Oemus Media AG, Holbeinstr. 29
04229 Leipzig, Deutschland
Tel.: +49 341 48474-0
Fax: +49 341 48474-290
kontakt@oemus-media.de
www.oemus.com

Verleger
Torsten R. Oemus

Verlagsleitung
Ingolf Döbbecke
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller

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

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

Redaktion
Marina Schreiber (ms)
m.schreiber@oemus-media.de

Korrespondent Gesundheitspolitik
Jürgen Pischel (jp)
info@dp-uni.ac.at

Projektleitung/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
Matteo Arena, Franziska Dachsel

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

Erscheinungsweise

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

Druckerei

Dierichs Druck + Media GmbH, Frankfurter Straße 168, 34121 Kassel, Deutschland

Verlags- und Urheberrecht

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



Kein Versteck mehr

... für Plaque



Die effizienten Borsten im 16° Winkel der Oral-B®
PRO-EXPERT® CrossAction® Handzahnbürste

- Dringen um bis zu 31% tiefer in den Approximalbereich ein*¹
- Entfernen bis zu 99% des Plaques im Approximalbereich[†]
- Deutliche Reduktion von Zahnfleischbluten nach nur 4 Wochen![‡]

* im Vergleich zu einer herkömmlichen Bürste mit planem Borstenfeld.
† Sharma et al., J Clin Dent 2010; accepted for publication.
‡ Data on file, P&G. © 2010 P&G

Oral-B®

PRO-EXPERT
CrossAction®

Sortimentserweiterung

NEU für Zahnarztpraxen

Oral-B® 1·2·3 Classic Care

Die perfekte Fortsetzung Ihrer Prophylaxe

Oral-B®

In Zürich entdeckt: Neues Bakterium *Streptococcus tigurinus*

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

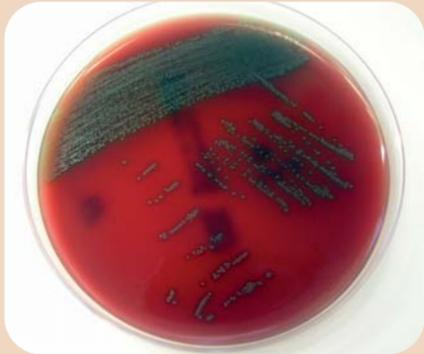
ZÜRICH – Die mikrobielle Flora im Mund besteht größtenteils aus Streptokokken. Aufgrund ihrer Morphologie lassen sich Streptokokken in verschiedene Gruppen einteilen. Den forschenden Mikrobiologen unter der Leitung von

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

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 Bakterium erkennen und somit auch weiter untersuchen können. Wie häufig *S. tigurinus* vorkommt und worauf sein pathogenes Potenzial zurückzuführen ist, wird folglich



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

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



Foto: Alexander Rath

Merkmale von den bisher bekannten vergrünenden Streptokokken unterscheiden und als neue Art beschreiben. „Tigurinus“, das Adjektiv von lateinisch „Tigurum“, ist 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

Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.“

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/ijso.038299-0

Gute Mundhygiene – was motiviert mehr?

Eine Studie über den Aufbau von Hygienefertigkeiten.

GIESSEN – Auf die Bedeutung individueller Mundhygieneinstruktionen weist eine jüngst veröffentlichte Studie aus dem Institut für Medizinische Psychologie der Justus-Liebig-Universität Gießen unter der Leitung von Frau Prof. Deinzer, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie, hin. Die Wissenschaftlerinnen hatten Studierende per Zufall vier verschiedenen Instruktionsbedingungen zugeordnet. Vor der Instruktion hatten alle Probanden eine professionelle Zahnreinigung erhalten, um gleiche Mundhygiene- und Mundgesundheitsbedingungen herzustellen. Vier Wochen nach der Instruktion wurden die Mundhygienefertigkeiten



Prof. Renate Deinzer

und die Zahnfleischgesundheit der Probanden erfasst. Die Studie zeigt, dass die Vermittlung von Hygienefertigkeiten am besten individualisiert erfolgen sollte. Weiter geht hervor, dass dieser individualisierte Zugang weniger die Fertigkeiten verbessert als das Mundhygieneverhalten selbst.

Die Hygienefertigkeiten der Probanden waren auch nach der Intervention weit von dem entfernt, was zahnärztlich erwünscht ist.

Originalliteratur: Harnacke D, Beldoch M, Bohn GH, Seghaoui O, Hegel N, Deinzer R (2012). Oral and Written Instruction of Oral Hygiene: A Randomized Trial. *J Periodontol*. 2012 Jan 20 (Epub), doi:10.1902/jop.2012.110550, PMID:22264206.

Quelle: Informationsdienst Wissenschaft (idw)

Verwandlung dentaler Stammzellen durch H₂S

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

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.

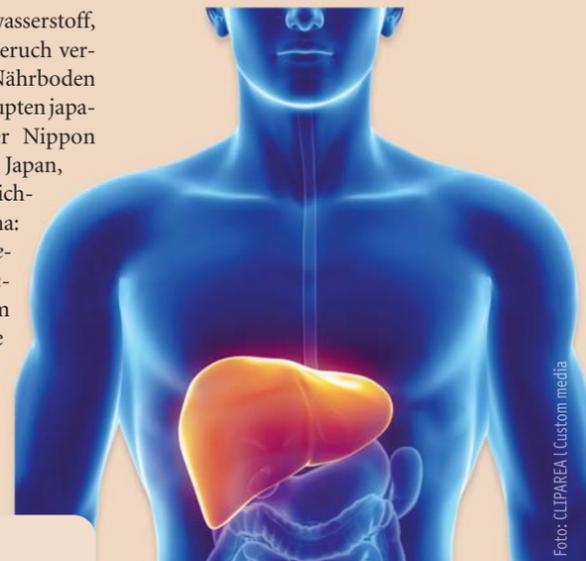
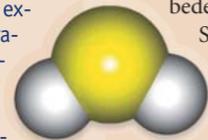


Foto: CLIPAREA | Custom media

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.



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

Die Wissenschaftler isolierten die Stammzellen aus der Zahnpulpa. Mithilfe 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“

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.

Quelle: Technische Universität Wien

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

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



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	Lebenszeiterisiko 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 Patienten

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

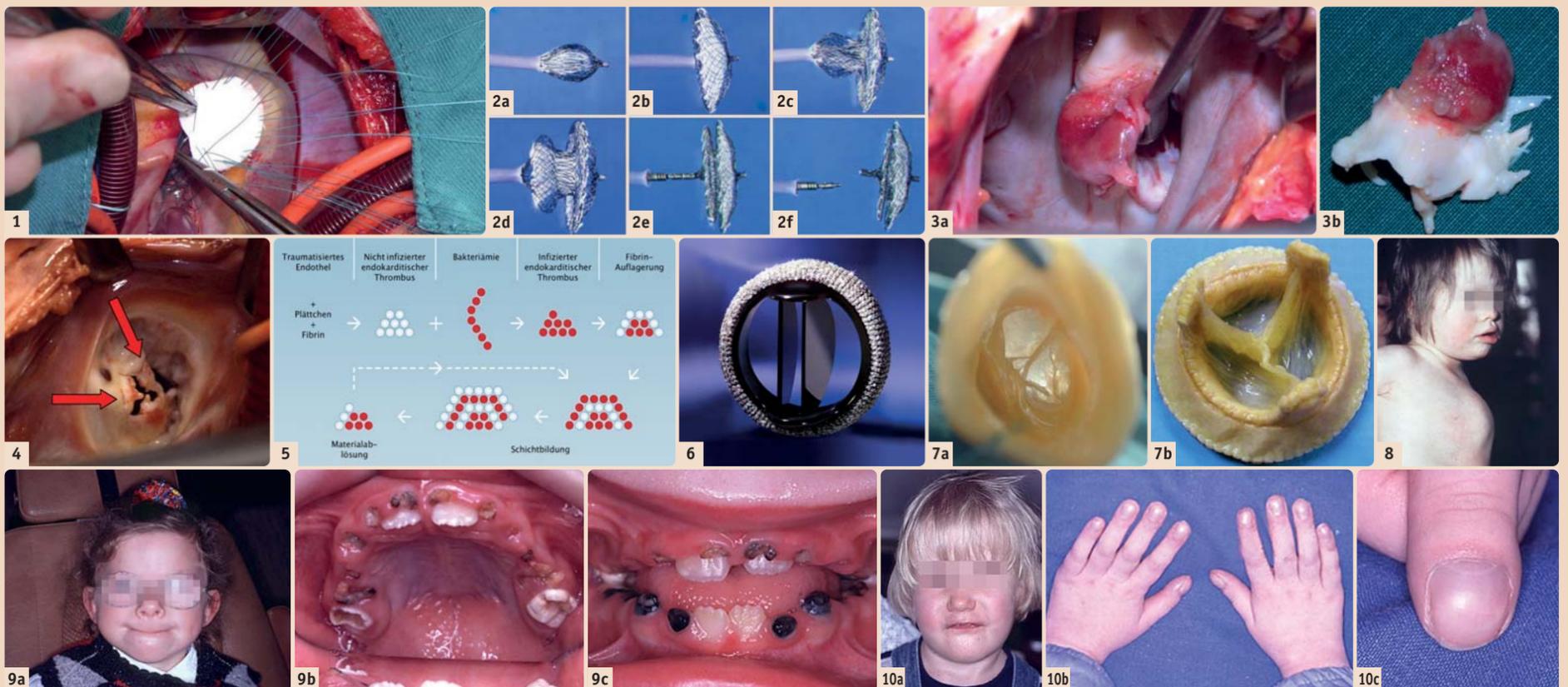


Abb. 1: Operation am offenen Herzen unter Verwendung einer Herz-Lungen-Maschine. Verschluss eines Ventrikelseptumdefekts unter Verwendung von einem Kunststoffmaterial (Goretex®). – Abb. 2: Entfalten eines Amplatzer Septal Okkluders (ASO). Dieses Modell wird für den interventionellen Verschluss eines 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 abgelauener 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.

Produktlinie: OZONYTRON®

Mit der Natur –
für den Menschen:
Plasma-Medizin.

OZONYTRON® X

Die preisgünstige Basis

Prinzip:

- ▶ Plasma-Elektroden



OZONYTRON® XL

Die duale Basis

Prinzip:

- ▶ Plasma-Elektroden
- ▶ Ozongas-Düse KPX zum Aufstecken von Kanülen für Wurzelkanäle, Zahnfleischtaschen und Fistelgänge.
- ▶ In-Bleaching mit KPX.



ORTHOZON®

Zubehör für X/XL/XP

Die Plasmasonde zur Therapie von muskulären Disfunktionen

Die Elektroden zur Kiefergelenk-Relaxierung, empfohlen vor jeder Bissnahme.

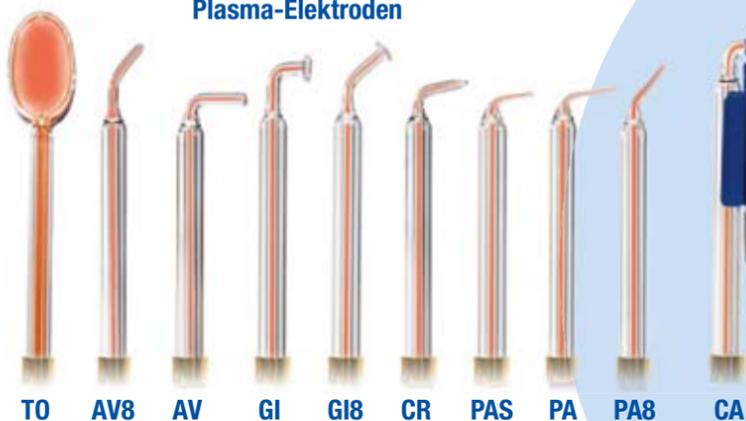
- ▶ zur Therapie des Cranio-mandibulären Systems bei CMD.
- ▶ zur Therapie von Gelenkarthritis.

Über 70% der Gesamtbevölkerung haben eine versteckte Beeinträchtigung des Kausystems (laut WHO)!



Auswahl an Zubehör für X / XL / XP

Plasma-Elektroden



TO AV8 AV GI GI8 CR PAS PA PA8 CA

Karies-Aufsätze CA



Ozon-Spritze KP

800 ppm (1,6 µg/ml)



OZA Ozonwasser-Becher für XP (>4000 Gamma)



Ozongas-Düse KPX für XL und XP (bis zu 44 µg/ml)



OZONYTRON® XP

Die multifunktionelle Basis

Prinzip:

- ▶ Plasma-Elektroden
- ▶ Ozongas-Düse KPX zum Aufstecken von Kanülen f. Wurzelkanäle, Zahnfleischtaschen, und Fistelgänge.
- ▶ In-Bleaching mit KPX.
- ▶ Wasser-Ozonisierung (1/2 L) zum desinfizierenden Ausspülen des Mundraumes.
- ▶ Plasmagewinnung wahlweise aus Umweltluft oder purem Sauerstoff.



OZONYTRON® OZ

Zusatzgerät zum XP

Die professionelle Assistenz zum XP

Prinzip:

Zahnmedizin:

- ▶ Full-Mouth Desinfektion aller 32 Parodontien innerhalb weniger Minuten.
- ▶ Office-Bleaching.

Medizin:

- ▶ Beutelbegasung bei diabetischer Gangrän etc.



OZONYAIR® X

Raumluftentkeimung / Oberflächenentkeimung

- ▶ Optimaler Schutz vor Ansteckung in keimbelasteten Praxisräumen.
- ▶ Entkeimt Luft und Oberflächen zu 99,9%.
- ▶ Wirkt gegen Viren, Bakterien, Pilze.
- ▶ Geruchsfilter tilgt unangenehme Gerüche.



Ozonytron® ist eine Produktmarke von:

MIO International
OZONYTRON GmbH



THE ORIGINAL.
MADE IN
GERMANY.

Bitte senden Sie mir kostenfrei und unverbindlich Informationsmaterial zum angekreuzten Produkt.

Praxisstempel:

- OZONYTRON® X
- OZONYTRON® XL
- OZONYTRON® XP
- OZONYTRON® OZ
- ORTHOZON®
- OZONYAIR® X

FAX: 0049-(0) 89 / 24 20 91 89-9

MIO International OZONYTRON® GmbH · Maximilianstr. 13 · D-80539 München
Tel.: +49(0)89 / 24 20 91 89-0 · +49(0)89 / 24 20 91 89-9 · info@ozonytron.com · www.ozonytron.de

DT-15.03.12

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

gestüftem 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

„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.

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. Deppele SA produziert in Rolle als einzigem Standort mit einer Mannschaft von 15 Mitarbeitern – und zwar in liebevoller Handarbeit.

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.

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.

material 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 Deppele 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 Deppele-Qualität heran. Das Geheimrezept soll natürlich auch eines bleiben und so bleibt das letzte 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.

Deppele 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 Deppele 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 ge-

worden. 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



Frédéric Bonny, Technischer Leiter, und Diane Bonny, Geschäftsführerin. – Fertigung in liebevoller Handarbeit. (Fotos: Johannes Eschmann, Dental Tribune Schweiz)

Qualität aus Leidenschaft

„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, heutige Geschäftsführerin. Vom 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 Deppele sich im Jahr 2008 in den neuen Räumen niederließ“, erzählt Diane Bonny. Bis

zen. 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 Verpackungs-

„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

nnehmens beheimatet. 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 synonym 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, Deutschland
Tel.: +49 711 20707-306
Fax: +49 711 20707-331
europedental@carestream.com
www.carestreamdental.com

Den Großteil seiner Produkte hat es bislang unter der Marke Kodak Dental Systems vertrieben. In Paris sind Forschung und Innovation des Unter-

– ANZEIGE –



American Dental

Aktuelles und Spezielles aus der Zahnmedizin **SPEZIAL**

Integriertes Kollagen: Volumenerhalt und effektive Regeneration

Biologisch zur knöchernen Augmentation

Das Knochenersatzmaterial OsteoBiol wird vollständig resorbiert und zu eigenem Knochen umgebaut, so das Ergebnis aktueller Studien.

Eigenschaften

Bisherige Untersuchungen zeigen, dass das porcine Material vollständig resorbiert und durch Eigenknochen ersetzt wird. Aufgrund seines speziellen Herstellungsverfahrens bleibt die Struktur und Beschaffenheit der natürlichen Kollagenmatrix erhalten. Durch diese Kollagenmatrix wird das Einwachsen von Wachstumsfaktoren in die Granulatpartikel unterstützt.

mp3 – Ideal für die Socket-Preservation-Technik

Ziel der Socket-Preservation-Technik ist die Wiederherstellung von verlorenem parodontalem Gewebe. Die Alveole wird mit dem Knochenersatzmaterial mp3, OsteoBiol (prähydrierte Granulate 600-1.000 µm in der Applikationsspritze) aufgefüllt. Das Knochenersatzmaterial wird bis

auf Höhe der knöchernen Alveolenwand komprimiert. Danach erhält ein weichgewebiger Punch aus dem Gaumen die umgebenden Weichgewebe.

Evolution und Lamina für die Double-Layer-Technik

Vor allem im ästhetischen sichtbaren Bereich ist ein ausreichendes und volumenerhaltendes Knochenlager unumgänglich. Die am weitesten verbreitete Technik zur Verbesserung der Kieferkammbreite ist die Technik der geführten Knochenregeneration (GBR). Die Double-Layer-Technik umfasst die Anwendung zweier unterschiedlicher Membranen in Kombination mit einem xenogenen Knochenersatzmaterial (mp3). Die Vorteile einer lagerstabilen Membran (Lamina, OsteoBiol) werden kombiniert mit der zweiten darüberliegenden Kollagenmembran Evolution (Dicke 0,6 mm), OsteoBiol. ■





Die neue Generation des chirurgischen Nahtmaterials

PTFE: Endlich optimale Preis-Leistung

Nach einem gelungenen Eingriff ist die größte Sorge des Chirurgen und des Patienten, dass sich die frisch gesetzten Nähte während des Heilungsprozesses lösen könnten. Gehen Sie deshalb auf Nummer sicher: Die neue Generation des chirurgischen Nahtmaterials aus PTFE verfügt über besondere Handhabungs- und Leistungseigenschaften.




PTFE-Nahtmaterial (Polytetrafluorethylen) besteht aus einer hochporösen Mikrostruktur, die ca. 35 Volumenprozent Luft enthält. PTFE resorbiert nicht, ist biologisch inert und chemisch rückwirkungsfrei. Durch die monofile Beschaffenheit der Nähte wird die bakterielle Dochtwirkung von vornherein ausgeschlossen. Selbst bei einer

vorhandenen Infektion wird das Nahtmaterial nicht abgebaut. PTFE verfügt über eine exzellente Weichgewebsverträglichkeit. Die herausragende Eigenschaft der PTFE-Chirurgienähte ist die besonders gute Knüpfbarkeit, der starke Halt des Knotens und die Fadenstabilität. PTFE wird vor allem bei der Knochentransplantation, Knochenkammaugmenta-

Nadelformen und Querschnitte	
CS-05 3-0 Naht mit Nadel DS 16,3	
CS-06 RC 4-0 Naht mit Nadel DS 16,3	
CS-06 PERIO 4-0 Naht mit Nadel HR 12,7	
CS-06 PREMIUM 4-0 Naht mit Nadel DS 13,1	

HERAUSGEBER

AMERICAN
Dental Systems

Telefon 08106/300-300
www.ADSystems.de

Verwaltungstrakt und Lagerhalle – Alles unter einem Dach

Die CATTANI Deutschland GmbH & Co. KG ist als Werksvertretung der CATTANI S.p.A. für die Märkte Deutschland, Österreich und Schweiz zuständig. Gut 1.200 Artikel sind ständig vorrätig. Ende 2011 zog das Unternehmen in den 600 m² großen Neubau. Christin Bunn, *Dentalzeitung*, war vor Ort, um das neue Gebäude zu besichtigen.



An der Nordseeküste liegt im nord-westlichen Niedersachsen der Küstenbadeort Nordholz. Als Touristenziel ist der beschauliche Ort mit seiner Nähe nach Cuxhaven, aber auch Bremerhaven sehr beliebt. Der norddeutsche Küstenort Nordholz hat viele Gesichter – eines davon zeigt sich in dem gelungenen Neubau der CATTANI Deutschland GmbH & Co. KG. Rund 100 Meter entfernt vom bisherigen angemieteten Gebäudekomplex erstreckt sich das neue Firmenareal auf einem circa 7.000 Quadratmeter großen Grundstück. Fährt man durch Nordholz, fällt der puristische Korpus sofort ins Auge. Dabei wirkt das Gebäude nicht aufdringlich, sondern fügt sich durch die geradlinige Architektur sowie die dezente Farbgebung unaufdringlich in das Gesamtbild der Umgebung ein. „Die Idee für einen Neubau hatten meine Familie und ich schon vor mehr als zwei Jahren“, so Johst-M. Helmes, Geschäftsführer der CATTANI Deutschland GmbH & Co. KG. Wenn Helmes von seiner

als auch bei den Kunden großen Zuspruch. Kein Wunder, denn das neue Firmenareal bietet bedeutend mehr Platz als die bisherigen Räumlichkeiten. Auf über 600 Quadratmetern Grundfläche verteilen sich 14 Büros und Meetingräume und eine mit

dienst bieten. In dem professionellen Technikerteam finden sich engagierte Menschen, die sich der Technik verschrieben haben und ständig an ihrem Fachwissen arbeiten. Regelmäßige Weiterbildungsreisen nach Italien zum Stammwerk sind ein

samte Lager ausschließlich mit LED-Technik beleuchtet wird.

Auf direktem Wege geht es von der oberen Verwaltungsetage in die lichtdurchflutete Lagerhalle. In den durchgängig über 5,50 Meter hohen Regalen lagern eine Vielzahl von

lich große Praxen unterschiedlich abgestimmte zentrale Absaugsysteme an – eben ganz individuell nach Kundenbedarf.“

Die erfolgreichsten Produkte der Firma CATTANI sind die hochmodernen Absauganlagen Turbo-Smart und Turbo-HP. Bei beiden Absauganlagen handelt es sich um Geräte, die trocken, nass und in Kombination, d. h. trocken und nass gleichzeitig, absaugen können. Die Geräte verfügen aktuell über den wohl flussleistungstärksten Amalgamabscheider in der Branche – den Hydrozyklon ISO 18 mit einer Flussleistung von 18 Litern pro Minute, der komplett ohne bewegliche Teile arbeitet, völlig störunanfällig gegenüber Schaum ist und die Amalgamabscheidung durch das Prinzip eines Hydrozyklons erzeugt. Dieses Prinzip ist im Bereich der Amalgamabscheidung etwas ganz Besonderes und ein Alleinstellungsmerkmal aus dem Hause CATTANI. Der Turbo-Smart ergänzt dieses Alleinstellungsmerkmal durch seine bedarfsgesteuerte Saugleistung und arbeitet dadurch besonders stromsparend. 2010 und 2011 hat sich auch die ZMK der Universität Freiburg im Breisgau für die CATTANI-Absaugungen entschieden. Abgerundet wird das Produktprogramm durch die sich mehr und mehr im Dentalmarkt etablierenden ölfreien Kompressormodelle, welche durch eine hohe Laufkultur, Druckluftleistung und einen besonders guten Preis überzeugen.

Familie Helmes blickt optimistisch in die Zukunft und gibt einen Ausblick für die kommenden Monate und Jahre: „Die Tendenz bei der Entscheidung für eine Absauganlage geht mehr und mehr in Richtung zentraler Nassabsauganlage. Zahnarztpraxen wollen auf die aufwendige und kostenintensive Amalgam-



Der Neubau umfasst einen zweistöckigen Verwaltungstrakt sowie eine großzügige Lagerhalle mit Werkstatt.

Kompressoren und Absauggeräten sowie Kleinteile und Zubehör. Alles hat seinen Platz und steht abrufbereit auf Lager. Eigens für das Regalsystem wurde ein moderner neuer spezieller Gabelstapler angeschafft, sodass jeder Zentimeter Platz optimal genutzt werden kann. Auch die technisch deutlich aufgerüstete Werkstatt mit verschiedensten Prüfmöglichkeiten findet ihren großzügig bemessenen Bereich im Lagertrakt des neuen Gebäudes.

Erhöhter Bedarf an Geräten

Bestätigung für den Neubau erfuhr CATTANI Deutschland – einer der führenden Anbieter von Kompressoren und Absauganlagen auf dem deutschen Dentalmarkt – unter

Hochlagerregalen ausgestattete Lagerfläche. Das moderne Konzept ermöglicht es, dass die Höhe des Gebäudes sowohl in der zweigeschossigen Verwaltungsebene als auch im Lagerbereich voll genutzt werden kann. So konnten auch die Hochlagerregale dank einer Firsthöhe von rund 8,50 Metern optimal belegt werden. Dies war auch zwingend notwendig gewordener Platz für die über 1.200 Artikel, die ständig auf Lager vorgehalten werden müssen. Die Lieferbandbreite reicht vom kleinsten Ersatzteil bis zur gesamten Palette der CATTANI Kompressoren und Saugmaschinen. Daraus ergibt sich eine Lieferbereitschaft von circa 96 Prozent.

Die Zukunft im Blick und langfristig orientiert geplant, wurde der Firmenneubau mit modernsten Raffinessen versehen. Darunter beispielsweise Dreifachverglasung an allen Fenstern und Türen sowie eine überdurchschnittlich gute Isolation des Gesamtgebäudekomplexes.

Herzstück des Betriebs sind jedoch die Schulungsräume mit voll ausgestatteter Kommunikationstechnik sowie die technisch durchorganisierte und ausgestattete Werkstatt. Auf qualitativ hochwertige Weiterbildungen und Schulungen legt CATTANI besonderen Wert: „Wir von CATTANI Deutschland haben uns einen guten Namen dadurch geschaffen, dass wir einen wirklich hoch qualifizierten Kunden-

Muss. Die Weitergabe dieses Wissens an den qualifizierten Kundendienst des Fachhandels ist eine weitere Notwendigkeit. Wir haben ganz besonders darauf geachtet, diese Leistungsstärke im Servicebereich immer wieder auszubauen und gerade hier besonders viel investiert. Letztendlich aber stehen die Menschen, die dort beschäftigt sind, als die tragende Säule des Betriebes.“

Rundgang durch das Firmengebäude

Beim Betreten des Firmengebäudes fällt sofort eines auf: Hier wurde an nichts gespart! Neben allen Sicherheitsvorkehrungen legte der Bauherr auch auf die harmonische Gestaltung der Verwaltungsräume sowie des Eingangsbereichs großen Wert. Ein hochwertiger dunkler Steinfußboden mit Edelstahlkanten sowie die Wandgestaltung durch attraktive Bilder empfangen den Besucher und vermitteln ein positives Gefühl. Diese positive Stimmung spiegelt sich auch in den Gesichtern der Mitarbeiter wider – das Team ist gut gelaunt, motiviert und strahlt Zufriedenheit aus. Die Büroräume wirken hell, freundlich und einladend und auch hier zeigt sich die Raffinesse im Detail: höhenverstellbare Schreibtische und eine ergonomische Bestuhlung sind nicht nur optischer Blickfang, sondern bieten vor allem dem Team maximalen Komfort bei der Arbeit. Bemerkenswert ist außerdem, dass selbst das ge-



Besuch der Redaktion in Nordholz: (v.l.n.r.) Dipl.-Kffr. Friederike Helmes, Henning Helmes, Johst-M. Helmes und Stefan Reichardt (OEMUS MEDIA AG).

anderem auch auf der letzten IDS. „Die Marktsituation im Bereich dentaler Absaugung und Kompressionsanlagen würde ich als durchaus gut bezeichnen, denn wir haben in den letzten fünf Jahren immer wieder einen erhöhten Bedarf festgestellt, der mit entsprechenden Umsatzausweitungen einherging“, so Johst-M. Helmes. Weiter ergänzt er: „Mit den Ergebnissen des Jahres 2011 sind wir mehr als zufrieden. Die Nachfrage und der Absatz haben sich gleichermaßen gesteigert. CATTANI bietet selbstverständlich für unterschied-

abscheiderinstallation verzichten und entscheiden sich nach dem Prinzip: Eine Zahnarztpraxis, eine Saugmaschine, ein Amalgamabscheider.“ **DI**

CATTANI Deutschland GmbH & Co. KG

Scharnstedter Weg 34–36
27637 Nordholz
Deutschland
Tel.: +49 4741 181980
info@cattani.de
www.cattani.de



Impressionen der Bauphase.



Familie spricht, meint er damit seine Frau und Kinder, die alle in führenden Positionen innerhalb der Firmengruppe Helmes tätig sind.

Ehefrau Eveline ist für den Bereich HELMES-Innovations zuständig, in welchem zahnärztliche Instrumente und Kleingeräte der Marke LM-Instruments aus Finnland importiert und vertrieben werden. Sohn Henning zeichnet verantwortlich als Vertriebsleiter und Prokurist von CATTANI Deutschland. Tochter Friederike ist für Marketing und Controlling der Firmen zuständig und Tochter Julia Wagner ist Geschäftsführerin bei der BEVISTON GmbH, einem zertifizierten Herstellerbetrieb für Desinfektions- und Hygieneprodukte. Ein Familienunternehmen mit mehr als zehnjähriger Tradition, denn als Werksvertretung der CATTANI S.p.A., Parma/Italien, ist die CATTANI Deutschland GmbH & Co. KG bereits seit 1999 zuständig für den Markt in Deutschland und seit 2008 auch für Österreich und die Schweiz.

Neubau mit Raffinessen

Im Jahr 2010 kam es zum Kauf des Grundstücks und die Planung für den Bau einer Lagerhalle mit integriertem zweigeschossigen Verwaltungstrakt begann. Ende 2011 konnte der Neubau kurz vor Weihnachten bezogen werden und findet seitdem sowohl bei den Mitarbeitern

Précision · Tradition · Innovation

Qualité Suisse depuis 1934

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 hundert Spitzenvortragenden aus aller Welt in ca. sechzig Sitzungen. Über 1.300 Interessierte reichten Abstracts ein.

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 nicht-chirurgischen 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



Foto: WienTourismus/Mitglied Giedler-Oxenbauer

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, Zahnbürsten, Zahnpasten und Mundspülungen, Mundschleimhaut- und Dentinempfindlichkeit sowie Halitosis.

Charity Run & Walk über 5 km

Erstmals in der Geschichte der Europerio wird es am Samstagmorgen einen Charity Run & Walk über 5 km geben: Der Erlös kommt der karitativen Einrichtung Neuner-Haus zugute. Diese Einrichtung bietet obdachlosen Menschen Unterkunft und medizinische sowie zahnärztliche Versorgung.

Mehr Informationen sind zu finden unter www.europerio7.com

Tradition trifft Zukunft

Zum mittlerweile fünften Mal lädt FORESTADENT zum Internationalen Fachsymposium – diesmal in die faszinierende Metropole Budapest – ein.

BUDAPEST – Ein Event, welches an der Lingualtechnik interessierte Kieferorthopäden auf keinen Fall versäumen sollten, hält der Monat September bereit. Denn am 14. und 15. September 2012 werden erneut namhafte Referenten und absolute Experten dieser Behandlungsmethode im Rahmen des traditionellen FORESTADENT-Symposiums in Budapest Einblick in ihr umfangreiches Wissen gewähren. Veranstaltungsort wird das Four Seasons Hotel Gresham Palace sein.

Zweidimensionale Lingualtechnik im Fokus

Nach dem unerwartet großen Erfolg der letztjährigen Veranstaltung

wird sich auch beim V. FORESTADENT-Symposium alles um das Thema „2D Lingual“ drehen. International anerkannte Meister ihres Fachs präsentieren dann den wissenschaftlichen Status quo sowie jüngste Entwicklungen rund um den klinischen Einsatz der zweidimensionalen Lingualtechnik.

Ob Dr. Elie Amm, Libanon, Dr. Vittorio Cacciafesta, Italien oder Prof. Dr. Nazan Küçükkeles, Türkei – erstklassige Referenten werden aus ihrem Erfahrungsschatz berichten und den Teilnehmern die Möglichkeit des kollegialen Gedankenaustausches geben. Ob aktiver Anwender des 2D® Lingual-Bracketsystems oder bislang

lediglich an der Behandlungsmethode interessiert – jeder wird bei diesem Event profitieren und wertvolle Anregungen für den Einsatz dieser zukunftsweisenden Technik für die eigene Praxis erhalten. So findet im Vorfeld des wissenschaftlichen Programms zudem ein Hands-on-Kurs mit Dr. Theophil Gloor, Schweiz, statt. In dessen Rahmen können die Teilnehmer nicht nur theoretisches Wissen erlangen, sondern auch praktische Erfahrungen am Typodonten sammeln.

Was wäre ein Besuch der ungarischen Hauptstadt ohne legendären Csardas-Abend mit bester Folkloremusik oder aufregender Reitershow? Wer diese wunderbaren Traditionen einmal hautnah erleben möchte, sollte sich den Abend des ersten Kongress-tages vormerken.

Bei einer Registrierung bis zum 11. Mai 2012 gewährt FORESTADENT einen Frühbucherrabatt.

FORESTADENT

Bernhard Förster GmbH
Westliche Karl-Friedrich-Straße 151
75172 Pforzheim, Deutschland
Tel.: +49 7231 459-0
Fax: +49 7231 459-1 02
info@forestadent.com
www.forestadent.com



Veranstaltungsort des V. FORESTADENT-Symposiums wird das im Jugendstil erbaute Four Seasons Hotel Gresham Palace sein.

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.

First Licus Congress of Dentistry gestartet

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



LECH AM ARLBERG (je) – Als vor über 100 Jahren der erste Skifahrer über die Arlberger Hänge wedelte, hätte sich wohl niemand träumen lassen, dass aus dem 700 Jahre alten Dorf Lech nicht nur einmal ein weltbekannter Skiort, sondern nun auch zweimal jährlich ein Treffpunkt für die internationale Elite der Zahnarztgemeinschaft werden würde. 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, Past Präsident der American Academy of Esthetic Dentistry, der American Academy of Restorative Dentistry und der American Academy of Periodontology Foundation sowie Gründer des Center for Advanced Dental Education in

Fortgeführt wurde der Winterkongress mit dem Lernmodul „Das endodontische Basiskonzept“. Den Vortrag übernahm der renommierte Referent Dr. Josef Diemer aus Meckenbeuren, Deutschland. Diemer gab einen Überblick zu allen Faktoren, um eine endodontische Behandlung einfacher und vorhersehbarer in der täglichen Praxis durchführen zu können.

Dr. Robert R. Winter, Scottsdale, USA, der in über 35 Ländern mehr als 500 klinische und zahntechnische Kurse durchgeführt hat und bekannt ist für seine exzellenten Fähigkeiten in der restaurativen Zahnheilkunde sowie als Keramiker, präsentierte im dritten Lernmodul einen Vortrag zum Thema „Anteriore Kronen- und Brückentherapie“. Das vierte Lernmodul des Winter-

Im Anschluss des Wochenendes konnten die Teilnehmer in den darauffolgenden Tagen die Behandlungskonzepte der Theorieblöcke in ausführlichen Hands-on-Workshops sofort umsetzen. Unter anderem wurde der richtige Einsatz von mikrochirurgischen Instrumenten am Schweinekiefer erlernt und Transplantations-techniken an speziellen Modellen eingeübt. Desweiteren erlernten die Teilnehmer anhand von 3-D-Darstellungen die Anatomie der Wurzelkanalsysteme und die mechanische Aufbereitung mit den neuesten Techniken der rotatorischen NiTi-Feilen wie Reziprok und Wave One.

Die Kongresstage in Lech waren mit dem offiziellen Vortrags- und Trainings-Programm noch lange nicht zu Ende. Die Welcome Reception, ein Hüttenabend und ein Cele-

Ighaut. Dr. Lill ist Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Parodontologie (ÖGP) sowie der Österreichischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde – Wien (ÖGZMK Wien) und Lektor an der Abteilung für zahnärztliche Chirurgie der Bernhard-Gottlieb-Universitätszahnklinik. Der international gefragte Referent Dr. Gerhard Iglhaut mit Praxis in Memmingen ist Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Implantologie (DGI), Dozent an der Georg-August-Universität in Göttingen und gehört dem Lehrkörper der APW/DGI an.

Ziel ist es, auf der Grundlage einer speziellen Lernstruktur die Exzellenz der Kursteilnehmer in allen Kernthemen der modernen Zahnmedizin weiterzuentwickeln. „Licus versteht sich als Treffpunkt für ambi-

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:

- 31. August 2012 bis 2. September 2012
- 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*

zweimal pro Jahr und immer am selben Ort durchgeführt werden.

„Licus Network“

Licus versteht sich allerdings nicht nur als Fortbildungsinstitut, sondern auch als Plattform für den Austausch mit gleichgesinnten Kollegen, Referenten, Mentoren. Die intensive Fortbildungswoche wird jeweils durch eine Vielzahl an gemeinsamen Erlebnissen außerhalb der Fortbildungsblöcke begleitet. Das „Licus Network“ entwickelt sich als Gruppe aus ambitionierten Zahnärztinnen und Zahnärzten mit Expertise aus unterschiedlichsten Disziplinen, die sich regelmäßig treffen und austauschen, was über Jahre Vertrauen und Freundschaften entstehen lassen soll – eine wichtige Voraussetzung für die Diskussion schwieriger Patientenfälle oder für neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit. [DI](#)

Licus GmbH

Dorf 421
6764 Lech am Arlberg
www.licus.eu
tamara.huber@licus.eu



Abb. 1: Dr. Josef Diemer, Meckenbeuren, referierte zum endodontischen Basiskonzept. – Abb. 2: V.l.n.r.: Univ.-Doz. Dr. Werner Lill, Wien, Prof. Dr. Edward P. Allen, Dallas, USA, Dr. Robert R. Winter, Scottsdale, USA, Dr. Gerhard Iglhaut, Memmingen, Deutschland. – Abb. 3: Hotel Montana (Familienbetrieb des Olympiasiegers und Weltmeisters Patrick Ortlieb) in Oberlech.

Dallas, 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.

kongresses 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, darunter schonende Lappenmobilisation und Lappenhandling sowie verschiedene mikrochirurgische Nahttechniken.

bration Dinner boten Gelegenheit zum Kennenlernen der Vortragenden und Kollegen.

Licus: Fortbildung auf internationalem Top-Niveau

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

tionierte Zahnärzte“, beschreibt Dr. Iglhaut das Projekt, „für Kolleginnen und Kollegen, die sich für die Entwicklung der Zahnmedizin in der Zukunft interessieren, die ihre Praxisqualität auf fundierter Erfahrung weiter optimieren und die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse mit Bodenhaftung umsetzen wollen.“

Das System besteht aus 38 Lernmodulen, welche konsequent aufeinander aufbauen und konzentriert

Wintersymposium 2012 in Zürs war erfolgreich

Die Deutsche Gesellschaft für Orale Implantologie (DGOI) ermöglichte rund 120 Teilnehmern ein Wissens- und Motivationsupdate für die Praxis.

KRAICHTAL – Hochkarätige Inhalte und kollegiale Atmosphäre: Genau diese Kombination schätzen die Teilnehmer des Internationalen Wintersymposiums der Deutschen Gesellschaft für Orale Implantologie (DGOI) in Zürs am Arlberg.

In diesem Jahr fand die Veranstaltung vom 11. bis 17. Februar zum siebten Mal statt. „Wir erleben im Laufe der Woche einen lebendigen und intensiven Erfahrungsaustausch, der uns für die tägliche Praxis sehr motiviert“, so Dr. Georg Bayer, Präsident der DGOI.

Für die Veranstaltung konnten zahlreiche Referenten gewonnen werden. So u.a. Dr. Georg Bayer, Landsberg am Lech, Dr. Fred Bergmann, Viernheim, Dr. Paul Weigl, Frankfurt am Main, Dr. Bernd Giesenhausen, Melsungen, und Priv.-Doz. Dr. Dr. Michael Stiller, Berlin.

Die Besucher bewerteten das wissenschaftliche Programm wie auch die Referenten als durchgehend hochkarätig und die Zusammenstellung der Themenkomplexe in diesem Jahr als besonders gelungen. Prof. Dr. Georg H. Nentwig, Frankfurt am Main, Fortbildungsreferent der DGOI, hatte das Programm unter dem Leitthema „Update Implantologie“ zusammengestellt. Großes Interesse zeigten die Teilnehmer auch für die insgesamt zehn Workshops, die an den Nachmittagen stattfanden.

„Update Implantologie“

Mit einer wissenschaftlich fundierten Übersicht begann die Diskussion rund um den Aufbau des extrem resorbierten Kieferhöhlenbodens. Der Sinuslift wurde aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet. Zudem wurden verschiedene Konzepte mit

customized und individualisierten Abutments diskutiert.

Patientenorientierte Konzepte mit minimal chirurgischen Eingriffen, weniger Zeitaufwand und Kosten, standen ebenfalls zur Diskussion. Hier ging es insbesondere um die Voraussetzungen für All-on-4-Lösungen mit geraden wie angulierten Implantaten. Hiermit sind gezielt ältere Menschen als neue Patientengruppe zu gewinnen.

Ein Blick über den implantologischen Tellerrand

Traditionell gab es auch Vorträge, die über den rein implantologischen Tellerrand hinausgingen, zum Beispiel über die computergesteuerte Kiefer-Relationsbestimmung und Risikofaktoren wie toxische Metalle, Zöliakie und Borreliose, die in der Implantologie bisher kaum beachtet



Wiedernahmen rund 120 Zahnärzte am Internationalen Wintersymposium der DGOI in Zürs teil.

werden. Für ein erfolgreiches Praxismanagement gab es ebenfalls Tipps.

Das 8. Internationale Wintersymposium der DGOI wird vom

23.2. bis 2.3.2013 im Robinson Club Alpenrose in Zürs am Arlberg stattfinden. Weitere Informationen unter www.dgoi.info [DI](#)

Ästhetische und Adhäsive Zahnheilkunde

In Workshops kann die Fertigkeit mit DIRECT VENEARS erworben werden. Von Dr. Gisela Peters, Bad Homburg.



Nur ein Fortbildungstag, keine Geräte- oder Instrumentenanschaffung – und Zahnärzte können ihre Patienten in nur einer Sitzung mit einer neuen ästhetischen Front versorgen. Hierzu werden industriell vorgefertigte Schmelzschalen aus Komposit („Direct Venears“) individualisiert und auf nicht oder minimalinvasiv beschliffene Zähne aufgebracht. Die Fertigkeit und das nötige Wissen können auf einem Workshop von edelweiss dentistry in Zusammenarbeit mit Pluradent erworben werden. Das Leitthema heißt „Ästhetische und Funktionale Zahnheilkunde mit dem DIRECT VENEAR & COMPOSITE SYSTEM“.

Veranstaltungsort ist das neue „Seehotel Am Kaiserstrand“ (Abb. 1) in Lochau bei Bregenz, Österreich, mit direktem Zugang zum Bodensee und eigenem Strand sowie Wellness-Angeboten nach dem Kurs. Bis Ende

Termine am Bodensee

21. April 2012
Stephan Lampl (B.Ch.D., M.D.T.), Hörbranz bei Bregenz, Österreich

11. Mai 2012
Allesandro Devigus (D.M.D., Priv.-Doz.), Büllach bei Zürich, Schweiz

29. Juni 2012
Didier Dietschi (D.M.D., PhD, Priv.-Doz., Specialist SVPR Ass. Professor), Genf, Schweiz

nach dem „Smile Frame“-Konzept erläutert.

Individualisierte Venears – ohne Abformung

Die „Direct Venears“ von edelweiss dentistry bestehen wie das Material zum Individualisieren und Befestigen aus hochgefülltem Nanohybrid-Komposit. Durch Verwendung desselben Komposits für alle Bestandteile des Systems wird ein guter Haftverbund



1



2a



2b



2c



3



4

Abb. 1: „Venear“-Fortbildung am Bodensee im „Seehotel Am Kaiserstrand“, Lochau, Österreich. (Foto: „Seehotel Am Kaiserstrand“, Lochau, Österreich.) – Abb. 2a: Allesandro Devigus (D.M.D., Priv.-Doz.), Büllach bei Zürich, Schweiz. – Abb. 2b: Didier Dietschi (D.M.D., PhD, Priv.-Doz., Specialist SVPR Ass. Professor), Genf, Schweiz. – Abb. 2c: Stephan Lampl (B.Ch.D., M.D.T.), Hörbranz bei Bregenz, Österreich. – Abb. 3: Patienten können vom Zahnarzt in einer Sitzung mit einer neuen Front versorgt werden. Von non-prep bis zu klassischen Veneer-Präparationen ist alles möglich. – Abb. 4: Die „Venears“ besitzen Transparenz- und Schichtstärken-Eigenschaften, die mit denen des natürlichen jugendlichen Schmelzes zu vergleichen sind: zervikal 0,2 Millimeter, fazial 0,5 und inzisal 1 bis 1,3 Millimeter. (Fotos: edelweiss dentistry products GmbH, Hörbranz, Österreich)

Juni 2012 kann man zwischen drei Workshop-Terminen wählen; weitere folgen.

„Smile Frame“-Konzept

Zu den Referenten (Abb. 2a–c) zählt Professor Dr. Didier Dietschi, Universität Genf, der das „DIRECT VENEAR & COMPOSITE SYSTEM“ (Abb. 3 und 4) mitentwickelt hat.

Der praktische Veranstaltungsteil enthält als wichtige Schritte die Farbbestimmung und Präparation, die Individualisierung der Schalenränder und Charakterisierung durch lingual/palatinales Aufbringen von Komposit, schließlich die Adaptation an die Zahnschubstanz und das Bonden. Im einführenden Teil wird unter anderem das Für und Wider von Komposit- und Keramik-Veneers diskutiert, das Indikationsspektrum besprochen und die Wiederherstellung der Funktion und Bio-Ästhetik

erläutert. Vestibulär sind die Schalen laservergütet. Es entsteht eine gehärtete anorganische Oberfläche mit keramikähnlicher Verfärbungssicherheit und lang anhaltendem Glanz. Durch Zink- und Fluoridanteile in den Füllstoffen wirkt die Oberfläche bakteriostatisch und plaqueresistent. Das Abformen entfällt. Der Behandler platziert die individualisierten „Venears“, trägt das Adhäsiv auf und setzt seine Polymerisationslampe ein. Zusätzlich zu den Bodensee-Workshops werden Arbeitskurse in verschiedenen deutschen Städten angeboten. [\[1\]](#)

edelweiss dentistry products gmbh

Ruckburg/Allgäu, 5
6912 Hörbranz (Vorarlberg)
Tel.: +43 5573 83598-0
Fax: +43 5573 83598-7
office@edelweissdentistry.com
www.edelweiss-dentistry.com

Kombinierte Nass- und Trockensauganlage:

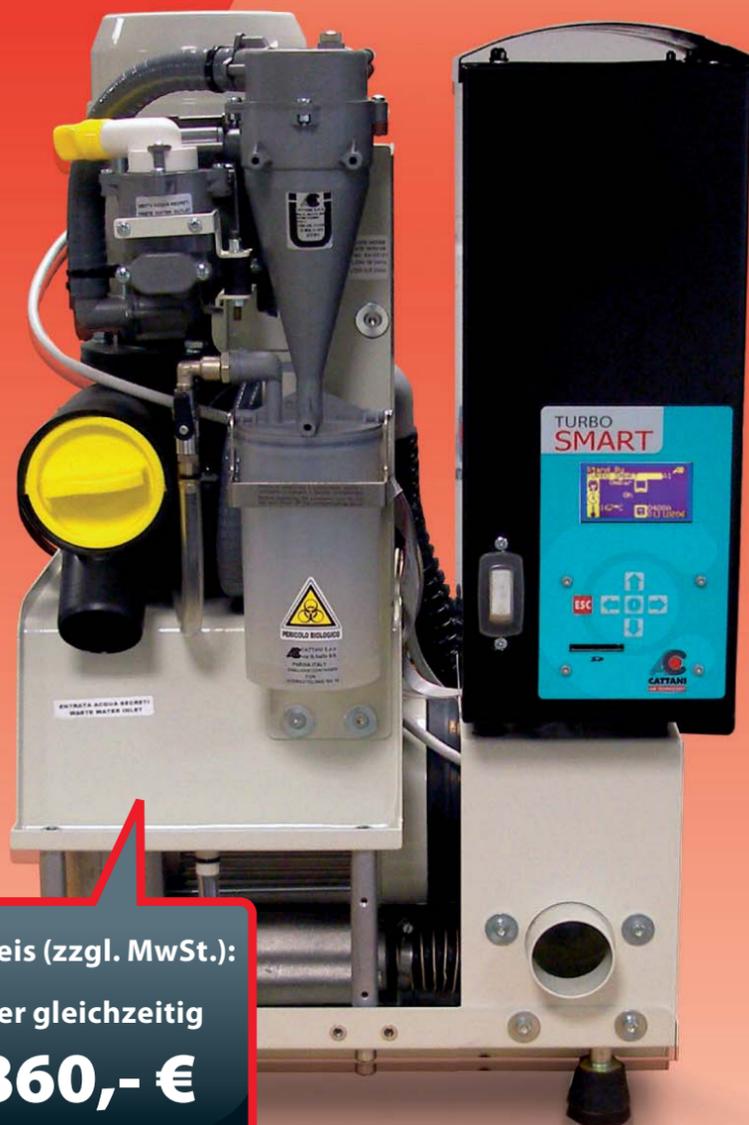
TURBO-SMART

mit Amalgamabscheider

kompakt
leistungsstark
kostengünstig

- Schnelle Installation durch den Techniker
- Voll elektronisch geregelt
- Leistungssteuerung nach Bedarf
- Ohne Gerätewechsel auf bis zu 4 Behandlungsplätze gleichzeitig erweiterbar
- Amalgamabscheider ohne Zentrifuge und ähnliche bewegliche Bauteile

DIBT-ZULASSUNG: Z-64.1-23



Empf. VK-Preis (zzgl. MwSt.):

- 2 Behandler gleichzeitig

nur **4.860,- €**

- 4 Behandler gleichzeitig

nur **5.790,- €**



1A010312

CATTANI Deutschland GmbH & Co. KG
Scharnstedter Weg 34–36 · 27637 Nordholz
Tel.: +49 4741 – 18 19 80
Fax: +49 4741 – 18 19 810
info@cattani.de · www.cattani.de

Form meets Function

Preisgekrönt: Composit-Tight 3D für Klasse II-Restaurationen.

Das Teilmatrizensystem Composit-Tight 3D von Garrison Dental Solutions ist von The Dental Advisor zum Top Sectional Matrix and Preferred Sectional Matrix System 2012 gewählt worden.

Das System stellt anatomisch korrekte und feste Kontakte auf der richtigen Höhe her, ohne dabei Kompositüberstände zu erzeugen. Dies wird durch die weichen dreidimensional konturierten Soft Face Ringenden ermöglicht, die das Matrizen-

Die fortschrittlichen 3D Separierringe werden zusammen mit Garrisons neuen Slick Bands Antihaft-Matrizen angeboten. Diese bleibenden, vorkonturierten und sehr dünnen (0,038 mm) Matrizenbänder sind in fünf Größen erhältlich und decken somit ein breites Spektrum an klinischen Fällen ab. Das Verkleben von Bondings mit den Matrizen wird nahezu eliminiert. Dies führt zu einer Erleichterung des Entfernens der Bänder und zu extrem festen Kontakten.



band entsprechend der Anatomie des Zahnes an diesen andrücken und abdichten. Das Composit-Tight System ist das einzige, das dies ermöglicht. Die Separation der Zähne durch die Kompression der Wurzelhaut wird durch den Einsatz von Feder-Edelstahl, der von hoch entwickelten Polymeren verstärkt wird, erreicht. Aus dieser Kombination ergibt sich ein Ring, der voll autoklavierbar ist und sowohl seine Stärke als auch seine Form für Hunderte Anwendungen beibehält.

Das preisgekrönte System ist direkt bei Garrison Dental Solutions und über ein breites Netz an Dental-Depots bestellbar. ■

Garrison Dental Solutions

Carlstraße 50
52531 Übach-Palenberg
Deutschland
Tel.: +49 2451 971409
Fax: +49 2451 971410
info@garrisdental.net
www.garrisdental.eu

Neue Behandlungstechnik

Plasma-Medizin ermöglicht die Desinfektion aller Zähne und des Zahnfleisches auf biologische Weise.

Die MIO International OZONYTRON GmbH hat mit der neuen OZONYTRON-Line eine neue Technik in der Zahnmedizin entwickelt, das Sauerstoff in medizinisch wirksames

und Mundpilz ab. Plasma-Medizin stoppt Zahnfleischbluten, hellt die Zähne auf und stoppt Mundgeruch. Das geschieht schmerzfrei und innerhalb weniger Minuten. Zur vollen Munddesinfektion gehört auch die Entkeimung der Zunge mit Plasma.

In der Regel spürt der Patient bereits nach der ersten Behandlung eine deutliche Besserung. Selbst Patienten mit langem Leidensweg und vorangegangener erfolgloser Behandlung auf konventionelle Weise berichten von der nachhaltigen Besserung ihrer Beschwerden – auch bei schwerer Parodontitis. Die Plasma-Medizin-Therapie wird bereits erfolgreich eingesetzt, ohne dass Nebenwirkungen, Allergien oder andere Komplikationen aufgetreten sind – denn niemand ist allergisch gegen Sauerstoff. ■



Gerät zur Full-Mouth-Disinfection

Plasma umwandelt. Durch eine besondere Absaugtechnik (Schutzatmosphäre innerhalb des Mundes) wird sichergestellt, dass kein medizinisch hochaktives Plasma entweicht.

Was ist Plasma-Medizin?

Kaltes Plasma ist vereinfacht ausgedrückt Luft, zerlegt in seine winzigen Bestandteile, Elektronen, Ionen, Atome, welche freigesetzt eine hohe keimtötende Aktivität entwickeln.

Das Plasma wird direkt am Krankheitsherd eingesetzt und tötet dort die Keime, wie Bakterien, Viren

MIO International
OZONYTRON GmbH
Maximilianstraße 13
80539 München, Deutschland
Tel.: +49 89 24209189-0
Fax: +49 89 24209189-9
info@ozonytron.com
www.ozonytron.de

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



Unumstritten ist heute, dass beste Kariesprophylaxe nur durch lokale Fluoridierung erreicht werden kann. Bereits beim Durchbruch der Milchzähne kann das spätere Kariesrisiko durch die lokale Zuführung von Fluoriden um ca. 50 % gesenkt werden. Spätere regelmäßige Behandlungen können immerhin noch eine Verringerung des Kariesrisikos bis zu 25 % erreichen. Hintergrund ist, dass der Schmelz während des Durchbruchs noch eine höhere Permeabilität zeigt und die im Speichel enthaltenen Fluoridionen direkt während der Schmelzausbildung in den sich bildenden Apatit eingebaut werden. Da fluoridreicher Apatit (Fluoroapatit) stabiler gegenüber Säureangriffen als fluoridärmerer Hydroxylapatit ist, ist auch das spätere Kariesrisiko geringer.

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 Keimbeseidung 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 Krüge 5
31061 Alfeld, Deutschland
Tel.: +49 5181 24633
Fax: +49 5181 81226
info@humanchemie.de
www.humanchemie.de

Kein Coming-Out während der Einheilphase

Ein neuartiges Prothesenmaterial ermöglicht die Verwendung nahezu unsichtbarer Prothesen.

Implantatpatienten investieren viel Geld, um einen unsichtbaren Zahnersatz zu erhalten. Während der Einheilphase der Implantate müssen sie sich aber in der Regel mit einer einfachen Interimsprothese zufriedengeben. Der Nachteil: Zur Verankerung an der Restbeziehung werden oft von außen sichtbare Metallklammern verwendet. Ein Prothesenwerkstoff, der in den vergangenen Jahren zunehmend als metallfreie und damit unauffällige Alternative eingesetzt wurde, ist Nylon – auch bekannt unter dem Markennamen Valplast.

Ästhetisch ansprechend

Eine Valplast Teilprothese weist keine den Blick störenden Klammern aus Metall auf, sondern besitzt lediglich zahnfleischfarbene Klammern, die in einem Guss mit der rosa Prothesenbasis hergestellt werden.

Aufgrund der Unzerbrechlichkeit des Materials, ist eine besonders filigrane Gestaltung der Prothesen möglich. Die geringe Materialstärke und

das niedrige Gewicht führen zu einem erheblichen Plus an Tragekomfort für den Patienten. Aufgrund seiner chemischen Beschaffenheit ist Nylon auch besonders geeignet für Patienten mit Werkstoffallergien.

Chamäleon-Effekt

Für den Interimszahnersatz bei Implantatpatienten ist gerade aber eine Materialeigenschaft des Valplasts von besonderem Nutzen: Da Nylon von „Natur aus“ transparent ist, ermöglichen spezielle Einfärbetechni-

ken einen wahren Chamäleon-Effekt, d.h. die natürliche Transparenz des Materials bewirkt ein harmonisches Durchscheinen des Zahnfleisches. ■

Johannes Weithas KG

Gartenstraße 6
24321 Lütjenburg, Deutschland
Postfach 1240
24319 Lütjenburg
Tel.: +49 (4381) 4339
Fax: +49 (4381) 4369
info@weithas.de, www.weithas.de



Interimszahnersatz mit Drahtklammer (links), Valplast-Prothese mit transluzenten Halteklammern (rechts). Durch das Prothesenmaterial scheint die natürliche Zahnfleischfarbe hindurch, damit fügt sich die Konstruktion harmonisch in das Gesamtbild ein.

Neues Leserlebnis für unterwegs

Die neue News App von W&H ist der perfekte Begleiter für die tägliche Arbeit.

Nachrichten und Videos können jetzt in einer völlig neuen mobilen Dimension erlebt werden: mit der neuen News App von W&H. Über den App Store steht das neue News App Zahnärzten, Studenten und allen an Zahnmedizin Themen Interessierten kostenlos für ihr iPhone, iPad, Android oder iPod Touch zur Verfügung – und das in den Sprachen Deutsch, Englisch und Spanisch. Sie haben Zugang zu den aktuellsten Informationen und



News, Berichten, Studien und können in die Dentalvideos, wie zum Beispiel Interviews, Anwendungsfilme, Anleitungen zu Instrumenten oder Unternehmenspräsentationen von W&H, eintauchen. Zudem können sich Interessierte mit dem W&H Dentalwerk auf Facebook verbinden und so Teil des modernen Netzwerks sein. In Echtzeit werden die Inhalte über WLAN oder 3G in wenigen Sekunden auf das Gerät geladen. Um den Wünschen und

Notwendigkeiten gerecht zu werden, wird die App kontinuierlich erweitert.

Up-to-date und am Laufenden zu sein war noch nie so einfach und unterhaltsam.

Die neue W&H App steht im App Store und im Android Market zum kostenlosen Download bereit. ■

W&H Dentalwerk Bürmoos GmbH

Ignaz-Glaser-Str. 53
PO Box 1
51111 Bürmoos
Tel.: 06274 6236-0
Fax: 06274 6236-55
office@wh.com, www.wh.com

Innovative Mundspüllösung auf Hyaluronsäure-Basis

GENGIGEL eignet sich zur Linderung von Entzündungen des Zahnfleisches und der Mundschleimhaut.

Durch die Anwendung der Mundspüllösung GENGIGEL werden Symptome der Erkrankungen der zahnumgebenden Gewebe wesentlich vermindert und die Heilungs- und Genesungsdauer von Wunden verkürzt. Die Mundspüllösung enthält Hyaluron-

saure, ein unverzichtbarer Bestandteil für ein intaktes und gesundes Zahnfleisch.



säure, ein unverzichtbarer Bestandteil für ein intaktes und gesundes Zahnfleisch.

Hyaluronsäure

Sie ist ein wichtiger Bestandteil des gesunden Zahnfleisches und zahnumgebenden Gewebes. Nach ihrer Zusammensetzung gehört sie zu den Glykosaminoglykanen. Die höchste Konzentration an Hyaluronsäure ist in den Oberflächenteilen des Zahnfleischepithels enthalten, wo sie Schutz vor bakteriellen Enzymen und anderen Toxinen bietet. Hyaluronsäure ermöglicht eine bessere Kohäsion des Bindegewebes und fördert damit die Festigkeit und Elastizität des Zahnfleisches und zahnumge-



Anwendung

Hyaluronsäure erneuert das Gewebe, das von Gingivitis oder Parodontitis betroffen ist. Sie wird bei der Behandlung von Läsionen des Zahnfleisches und der Mundschleimhaut bei Stomatitis (Aphthen) verwendet. Zudem vermindert sie die Gereiztheit der Mundschleimhaut durch permanente oder zeitweilige Zahnprothesen und beschleunigt die Wundheilung nach chirurgischen Eingriffen. Sie pflegt und erhält die Gesundheit des Zahnfleisches aufrecht nach dem Einbringen von Zahnimplantaten. Darüber hinaus beschleunigt sie die Wundheilung beim Ausfall der Milchzähne und verhindert Zahnfleischblutungen.

Rezeptfrei erhältlich

Für schmerzhafte und schwer zugängliche Bereiche wird GENGIGEL Spray, bei Gingivitis und Parodontitis GENGIGEL Gel verwendet. Um das entsprechende Niveau der Hyaluronsäure im Zahnfleisch zu erhalten und die Möglichkeit von Erkrankungen des parodontalen Gewebes zu verhindern, empfiehlt sich die tägliche Verwendung der Mundspüllösung.

GENGIGEL-Produkte für die Anwendung zu Hause sind in allen Apotheken rezeptfrei erhältlich. ■

Medis GmbH

campus 21, Europaring F15 301
2345 Brunn am Gebirge
Tel.: 01 23633-35
Fax: 01 23633-359
info@medisaustria.at
www.medisaustria.at
www.gengigel.eu/at

Für die kleinen Patienten

Bunte Milchzahndosen zur Aufbewahrung.



Erst wackelt er nur ganz leicht, dann immer stärker, bald hängt er nur noch an einem Fädchen und schon purzelt der Milchzahn aus dem Mund. Kinder sind stolz auf die abenteuerlichen Geschichten um jeden einzelnen Zahnausfall. Selbst die Eltern werden ein wenig wehmütig und bewahren die Milchzähne als Erinnerung an eine ereignisreiche Zeit in der Entwicklung ihrer Kinder auf.

Jahre auch nicht an schlecht zu riechen – vorausgesetzt die Zähne werden nach dem Ausfallen gut gereinigt.

Im umfangreichen Sortiment des Anbieters befinden sich natürlich auch die beliebten Kinderzugabeartikel, Recallkarten, schöne Demopuppen und als Neuheit handgefertigte Kunstobjekte zur Verschönerung der Praxisräume. ■

Mirus Mix hat zur Aufbewahrung der kostbaren Milchzahn-Trophäen sehr schöne Milchzahndosen im Sortiment. Dort können die ausgefallenen Milchzähne lange Jahre aufbewahrt werden. Entgegen mancher Befürchtungen zerfallen Milchzähne nicht, und sie fangen über die

Mirus Mix Handels-GmbH

Talstr. 64
69198 Schriesheim, Deutschland
Tel.: +49 6203 64668
Fax: +49 6203 68422
info@mirusmix.de
www.mirusmix.de

ANZEIGE

Prophylaxe in der modernen Zahnmedizin

18. April: UP TO DATE-Seminar in Salzburg.

Das renommierte Weiterbildungsprogramm UP TO DATE von Oral-B bietet Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie ihren Teams auch in 2012 die Möglichkeit, sich mit den neuesten Forschungsergebnissen zum Thema Prophylaxe vertraut zu machen. In Deutschland und Österreich informieren namhafte Referenten über aktuelle Trends in der zahnmedizinischen Vorsorge und zeigen, wie

Fortbildung in Salzburg

18. April 2012
15.00 – 18.45 Uhr

Ort: Residenz zu Salzburg
Kaisersaal, Residenzplatz 1, 5020 Salzburg

medizinisches Fortbildungszentrum (ZFZ) Stuttgart, sowie Prof. Dr. Nicole Arweiler, Universität Gießen, Marburg. Unter dem Motto „Prophylaxe in der modernen Zahnmedizin – ein vielfältig nutzbares Instrument!“ erleben die Teilnehmer einen interessanten Nachmittag mit jeweils zwei Beiträgen.

Jeder Teilnehmer kann sich außerdem auf eines der Top-Modelle elektrischer Zahnbürsten (Oral-B Triumph mit SmartGuide) freuen. ■

Procter & Gamble Germany GmbH

Professional Oral Health
Tanja Burdett
Sulzbacher Straße 40
65824 Schwalbach am Taunus
Deutschland
Tel.: +49 08024 47397-63
Fax: +49 32211 0899-0447
www.uptodate-oral-b.com



der Praxisalltag von diesen Erkenntnissen profitieren kann. Zu den Vortragenden zählen unter anderem Prof. Dr. Johannes Einweg, Zahn-

Brillant

Die neue A-dec LED Lampe, als die weltweit höchste verfeinerte OP Lampe, kombiniert einen hohen Farbwiedergabeindex für akkurate Gewebeanalyse, mit einer innovativen Polymerisationsmodus der volle Beleuchtung ohne frühzeitige Polymerisation ermöglicht.



Für ein Fachreferat über die wichtigsten Eigenschaften in qualitativer Dentalbeleuchtung, kontaktieren Sie Ihren A-dec Fachhändler, oder besuchen Sie uns auf www.a-dec.com/LED für mehr Informationen.



www.a-dec.com/LED
Unternehmensberatung

DENTATECH AUSTRIA
DENTATECH AUSTRIA - Alfred Dentel
A-4020 Linz, Franzosenhausweg 49a
Telefon 0 732 1 37 27 00 - 0

4. Internationaler Kongress für Ästhetische Chirurgie
und Kosmetische Zahnmedizin

14.–16. Juni 2012 in Lindau am Bodensee // Hotel Bad Schachen



Goldsponsor



SCAN MICH



Programm
Jubiläumstagung
„20 Jahre Schönheits-
chirurgie Lindau“

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

Donnerstag // 14. Juni 2012

Operationskurse // Live-Übertragung

Die Operationskurse finden in der Bodenseeklinik Lindau,
Graf-Lennart-Bernadotte-Straße 1 (Lindau Insel) statt.

ab 08.00 Uhr Registrierung in der Bodenseeklinik

09.00 – 10.00 Uhr **OP ① Lidkorrekturen**
Leitung: Prof. Dr. Dr. Werner L. Mang/Lindau (DE)

10.00 – 11.00 Uhr **OP ② Brustimplantate**
Leitung: Prof. Dr. Per Héden/Stockholm (SE),
Dr. Marian S. Mackowski/Hamburg (DE),
Dr. Jens Altmann/Lindau (DE)

11.00 – 12.00 Uhr **OP ③ Liposuktion**
Leitung: Dr. Ulrike Then-Schlagau/Lindau (DE),
Dr. Jens Altmann/Lindau (DE)

12.00 – 14.00 Uhr Mittagspause

14.00 – 15.00 Uhr **OP ④ Injektionen Hyaluronsäure**
Leitung: Dr. Kathrin Ledermann/Lindau (DE),
Dr. Andreas Britz/Hamburg (DE)

15.00 – 16.00 Uhr **OP ⑤ Injektionen Botox**
Leitung: Dr. Kathrin Ledermann/Lindau (DE),
Dr. Andreas Britz/Hamburg (DE)

16.00 – 17.00 Uhr **OP ⑥ Liquid-Lift mit Polymilchsäure mit
Hyaluronsäure, Eigenfettinjektionen in die
alternden Hände**
Leitung: Dr. Kathrin Ledermann/Lindau (DE),
Dr. Andreas Britz/Hamburg (DE)

Mit freundlicher Unterstützung durch:



Freitag // 15. Juni 2012

Der Kongress findet im Hotel Bad Schachen statt.

Referenten: 8.30 – 17.20 Uhr

Prof. Dr. Dr. Edgar Biemer/München (DE) | Prof. Dr. Dr. Rainer B. Drommer/Ketsch
(DE) | Prof. Dr. Dr. Werner L. Mang/Lindau (DE) | Prof. Dr. Dr. Hans-Dieter
Pape/Preetz (DE) | Priv.-Doz. Dr. Dr. J. Camilo Roldán/Hamburg (DE) | Prof. Dr.
Rainer Buchmann/Düsseldorf (DE) | Prof. Dr. Per Héden/Stockholm (SE) | Prof. Dr.
Albert K. Hofmann/Ulm (DE) | Prof. Dr. Johannes Franz Hönig/ Hannover (DE) |
Prof. Dr. Martin Jörgens/Düsseldorf (DE) | Prof. Dr. Wolfgang G. Locher, M.A./
München (DE) | Prof. Dr. Marcel Wainwright/Düsseldorf (DE) | Prof. Dr. Nezar
Watted/Würzburg (DE) | Dr. Dominik Feinendegen/Zürich (CH) | Dr. Wolfgang
Funk/München (DE) | Dr. Mariam Omar/Berlin (DE) | Dr. Jens Voss/Leipzig (DE) |
Dr. Matthias Wagner/München (DE) | Dr. Jürgen Wahlmann/ Edewecht (DE) |
Dr. Kianusch Yazdani/Münster (DE)

Themen:

Quo vadis Schönheitschirurgie – Grenzen, Fluch oder Segen? | Brustimplantate
– State of the Art | Aus der Frühzeit der Schönheitschirurgie: Paraffin- und
Wismutinjektionen zur Faltenbehandlung | Facelift mit rein vertikaler SMAS-
Aufhängung | Das endoskopische Stirnlift | Umstellungsosteotomien des
Viscerocraniums zur Profilharmonisierung des Gesichtes | Die Einflussnahme
ästhetisch-chirurgischen Denkens auf das allgemein-chirurgische Handeln |
Kosmetische Parodontologie | Ästhetische Zahnheilkunde – minimalinvasiv
und funktionell | 15 Jahre Lippen-Kiefer-Gaumenspalt-Chirurgie im S.K.M.,
Hospital for Plastic- and Rekonstruktive Surgery, *Gründung und Entwicklung
des deutschen Interplast-Hospitals in Nepal* | Brustrekonstruktion bei ausge-
wählten Problemfällen | Stammzelltherapie – Neuer Trend in der Ästhetisch-
Plastischen Gesichtschirurgie | Ästhetische Therapie im weiblichen Intimbereich
| 25 Jahre Faceliftchirurgie | Planbares Smile Design – Chirurgie,
Funktion und neue adjuvante Therapien | Kieferorthopädische Aspekte der rot-
weißen Ästhetik | Zahnästhetik – Zwischen Standards und Optionen | Aktuelle
Bleachingtrends und Indikationen | Minimalinvasive Zahnästhetik

ab 19.30 Uhr **Get-together in der Sybille Mang Gallery
Schneeberggasse 5, Lindau Insel**

Samstag // 16. Juni 2012

Der Kongress findet im Hotel Bad Schachen statt.

Referenten: 8.30 – 16.00 Uhr

Prof. Dr. Alexander Berghaus/München (DE) | Dr. Peter Neumann/München
(DE) | Dr. Marian S. Mackowski/Hamburg (DE) | Dr. Klaus Plogmeier/Berlin (DE)
| Dr. Gary Weiland/Wiesbaden (DE) | Priv.-Doz. Dr. Dr. J. Camilo Roldán/Hamburg
(DE) | Dr. Frank Neidel/Düsseldorf (DE) | Dr. Madelon Gellenbeck/Düsseldorf (DE)
| Dr. Dr. Wolfgang Feistl/Linz (AT) | Prof. Dr. Dr. Rainer Schmelzle/Hamburg (DE) |
Dr. Wolfgang Redka-Swoboda/Schwangau (DE) | Priv.-Doz. Dr. Dr. Josip S. Bill/
Würzburg (DE) | Dr. Mark A. Wolter/Berlin (DE) | Dr. Alla Kapranova/St. Peters-
burg (RU) | Dr. Ulrike Then-Schlagau/Lindau (DE) | Dr. Jens Altmann/
Lindau (DE)

Themen:

State of the Art – Lidkorrektur | State of the Art – Facelift | State of the Art –
Brustimplantate | State of the Art – Haartransplantation | Algorithmus für
Lippenrekonstruktion unter Berücksichtigung der ästhetischen Einheit im Ge-
sicht | Vom Puppenkopf zum ästhetischen Haaransatz – Entwicklung der Haar-
transplantation | Therapie der Alopecia areata und diffusa durch Akupunktur |
Verbesserung der Lippenästhetik bei voroperierten Lippen-, Kiefer-, Gaumen-
spalten durch Permanent Make-up und Lippenaugmentation mittels Filler |
Operationen der bedeckenden Weichgewebe des Bauches | actio et reactio:
Risikomanagement bei Filler-Injektionen | Die Chirurgie der Kieferfehlstel-
lungen: Einfluss auf die ästhetische Achse Nase–Kiefer–Kinn | Komplikationen
bei der Brustvergrößerung | Risks of large volume liposuction | Brustreduktion
modifiziert nach Pitangy-Fallbeispiel der Bodenseeklinik – Darstellung in
einzelnen Schritten | Abdominoplastik – Fallbeispiele der Bodenseeklinik

ab 20.00 Uhr **Kongresshighlight
Charity Gala im Hotel Bad-Schachen
Zugunsten der Deutschen Schlaganfallhilfe,
Schirmherrin Dr. Brigitte Mohn**

Kongresshighlight // CHARITY GALA

Hotel Bad Schachen //
ab 20.00 Uhr

Zugunsten der Deutschen Schlaganfallhilfe,
Schirmherrin Dr. Brigitte Mohn



Preis pro Person: 120,00 € zzgl. MwSt.
(inklusive aller Speisen, Getränke und Rahmen-
programm)

Charity Gala



Veranstaltungsort

Hotel Bad Schachen
Bad Schachen 1, 88131 Lindau, Deutschland
Tel.: +49 8382 2980
Fax: +49 8382 25390
www.badschachen.de

Zimmerbuchung im Hotel Bad Schachen
Tel.: +49 8382 2980, Fax: +49 8382 25390
Buchungscode: „Schönheitschirurgie Lindau“

Zimmerbuchung in unterschiedlichen Kategorien



Tel.: +49 211 49767-20, Fax: +49 211 49767-29
info@prime-con.eu, www.prim-con.eu

Anfahrtsplan

Einen Stadtplan von Lindau finden Sie auf der Homepage
www.prolindau.de

Eine Anfahrtsbeschreibung zum Hotel Bad Schachen finden Sie auf der
Homepage www.badschachen.de

Kongressgebühren

Freitag, 15. Juni 2012 bis Samstag, 16. Juni 2012

Arzt/Zahnarzt (IGÄM, DGKZ-Mitglied)	195,00 € zzgl. MwSt.
Arzt/Zahnarzt (Nichtmitglied)	225,00 € zzgl. MwSt.
Assistent (mit Nachweis – IGÄM, DGKZ-Mitglied)	95,00 € zzgl. MwSt.
Assistent (mit Nachweis – Nichtmitglied)	110,00 € zzgl. MwSt.
Helferinnen	95,00 € zzgl. MwSt.
Studenten (mit Nachweis)	kostenfrei*

*Für Studenten ist nur die Tagungspauschale zu entrichten.

Tagungspauschale

Die Tagungspauschale ist für jeden Teilnehmer zu entrichten
(umfasst Kaffeepausen, Tagungsgetränke und Mittagessen).

90,00 € zzgl. MwSt.

Veranstalter/Organisation



OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Deutschland
Tel.: +49 341 48474-308
Fax: +49 341 48474-390
event@oemus-media.de
www.oemus.com
www.event-igaem.de

In Zusammenarbeit mit

DGKZ – Deutsche Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e.V.

Nähere Informationen zu den Allgemeinen Geschäftsbedingungen erhalten Sie unter
Tel.: +49 341 48474-308 oder www.oemus.com

Wissenschaftliche Leitung



IGÄM – Internationale Gesellschaft
für Ästhetische Medizin e.V.
Feldstraße 80, 40479 Düsseldorf
Deutschland
Tel.: +49 211 16970-79
Fax: +49 211 16970-66
sekretariat@igaem.de
www.igaem.de

Anmeldeformular per Fax an
+49 341 48474-390
oder per Post

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Deutschland

DTA 4/12

Für den 4. Internationalen Kongress für Ästhetische Chirurgie und Kosmetische Zahnmedizin am
14.–16. Juni 2012 in Lindau am Bodensee melde ich folgende Personen verbindlich an:

ja Freitag OP ① OP ②
 nein Samstag OP ③ OP ④

Titel, Name, Vorname, Tätigkeit IGÄM-/DGKZ-Mitglied Bitte ankreuzen! Live-OPs // Donnerstag Bitte ankreuzen!

Charity Gala: _____ (Bitte Personenzahl eintragen)

Praxisstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für den 4. Internationalen Kongress
für Ästhetische Chirurgie und Kosmetische Zahnmedizin erkenne ich an.

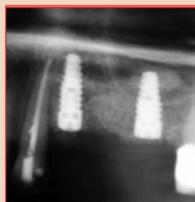
Datum/Unterschrift

E-Mail

IMPLANT TRIBUNE

The World's Implant Newspaper · Austrian Edition

No. 4/2012 · 9. Jahrgang · Wien, 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 20f.



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 22



Produkt des Monats

OsteoBiol ist ein Knochenersatzmaterial von American Dental Systems, das vollständig resorbiert. Besonders geschätzt wird es bei der Socket-Preservation-Technik. ▶ Seite 23

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, Bindegewebs-Transplantate 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

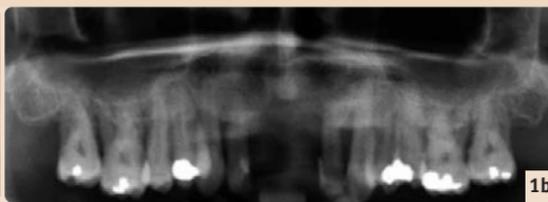


Abb. 1a und b: 49-jähriger Patient mit massiver Parodontitis im gesamten Oberkieferbereich und Versorgung mittels Teilprothese.

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 osseinduktiver 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 Bindegewebs-Transplantate 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

„Back to the roots“ 2012 in Bern

Statement von Univ.-Prof. Dr. Werner Zechner*



Verlässlichkeit, Sicherheit und Vorhersagbarkeit sind wesentliche Werte in der oralen Chirurgie, und dies gilt im Besonderen für die Planung und Durchführung von Implantatbehandlungen. Vielseitige technologische Entwicklungen und Neuerungen haben es für den implantologisch tätigen Behandler jedoch nicht einfacher gemacht, aus der Vielzahl der Behandlungsmöglichkeiten evidenzbasiert richtige, therapeutische Entscheidungen zu treffen.

„Back to the roots“ ist das Generalthema der 6. Gemeinschaftstagung der Österreichischen, Schweizer und Deutschen Gesellschaft für Implantologie, welche alle drei Jahre in den einzelnen Ländern rotierend stattfindet. Das Tagungsthema eignet sich hervorragend, um aktuelle Themen aus dem Bereich der Implantologie auch fachübergreifend zu den sonstigen Fachdisziplinen der Zahnheilkunde kritisch zu durchleuchten. Die heurige Gemeinschaftstagung, die alle drei Jahre mit renommierten Vortragenden aus den drei Partnerländern stattfindet, wird vom 29. November bis 1. Dezember 2012 in Bern stattfinden. „Das länderübergreifende Tagungskomitee ist über das vielseitige Tagungsprogramm und über die Zusagen von zahlreichen hochkarätigen Referenten glücklich – ich freue mich auf eine spannende und informative Tagung in Bern.“

Geplante Themen sind beispielsweise die Diskussion langfristiger Erfolgs- und Überlebensdaten von Implantaten und Zähnen: Auch in der rezenten Literatur besteht eine „Ongoing discussion“, ob ein kompromittierter Zahn einem Implantat überlegen sei. Inwiefern beeinflussen endodontische und parodontale Maßnahmen die diskutierte Prognose dieser Zähne und ab wann ist ein Zahn wirklich extraktionswürdig... back to the roots? Ein weiteres Thema stellt die Beurteilung des Behandlungsrisikos, das wir tagtäglich eingehen, dar: Jede diagnostische und therapeutische Neueinführung in der Implantologie versucht, eine Verbesserung der bestehenden Methoden zu erzielen. Jedoch nicht jede Innovation ist zwangsläufig mit einer Verbesserung gleichzusetzen. Müssen dafür höhere Risiken in Kauf genommen werden bzw. können die neuen Ergebnisse mit Langzeitdaten konventioneller Behandlungsmethoden konkurrieren? Wo verliert sich diese Diskussion in Details... back to the roots?

Der Einblick in zelluläre molekulare Strukturen hat in den letzten Jahren verstärkt zum Verständnis biologischer Abläufe nicht nur in der Allgemeinmedizin, sondern auch in der Implantologie beigetragen und neue

Fortsetzung auf Seite 18 unten

*Präsident der österreichischen Gesellschaft für Implantologie

ANZEIGE

42.

INTERNATIONALER JAHRESKONGRESS DER DGZI

Qualitätsorientierte Implantologie – Wege zum Langzeiterfolg
5./6. Oktober 2012 // Hamburg // Elysee Hotel

Kongresspräsident // Prof. Dr. Dr. Frank Palm/DE
Wissenschaftlicher Leiter // Dr. Roland Hille/DE

Referenten u.a.

Prof. Dr. Dr. Kai-Olaf Henkel/DE	Prof. Dr. Hans-Peter Weber/US
Prof. Dr. Dr. George Khoury/DE	Prof. Dr. Thomas Weischer/DE
Prof. Dr. Dr. Albert Mehli/CH	Priv.-Doz. Dr. Andreas Bindl/CH
Prof. Dr. Herbert Deppe/DE	Dr. Tomohiro Ezaki/JP
Prof. Dr. Werner Götz/DE	Dr. Daniel Ferrari, M.Sc./DE
Prof. Dr. Shoji Hayashi/JP	Dr. Sami Jade/LB
Prof. Dr. Andrea Mombelli/CH	Dr. Ramy Fahmy Rezkallah/EG
Prof. Dr. Dr. Frank Palm/DE	Dr. Osamu Yamashita/JP
Prof. Dr. Suheil Boutros/US	ZTM Andreas Kunz/DE
Prof. Dr. Peter Rammelsberg/DE	ZTM Tom Lassen/DE
Prof. Dr. Anton Sculean/CH	ZTM Christian Müller/DE
Prof. Dr. Dr. Jörg R. Strub/DE	Mohamed Moataz M. Khamis B.D.S., M.S., Ph.D./EG

Goldsponsor: Silbersponsor: Bronzesponsor:

SCAN MICH Video 41. Jahreskongress der DGZI

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

FAXANTWORT

+49 341 48474-390

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

E-Mail-Adresse (bitte angeben)

Praxisstempel

DTA 4/12

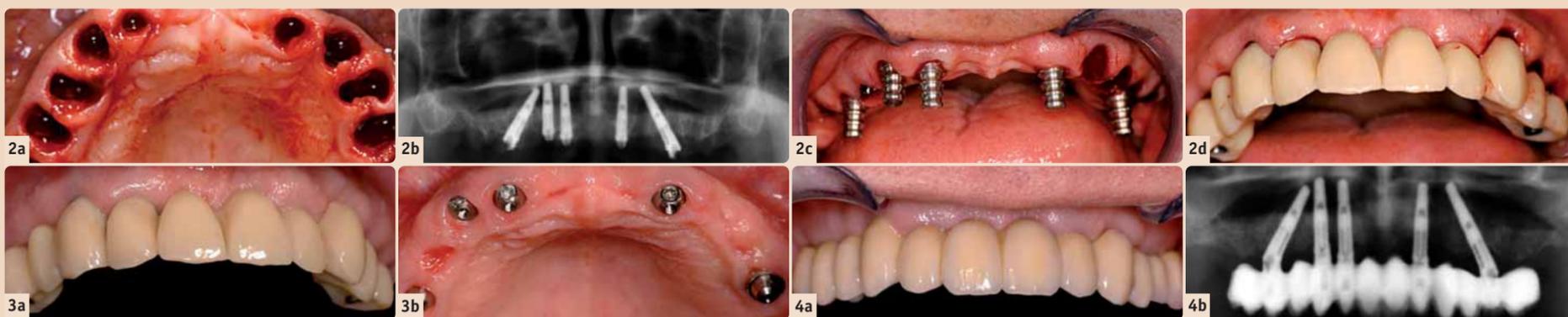


Abb. 2a: Zustand nach Entfernung aller Zähne im Oberkiefer. – Abb. 2b: Röntgenaufnahme des Oberkiefers unmittelbar nach Zahnextraktion und gleich darauffolgender Implantation. – Abb. 2c: Klinische Situation nach Einbringung der Abdruckpfosten. – Abb. 2d: Inkorporation einer provisorischen implantatgetragenen 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 Zahnhäse 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 Knochentransplantaten 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.

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.

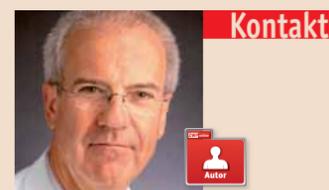
In all diesen Fällen erfolgte präoperativ eine sorgfältige Status quo-Analyse hinsichtlich der Ästhetik, der Sprache, der Funktion und der gegebenen Kronenlänge sowie der Funktion bei gegebener vertikaler Dimension. Dies geschah durch entsprechende Sprachtests und Kontrolle der Ästhetik. Wurde die ge-

gebene 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 Abdrucklöffel 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 Abformlöffeldiente.

Für die Operation selbst erfolgte die Planung der Position, der Länge und der Inklination der Implantate im Processus 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 Abdrucklöffels 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. **II**



Univ.-Prof. DDr. Georg Watzek
Bernhard Gottlieb Universitätszahnklinik, Orale Chirurgie
Sensengasse 2a, 1090 Wien
Tel.: 01 40070-4101
Fax: 01 40070-4109
oralchir-zmk@meduniwien.ac.at



Prim. Dr. Rudolf Fürhauser
Akademie für orale Implantologie
Lazarettgasse 19, 1090 Wien
Tel.: 01 402 8668
Fax: 01 402 8668-10
office@implantatakademie.at
www.implantatakademie.at

ANZEIGE

IGÄM – Internationale Gesellschaft für Ästhetische Medizin e. V.
Präsident: Prof. Dr. Dr. habil. Werner L. Mang

Kursreihe 2012/13
in München/
Lindau, Hamburg,
Berlin, Düsseldorf
und Essen!

IGÄM-Kursreihe 2012/13
„Unterspritzungstechniken –
Anti-Aging mit Injektionen“
Kursleiter: Dr. med. Andreas Britz

SCAN MICH

Programm
Kursreihe 2012
„unterspritzungs-
techniken“

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

Faxantwort: +49 341 48474-390

Praxisstempel

Bitte senden Sie mir das Programm zur IGÄM-Kursreihe 2012/13 zu!

E-Mail-Adresse

DTA 4/12

← Fortsetzung von Seite 17 Statement

Therapien ermöglicht. Es kommen zunehmend körpereigene Substanzen zum Einsatz, die das Therapie-spektrum erweitern sollen und können. Damit stellen sich auch neue Fragen: Ist dadurch das konventionelle Konzept der Osseointegration zu hinterfragen? Hat das Einbringen künstlicher Strukturen ohne Gefäßanschluss Potenzial, Hart- und Weichgewebstransplantate tatsächlich zu ersetzen? Lernen wir somit von der Natur ... back to the roots? Ein besonderer Teil des Programms wird bereits am Beginn der Veranstaltung der Gastvortrag des vierfachen Grammy Award Gewinners Christian Gansch sein, der als Dirigent und Produzent gleichermaßen erfolgreich ist und bereits mit vielen namhaften Orches-

tern und Künstlern (wie Pierre Boulez, Claudio Abbado und Anna Netrebko) zusammengearbeitet hat. Unter dem Titel „Zahnärztliche Praxis“ wird Gansch, untermalt von musikalischen Sequenzen, über seine Erfahrungen in der Musik- und Wirtschaftswelt sprechen und Parallelen zu den Strukturen von Sinfonieorchestern und Unternehmen darstellen.

Abschließend darf ich Sie als Präsident der Österreichischen Gesellschaft herzlich einladen, zu unserer heurigen Gemeinschaftstagung vom 29. November bis 1. Dezember 2012 zu kommen, die charmante Stadt Bern näher kennenzulernen und durch Ihr zahlreiches Kommen die internationale Position der Österreichischen Gesellschaft für orale Implantologie zu stärken.

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



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, Deutschland.

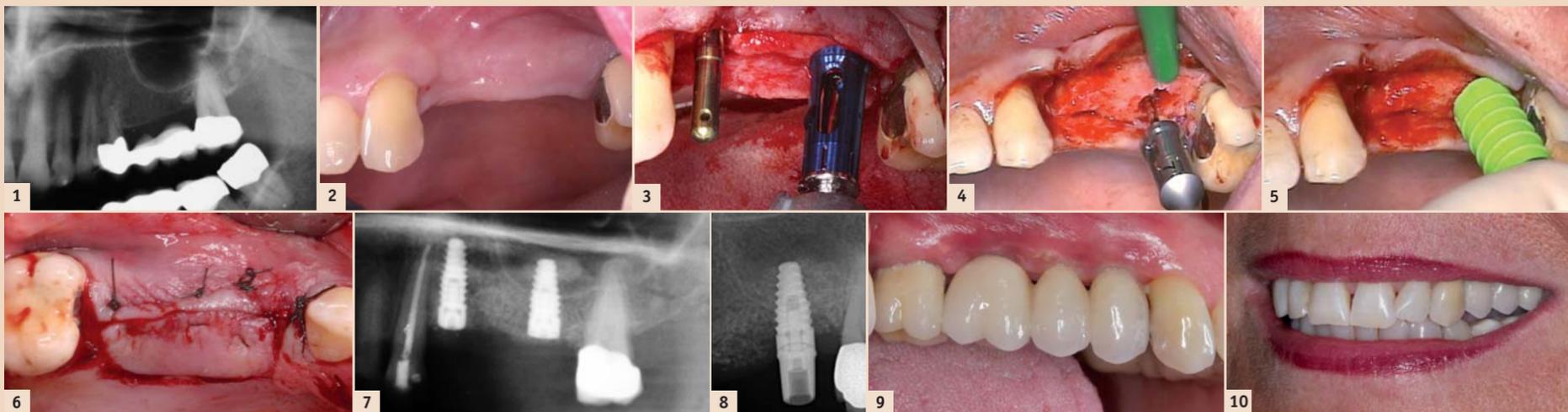


Abb. 1: Röntgenologische Ausgangssituation. Gemessene Knochenhöhe von Sinusboden bis zum Kieferkamm: 6 mm. – **Abb. 2:** Situation zum Zeitpunkt der Implantation mit simultanem internem Sinuslift. Zahn 23 wurde endodontisch behandelt sowie Zahn 24 entfernt. – **Abb. 3:** Einsatz des CAS-KIT Bohrers mit 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 Präparation 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 Kiefer-

höhlenbodens 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 Sinus-

bodenelevation. 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 der Wahl die Präparation eines lateralen Fensters empfohlen. Die „ABC-Sinus Augmentation Classification“ von Wang und Katranji¹⁴ (aus dem Jahr 2008) fordert eine Restknochenhöhe von mindestens 6 mm für den ausschließlichen Einsatz von Osteotomen zum Anheben der Membran und simultaner Implantatinsertion. Die Überlebensrate ist bei einer Restknochenhöhe von 5 mm 96 % und fällt bei einer Restknochenhöhe von 4 mm

ANZEIGE

Designpreis

2012

Österreichs schönste Ordination

Einsendeschluss
01.07.2012

www.zwp-online.info

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 dem 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 Taktilität 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 Bohrgeschwindigkeit 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 Implantatbett-aufbereitung 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 Bohrstopp (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 Bohrstopp nur teilweise, mit dem 7 mm Bohrstopp 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 Sandwichbonentechnik¹⁵ 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



Dr. Olaf Daum
Heltenstraße 16
69181 Leimen, Deutschland
Tel.: +49 6224 75031
md@zahnarzt-leimen.de
www.zahnarzt-leimen.de

NEU



All-in-one: ENDOAce® Torque

Universeller Endomotor mit Drehmoment- und Geschwindigkeitskontrolle: ein einziges Gerät für die Wurzelkanalaufbereitung und Wurzelkanalfüllung.



- Der kürzeste Dental-Mikromotor der Welt ermöglicht eine bequeme Handhabung und ist zudem sterilisierbar.



- Aubereitung und Füllung mit nur einem Gerät durch Motordrehzahlen von 100 bis 40.000 U/min.



- Einfache Bedienung über den integrierten Touchscreen.



SciCan GmbH
Vertrieb MICRO-MEGA®
Tel.: +49 (0)7561 98 343 0
info.de@micro-mega.com
www.micro-mega.com



Your Endo Specialist™

Wann inseriere ich einteilige oder zweiteilige Implantate?

Exzellentes Preis-Leistungs-Verhältnis, 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, Deutschland.

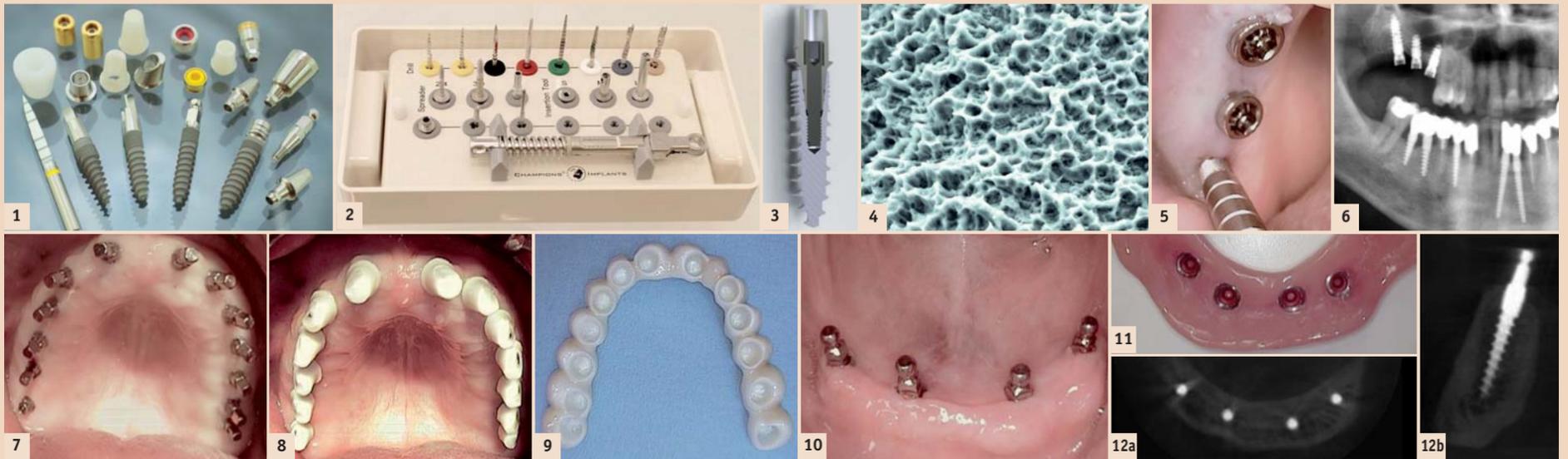


Abb. 1: Die Champions®-Familie ist seit März 2011 durch die zweiteiligen (R)Evolution® erfolgreich bereichert worden. Alle Champions® sind sowohl mit als auch ohne Augmentationen „klassisch“ und auch minimalinvasiv (MIMI®) einsetzbar. – Abb. 2: Das übersichtliche OP- und Prothetik-Tray wird Umsteigern 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 patentierte-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.

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 An-

fang der 80er-Jahre zweiteilige Systeme durchgesetzt haben. Spätestens seit dem Gerichtsurteil von 1999, dass 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 Einführung 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 Sofortversorgung, das heißt der Patient erhält gleich im Anschluss der Behandlung ein feststehendes Provisorium sowie die Sofortbelastung, das heißt bei mehr als drei Pfeiler, die verblockt 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

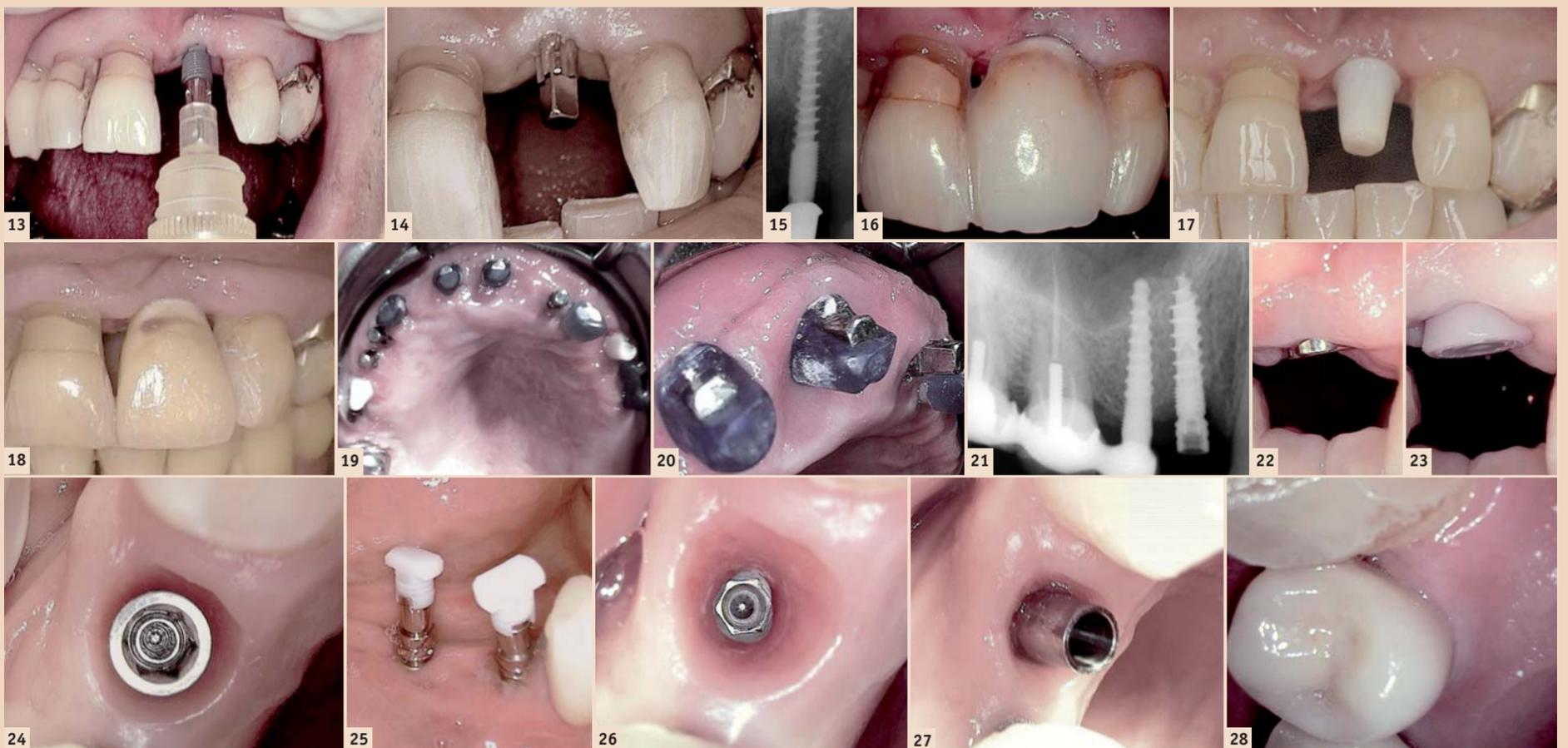


Abb. 13–18: Die provisorische Versorgung in den ersten acht Wochen post OP bei einteiligen Champions® (in diesem Fall mit Prep-Cap) gilt es, das Implantat mit den Nachbarzähnen sicher zu verblocken. Nach dem Erreichen des SOS (Sekundäre Osseointegrations-Stabilität) wird die Abformung durchgeführt und 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 lighthärtendem 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 Belassung 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.

Regeneration und Augmentation

In einer Kursreihe von ADS werden die wichtigsten Grundlagen anhand verschiedener Techniken im Hands-on-Training vermittelt.



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

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 knöcherne Augmentation im Seiten- und Frontzahnbereich, der Sinuslift und die Double-Layer-Technik. Besonders bei der Socket-Preservation-Technik

setzt Prof. Wachtel auf das Knochenersatzmaterial OsteoBiol®.

Gute Biokompatibilität und osteokonduktive Eigenschaften

Das kollagenhaltige porcine Material Osteo-Biol® zeigt in aktuellen Studien, dass das Material vollständig resorbiert und durch Eigenknochen ersetzt wird. Dies führt zu einem deutlich größeren Knochenvolumen, verglichen mit nicht resorbierbarem Ersatzmaterial.

Aufgrund seines speziellen Herstellungsverfahrens bleibt die Struktur und Beschaffenheit der natürlichen Kollagenmatrix erhalten. Durch diese natürliche Kollagenmatrix wird das Einwachsen von Wachstumsfaktoren in die Granulatpartikel unterstützt. ■

American Dental Systems GmbH

Johann-Sebastian-Bach-Straße 42
85591 Vaterstetten, Deutschland
Tel.: +49 8106 300-300
Fax: +49 8106 300-310
info@ADSystems.de
www.ADSystems.de



Termine im ersten Halbjahr 2012

- 18. und 19. Mai 2012 in Stuttgart
- 20. und 21. Juli 2012 in Dresden

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 Abutmentlockerungen 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 Einzelzahn-lücken 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 Munde des Patienten bei feststehendem ZE zum Ausgleich von Pfeilerdivergenzen. Außerdem sollte die Tulpenanzahl im OK sechs bis acht Implantate im unverblochten 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 Patient ist bereits einen Tag post OP arbeitsfähig.

Durch die Insertion mit dem „Champions“-Shuttle ist eine Deformierung des Implantat-Innen-gewindes (vermeidet

später in der prothetischen Phase Abutment-lockerungen) und der Titan-Außenwand während der Implantation selbst bei Insertionskräften bis 70 Ncm nicht möglich. Die zweiteiligen Champions® besitzen einen bakteriendichten Mikrosplatt 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. ■



Dr. Armin Nedjat
Champions-Implants GmbH
Bornheimer Landstraße 8
55237 Flonheim
Deutschland
Tel.: +49 6734 914090
Fax: +49 6734 1053
info@champions-implants.com
www.champions-implants.com

SCAN MICH



Video „Insertion eines (R)Evolution®-Implantats“
QR-Code einfach mit dem Smartphone scannen (z.B. mithilfe des Readers i-nigma)



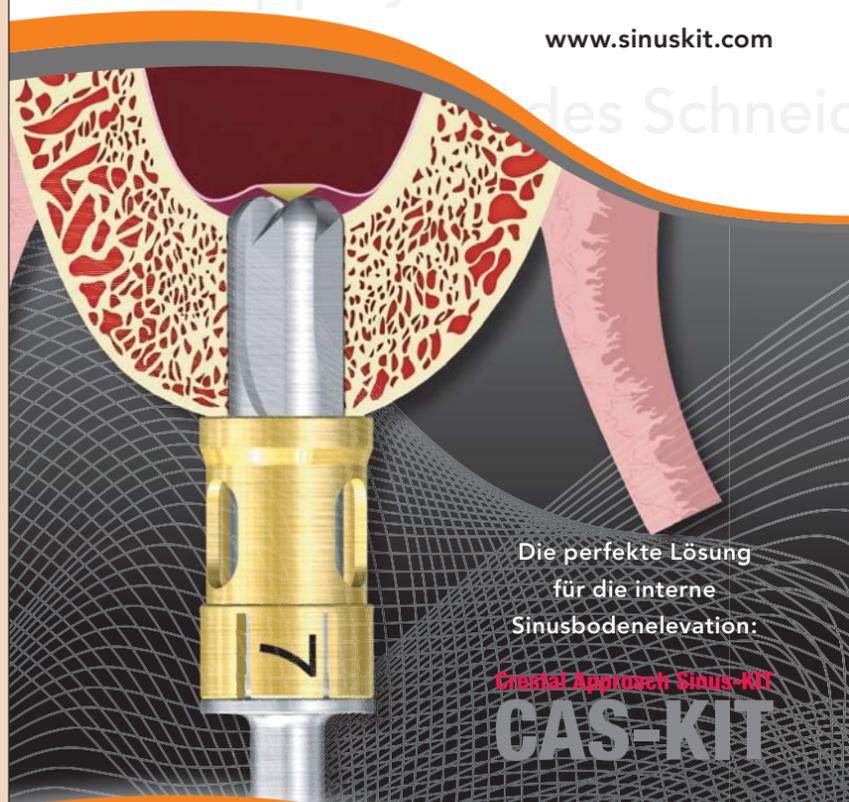
Die perfekte Lösung für die externe Sinusbodenelevation:

Lateral Approach Sinus-KIT
LAS-KIT

Innovatives atraumatisches Bohrerdesign
Sinusbodenelevation in Perfektion

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

www.sinuskit.com



Die perfekte Lösung für die interne Sinusbodenelevation:

Crestal Approach Sinus-KIT
CAS-KIT

Besuchen Sie uns in Wien vom 06.-09. Juni. Hands-on Möglichkeit an unserem Stand 61b



OSSTEM Germany GmbH
Mergenthalerallee 25 • 65760 Eschborn
Tel. +49 61 96-777 55-0 • europe@osstem.com
www.osstem.com • www.sinuskit.com

3 | münchener forum

für Innovative Implantologie

12 fortbildungspunkte

aktuelle trends in der implantologie

wissenschaftliche leitung
| Prof. Dr. Herbert Deppe
| Prof. Dr. Markus Hürzeler

SCAN MICH



Impressionen
2. Münchener
Forum für Innovative
Implantologie

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

programmübersicht samstag | 13. oktober 2012

- 09.00 – 09.15 Uhr **Kongresseröffnung**
Prof. Dr. Herbert Deppe/München
Prof. Dr. Markus Hürzeler/München
- 09.15 – 09.45 Uhr **Die moderne WSR: Mythos und Wirklichkeit**
Prof. Dr. Herbert Deppe/München
- 09.45 – 10.15 Uhr **Komplikationen bei der Sofortimplantation**
Prof. Dr. Germán Gómez-Román/Tübingen
- 10.15 – 10.30 Uhr Diskussion
- 10.30 – 11.00 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung
- 11.00 – 11.30 Uhr **Innovationen in der augmentativen Chirurgie, Implantologie und ästhetischen Komplexbehandlung**
Prof. Dr. Marcel Wainwright/Kaiserswerth
- 11.30 – 12.00 Uhr **Neueste wissenschaftliche Erkenntnisse über Zirkondioxidimplantate und deren klinische Relevanz**
Dr. Michael Gahlert/München
- 12.00 – 12.30 Uhr **Klinische Handlingsaspekte einteiliger Zirkondioxid-implantate im Vergleich zu zweiseitigen Titan-implantaten**
Prof. Dr. Dr. Heinz Kniha/München
- 12.30 – 12.45 Uhr Diskussion
- 12.45 – 13.45 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung
- 13.45 – 14.30 Uhr **Dynamik und klinische Bedeutung von periimplantärem Knochenabbau**
Dr. Paul Weigl/Frankfurt am Main
- 14.30 – 15.00 Uhr **Reduktion der Patientenbelastung durch gezieltes OP-Management**
Dr. Daniel Ferrari, M.Sc./Düsseldorf
- 15.00 – 15.20 Uhr **Ist die „Socket-Shield-Technik“ praxisreif?**
Stephan Rebele/München
- 15.20 – 15.30 Uhr Diskussion
- 15.30 – 16.00 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung
- 16.00 – 16.30 Uhr **Rezessionsdeckung an Implantaten – Möglichkeiten und Grenzen**
Dr. Christian Hammächer/Aachen
- 16.30 – 17.00 Uhr **Gibt es eine Behandlung der Periimplantitis?**
Prof. Dr. Markus Hürzeler/München
- 17.00 – 17.15 Uhr Abschlussdiskussion

Allgemeine Geschäftsbedingungen

1. Die Kongressanmeldung erfolgt schriftlich auf den vorgedruckten Anmeldekarten oder formlos. Aus organisatorischen Gründen ist die Anmeldung so früh wie möglich wünschenswert. Die Kongresszulassungen werden nach der Reihenfolge des Anmeldeeinganges vorgenommen.
2. Nach Eingang Ihrer Anmeldung bei der OEMUS MEDIA AG ist die Kongressanmeldung für Sie verbindlich. Sie erhalten umgehend eine Kongressbestätigung und die Rechnung. Für OEMUS MEDIA AG tritt die Verbindlichkeit erst mit dem Eingang der Zahlung ein.
3. Bei gleichzeitiger Teilnahme von mehr als 2 Personen aus einer Praxis an einem Kongress gewähren wir 10 % Rabatt auf die Kongressgebühr, sofern keine Teampreise ausgewiesen sind.
4. Die Rechnung umfasst die ausgewiesene Kongressgebühr und Tagungspauschale zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.
5. Der Gesamtrechnungsbetrag ist bis spätestens 2 Wochen vor Kongressbeginn (Eingang bei OEMUS MEDIA AG) auf das angegebene Konto unter Angabe des Teilnehmers, der Seminar- und Rechnungsnummer zu überweisen.
6. Bis 4 Wochen vor Kongressbeginn ist in besonders begründeten Ausnahmefällen auch ein schriftlicher Rücktritt vom Kongress möglich. In diesem Fall ist eine Verwaltungskostenpauschale von 25,- € zu entrichten. Diese entfällt, wenn die Absage mit einer Neuanmeldung verbunden ist.
7. Bei einem Rücktritt bis 14 Tage vor Kongressbeginn wird die halbe Kongressgebühr und Tagungspauschale zurückerstattet, bei einem späteren Rücktritt verfällt die Kongressgebühr und die Tagungspauschale. Der Kongressplatz ist selbstverständlich auf einen Ersatzteilnehmer übertragbar.
8. Mit der Teilnahmebestätigung erhalten Sie den Anfahrtsplan zum jeweiligen Kongresshotel und, sofern erforderlich, gesonderte Teilnehmerinformationen.
9. Bei Unter- oder Überbelegung des Kongresses oder bei kurzfristiger Absage eines Kongresses durch den Referenten oder der Änderung des Kongressortes werden Sie schnellstmöglich benachrichtigt. Bitte geben Sie deshalb Ihre Privattelefonnummer und die Nummer Ihres Faxgerätes an. Für die aus der Absage eines Kongresses entstehenden Kosten ist OEMUS MEDIA AG nicht haftbar. Der von Ihnen bereits bezahlte Rechnungsbetrag wird Ihnen umgehend zurückerstattet.
10. Änderungen des Programmablaufs behalten sich Veranstalter und Organisatoren ausdrücklich vor. OEMUS MEDIA AG haftet auch nicht für Inhalt, Durchführung und sonstige Rahmenbedingungen eines Kongresses.
11. Mit der Anmeldung erkennt der Teilnehmer die Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG an.
12. Gerichtsstand ist Leipzig.

Achtung! Sie erreichen uns unter der Telefonnummer +49 341 48474-308. Während der Veranstaltung können Sie Ihren Betreuer unter der Telefonnummer +49 173 3910240 erreichen.

programm helferinnen samstag | 13. oktober 2012



Seminar zur Hygienebeauftragten
Iris Wälter-Bergob/Meschede
09.00 – 18.00 Uhr (inkl. Pausen)

SEMINAR | a |

- Rechtliche Rahmenbedingungen für ein Hygienemanagement
- Anforderungen an die Aufbereitung von Medizinprodukten
- Wie setze ich die Anforderungen an ein Hygienemanagement in die Praxis um?
- Überprüfung des Erlernten

Lernerfolgskontrolle durch Multiple-Choice-Test



Ausbildung zur Qualitätsmanagementbeauftragten
Christoph Jäger/Stadthagen
09.00 – 18.00 Uhr (inkl. Pausen)

SEMINAR | b |

- Gesetzliche Rahmenbedingungen, mögliche Ausbaustufen
- Die wichtigsten Unterlagen in unserem QM-System
- Was ist das Mittel der Wahl, Computer oder Handbuch?
- Wie können wir Fotos z.B. einer Behandlungsvorbereitung in einen Praxisablauf einbinden?

Lernerfolgskontrolle durch Multiple-Choice-Test

seminare freitag | 12. oktober 2012



SEMINAR | 1 | 12.00 – 18.00 Uhr
GOZ 2012
Iris Wälter-Bergob/Meschede



SEMINAR | 2 | 14.00 – 18.00 Uhr
Minimalinvasive Augmentationstechniken – Sinuslift, Sinuslifttechniken
Prof. Dr. Klaus-U. Benner/Germering
Dr. Dr. Karl-Heinz Heuckmann/Chieming



SEMINAR | 3 | 14.00 – 18.00 Uhr
Chirurgische Aspekte der rot-weißen Ästhetik
Prof. Dr. Marcel Wainwright/Kaiserswerth

seminare samstag | 13. oktober 2012



SEMINAR | 4 | 09.00 – 15.00 Uhr
Veneers von A-Z
Dr. Jürgen Wahlmann/Edewecht



SEMINAR | 5 | 09.00 – 15.00 Uhr
Minimalinvasive Zahnästhetik
Dr. Jens Voss/Leipzig

organisatorisches veranstaltungsort | kongressgebühren

Veranstaltungsort
Hilton München City
Rosenheimer Straße 15 | 81667 München | Deutschland
Tel.: +49 89 4804-0 | Fax: +49 89 4804-4804 | www.hilton.de/muenchencity

Zimmerbuchungen über
PRIMECON

Tel.: +49 211 49767-20 | Fax: +49 211 49767-29
info@prime-con.eu | www.prim-con.eu

Hauptkongress Samstag | 13. Oktober

Zahnarzt (Frühbucherrabatt bis 30.04.2012)	175,- € zzgl. MwSt.
Zahnarzt	200,- € zzgl. MwSt.
Assistenten (mit Nachweis)	85,- € zzgl. MwSt.
Helferinnen (Seminar A oder B)	85,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale*	45,- € zzgl. MwSt.

Seminare Freitag | 12. Oktober 2012

Seminar 1	85,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale*	45,- € zzgl. MwSt.
Seminar 2	195,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale*	25,- € zzgl. MwSt.
Seminar 3	195,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale*	25,- € zzgl. MwSt.

Bei der Teilnahme am Seminar 2 und 3 entfällt die Kongressgebühr für den Hauptkongress am Samstag. Hier ist lediglich die Tagungspauschale in Höhe von 45,- € zzgl. MwSt. zu entrichten.

Samstag | 13. Oktober 2012

Seminar 4	295,- € zzgl. MwSt.
(DGKZ-Mitglieder erhalten 10 % Rabatt auf die Kursgebühr)	
Tagungspauschale*	45,- € zzgl. MwSt.
Seminar 5	295,- € zzgl. MwSt.
passive Teilnahme	395,- € zzgl. MwSt.
aktive Teilnahme	45,- € zzgl. MwSt.

* Die Tagungspauschale beinhaltet Kaffeepausen, Tagungsgetränke, Imbissversorgung und ist für jeden Teilnehmer verbindlich zu entrichten.

Veranstalter/Organisation
OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29 | 04229 Leipzig | Deutschland
Tel.: +49 341 48474-308 | Fax: +49 341 48474-390
event@oemus-media.de | www.oemus.com

In Kooperation mit
Klinikum rechts der Isar der TUM Technische Universität München
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Ismaninger Straße 22 | 81675 München | Deutschland

Wissenschaftliche Leitung
Prof. Dr. Herbert Deppe/München
Prof. Dr. Markus Hürzeler/München

Nähere Informationen zu den Seminaren finden Sie unter www.oemus.com

Anmeldeformular per Fax an

+49 341 48474-390

oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Deutschland

Für das 3. Münchener Forum für Innovative Implantologie am 12./13. Oktober 2012 in München melde ich folgende Personen verbindlich an (Bitte Zutreffendes eintragen bzw. ankreuzen):

<input type="checkbox"/> Seminar 1	<input type="checkbox"/> Hauptkongress
<input type="checkbox"/> Seminar 2	<input type="checkbox"/> Seminar A oder <input type="checkbox"/> Seminar B
<input type="checkbox"/> Seminar 3	<input type="checkbox"/> Seminar 4
<input type="checkbox"/> Seminar 4	<input type="checkbox"/> Seminar 5
<input type="checkbox"/> Seminar 5	<input type="checkbox"/> aktiv oder <input type="checkbox"/> passiv
Freitag	Samstag

<input type="checkbox"/> Seminar 1	<input type="checkbox"/> Hauptkongress
<input type="checkbox"/> Seminar 2	<input type="checkbox"/> Seminar A oder <input type="checkbox"/> Seminar B
<input type="checkbox"/> Seminar 3	<input type="checkbox"/> Seminar 4
<input type="checkbox"/> Seminar 4	<input type="checkbox"/> Seminar 5
<input type="checkbox"/> Seminar 5	<input type="checkbox"/> aktiv oder <input type="checkbox"/> passiv
Freitag	Samstag

Praxisstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für das 3. Münchener Forum für Innovative Implantologie erkenne ich an.

Datum/Unterschrift

E-Mail: