

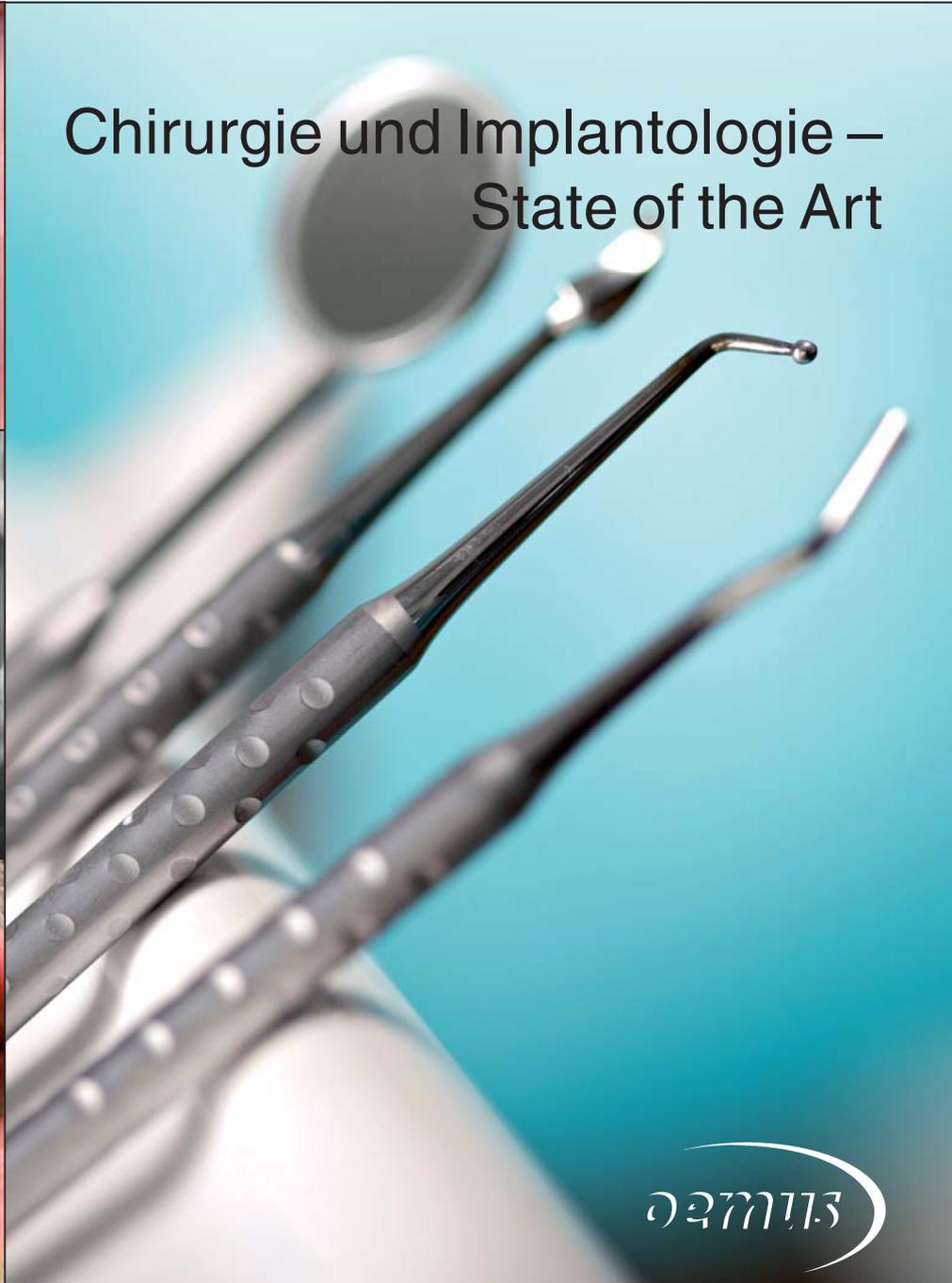
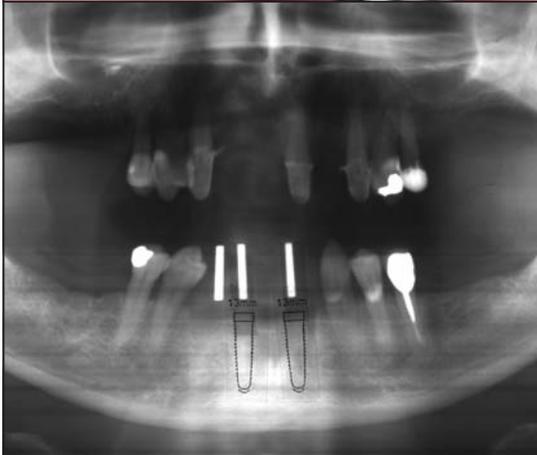
ORALCHIRURGIE JOURNAL



- | **Spezial**
- | **Marktübersicht**
- | **Fachbeitrag**
- | **Anwenderbericht**

- | **Interview**
- | **Events**

Piezoelektrisches Bone Splitting und Implantation
Implantologiemarkt
Krebsfrüherkennung im Bereich von Mundhöhle und Lippen
Struktur- und Volumenerhalt bei verzögerten Sofortimplantationen |
Konusretention von Prothesen auf Implantaten
„Jedes Implantat ist nur so gut, wie der Chirurg“
29. Jahrestagung des BDO | 7. EFOSS Kongress in Mailand:
„Zahn versus Implantat“ | Dr. Horst Luckey feiert 70. Geburtstag



Chirurgie und Implantologie – State of the Art





CAMLOG steht für Erfolg!
www.camlog.de



Erstklassige
Tube-in-Tube™ Verbindung

Einfache Abutment-Positionierung
über drei Nuten und Nocken

Millionenfach bewährte
SCREW-LINE Außengeometrie

Optional mit
Platform-Switching

Hohe radiale
Positionsgenauigkeit

Alternativ mit
schablonegeführter Implantation

ERFOLG

Das CAMLOG® Implantatsystem schreibt seit Jahren Erfolgsgeschichte. Die hohe Anwenderfreundlichkeit, die überragende Präzision und die konsequente prothetische Orientierung überzeugen die Anwender. Ein zuverlässiger Service und ein attraktives Preis-Leistungs-Verhältnis runden das Gesamtpaket ab und machen CAMLOG zu einem Partner mit hohem Mehrwert. Überzeugen Sie sich! Weitere Infos: Telefon 07044 9445-100, www.camlog.de.

a perfect fit™

camlog

EDITORIAL



IDS 2013

Vom 12. bis zum 16. März treffen sich in Köln die weltweit führenden Unternehmen der Dentalbranche, um uns Zahnärzten die neuesten Produktinnovationen auf dem Gebiet der Zahnmedizin und der Zahntechnik zu präsentieren.

Bei der letzten IDS im Jahre 2011 besuchten mehr als 117.000 Fachbesucher die Messehallen in Köln, wobei knapp 48 Prozent der aus Deutschland stammenden Besucher eine Zahnarztpraxis betreiben. Diese hatten die Möglichkeit, sich bei mehr als 1.900 Ausstellern aus dem In- und Ausland über die neuesten Produkte- und Technologieentwicklungen zu informieren, wobei mehr als die Hälfte der Aussteller aus Deutschland kamen. Man darf gespannt sein, mit welchen Innovationen die Industrie dieses Jahr bei der IDS zum Beispiel bei der weiteren Modifikation von Implantatoberflächen aufwarten wird. Auch die Digitalisierung in den Zahnarztpraxen wird weiter voranschreiten, nicht nur im Bereich der dentalen Röntgendiagnostik, sondern auch im Bereich der zahnärztlichen Prothetik durch die Implementierung von digitalen Abformungssystemen wird einiges zu erwarten sein. Gerade im Bereich der computergestützten Planungsprogramme erleichtert die Digitalisierung die Abläufe bei der implantologischen Backward Planning und ermöglicht es frühzeitig, durch entsprechende Visualisierung, den Patienten bei der Beratung und Planung seines (implantatgetragenen) Zahnersatzes besser mit einzubeziehen.

Auch im Bereich der Zahntechnik revolutioniert die CAD/CAM-Technik unseren Bereich maßgeblich. So bieten sich heute Fertigungsmöglichkeiten an, die es ermöglichen, anhand eines Datensatzes entsprechende Suprakonstruktionen herzustellen und direkt nach Insertion der Implantate mithilfe von computergestützt hergestellten Borschablonen den Patienten zügig zu versorgen. Der ein oder andere erfahrene Implantologe wird dieser Digitalisierung noch skeptisch gegenüberstehen. Aber die Systeme werden mittelfristig aufgrund des steigenden Konkurrenzdruckes, sicherlich auch hinsichtlich der verbesserten Wirtschaftlichkeit, nicht mehr aus den Praxen wegzudenken sein.

Übrigens freut sich auch die Redaktion und die OEMUS MEDIA AG, wenn Sie uns auf der IDS besuchen: Halle 4.1, Stand Do60–Fo69.

Viel Spaß beim Lesen wünscht Ihnen Ihr



Torsten W. Remmerbach

INHALT



Editorial

- 3 **IDS 2013**
Torsten W. Remmerbach

Spezial

- 6 **Piezelektrisches Bone Splitting und Implantation**
Dr. med. dent. Renzo Bassetti, Dr. med. dent. Mario Bassetti, Prof. Dr. med. dent. Regina Mericske-Stern, Priv.-Doz. Dr. med. dent. Norbert Enkling

Marktübersicht

- 12 **Herausforderung und Trends 2013**
Jürgen Isbaner
- 14 **Anbieter und Produkte Implantologiemarkt**

Fachbeitrag

- 20 **Krebsfrüherkennung im Bereich von Mundhöhle und Lippen**
Dr. Dr. Michael Wiesend,
Dr. Bettina Hübinger-Wiesend

Anwenderbericht

- 24 **Struktur- und Volumenerhalt bei verzögerten Sofortimplantationen**
Dr. Georg Bach, ZTM Christian Müller
- 28 **Konusretention von Prothesen auf Implantaten**
Stephan Payer

Interview

- 36 **„Jedes Implantat ist nur so gut, wie der Chirurg“**

Events

- 38 **29. Jahrestagung des BDO**
- 41 **7. EFOSS Kongress in Mailand: „Zahn versus Implantat“**
- 42 **Parodontologie-Curriculum in Hamburg**
- 46 **Dr. Horst Luckey feiert 70. Geburtstag**

Fortbildung

- 48 **Fortbildungsveranstaltungen des BDO 2013**

Herstellerinformationen

- 43 **Tipp**
- 44 **News**

Kongresse, Impressum

NSK



IDS
2013

Halle 11.1
Stand D030/
E030/
E039

Surgic Pro

Die erste Wahl für Profis

Leistung, Sicherheit & Präzision. Keine Kompromisse.



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

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

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



Neues zerlegbares Winkelstück
X-DSG20 (20:1 Untersetzung)

Mit einer einzigen Drehung wird das X-DSG20 zerlegt und kann anschließend von innen gereinigt werden.

Licht	MODELL: Surgic Pro+D (USB Data), inkl. zerlegbarem Winkelstück X-DSG20L REF: Y1002096	€ 4.655,-*
Licht	MODELL: Surgic Pro optic inkl. Winkelstück X-SG20L (nicht zerlegbar) REF: Y1001933	€ 4.200,-*
Ohne Licht	MODELL: Surgic Pro non-optic inkl. Winkelstück SG20 (nicht zerlegbar) REF: Y1001934	€ 3.200,-*

Licht	MODELL: X-DSG20L REF: C1068	€ 1.045,-*
Ohne Licht	MODELL: X-DSG20 REF: C1067	€ 849,-*

*Alle Preise zzgl. MwSt.

NSK Europe GmbH

TEL: +49 (0) 61 96/77 606-0 FAX: +49 (0) 61 96/77 606-29
E-MAIL: info@nsk-europe.de WEB: www.nsk-europe.de



Powerful Partners®

Piezoelektrisches Bone Splitting und Implantation

Horizontale Alveolarkammaugmentation

Der atrophe Alveolarkamm ist für den Behandler nach wie vor eine Herausforderung. Große Knochenaufbauverfahren sind invasiv, mit einer höheren Patientenmorbidity verbunden, zeitintensiv und kostspielig. Die Vorhersagbarkeit der Behandlungsergebnisse ist gering und das Misserfolgsrisiko höher. Die Verbreiterung des Alveolarkammes in horizontaler Dimension mittels piezoelektrischer Bone-Splitting-Technik hat diesbezüglich diverse Vorteile: Sehr dünne Alveolarkämme (2 bis 3mm) mit einer Knochenqualität des Typs 1 bis 2 können mittels einzeitigem chirurgischen Vorgehen behandelt werden.

Dr. med. dent. Renzo Bassetti¹, Dr. med. dent. Mario Bassetti², Prof. Dr. med. dent. Regina Mericske-Stern¹,
Priv.-Doz. Dr. med. dent. Norbert Enkling¹

■ Das Ziel dieses Fallberichtes ist es, die zum Thema Kammspreizung vorhandene Literatur aufzuarbeiten und das schrittweise Vorgehen einer piezoelektrischen Alveolarkammspreizung (Piezon Master Surgery®, EMS, Schweiz) mit simultaner Implantation im Unterkiefer und die klinische und radiologische Situation ein und zwei Jahre nach Belastung der Implantate zu zeigen.

Einleitung

Ein Knochendefizit in horizontaler Dimension ist für den Einsatz von Standardimplantaten ein häufig auftretender limitierender Faktor. Der Verlauf der Knochenresorption nach Zahnextraktion ist hinlänglich bekannt.^{4-6,11} Über einen Zeitraum von vier bis zwölf Monaten nach Zahnextraktion vermindert sich die bukkolinguale krestale Knochendimension um circa 3,1 bis 5,9 mm.^{10,23,25,26,35} Die Veränderungen in horizontaler Dimension sind in der Molarenregion ausgeprägter als in der Prämolarenregion und im Unterkiefer deutlicher als im Oberkiefer.³⁵ Um ein Implantat mit einem Durchmesser von 3,5 bis 4,0 mm ohne augmentative Verfahren setzen zu können, ist eine minimale Knochenbreite von 6 bis 7 mm notwendig.^{1,11,12,29} Mindestens 1 bis 1,5 mm Knochen braucht es sowohl bukkal als auch lingual/palatal eines Implantates, um vorhersagbare Resultate zu erzielen.^{36,37,41} Ist das horizontale Knochenangebot des Alveolarkammes koronal sowie apikal deutlich reduziert (< 5 mm), muss ein zweizeitiges Vorgehen mittels gesteuerter Knochenregeneration (GBR) zur Anwendung kommen.^{13,19,27,39,50} Ein Gemisch aus autogenem Knochen und allogenen Knochenmaterial,^{9,21,45,49} intraoral oder extraoral (Beckenkamm, Tibia, Schädelkallotte) gewonnene autogene Knochenblöcke^{18,28,32,33} oder horizontale Distaktionsosteogenese können zur An-

wendung kommen.⁴³ Bevor die Implantate schließlich inseriert werden können, ist jedoch eine Abheilungszeit von mehreren Monaten unumgänglich. Derartige Verfahren sind kostspielig und zeitintensiv und beeinträchtigen die Patientenmorbidity negativ.^{18,24,30,40,51}

Beim Vorhandensein eines massiven Knochendefizites in horizontaler Dimension empfehlen einige Autoren die Anwendung der piezoelektrischen Bone-Splitting-Technik mit simultaner Implantatinserion. Die Alveolarkammexpansionstechnik mithilfe von Osteotomen wurde durch Tatum eingeführt und durch Summers modifiziert.^{42,44} Andere Behandler bevorzugen Meißel anstelle von Osteotomen, um den Alveolarkamm zu verbreitern.^{36,37} Beide Verfahren werden bei weicher Knochenqualität (Typ 3 oder 4) empfohlen und erlauben es, die Implantate simultan zu inserieren. Allerdings ist eine Minimalbreite des Alveolarkammes von 3 bis 4 mm die Voraussetzung.^{41,46} An die Grenzen dieser Techniken stößt man beim Vorhandensein stark mineralisierten Restknochens und beim Fehlen einer spongiösen Schicht zwischen der oralen und bukkalen kortikalen Knochenplatte.

In der Literatur sind zwei unterschiedliche Geräte beschrieben, um harten Alveolarknochen kontrolliert schneiden zu können: die Mikrosäge⁴¹ und piezoelektrische Geräte.⁴⁶ Beide Techniken sind traumaarm und können unabhängig der vorhandenen Knochenqualität mit vorhersagbarem Resultat angewendet werden.^{41,46} Darüber hinaus erlauben es diese Geräte, dünnere Schnitte zu präparieren als mit konventionellen Bohrern.⁴¹ Die Anwendung piezoelektrischer Geräte (Piezosurgery) scheint zudem den Knochenheilungs- und Remodelingprozess positiv zu beeinflussen.^{16,22,34,48}

Die Philosophie der Piezochirurgie basiert auf zwei Konzepten:⁴⁷

- Minimalinvasive Chirurgie verbessert und beschleunigt die Gewebeheilung.
- Aufgrund der sicheren intraoperativen Handhabung resultieren vorhersagbare Ergebnisse.

1 Klinik für Zahnärztliche Prothetik, Zahnmedizinische Kliniken der Universität Bern

2 Klinik für Parodontologie der Universität Bern

SOPIRA® Citocartin

Vertrauen Sie auf Wissen
und Erfahrung.



SOPIRA®

Besuchen Sie uns auf der IDS!

IDS
2013

12. – 16.03.2013,
Stand-Nr.: A-008 – C-019,
Halle 10.1

SOPIRA® – Citocartin: Das Articain von Heraeus

- **Für Ihre Sicherheit:** Der klassische Wirkstoff Articain vereint alle Vorteile einer bewährten Substanz mit einem optimalen Wirkungsprofil – damit Sie sich auf die Behandlung konzentrieren können.
- **Für Ihren Komfort:** Profitieren Sie von der schnellen, zuverlässigen Wirkung für alle Anästhesiemethoden. Und von unserer Komplettlösung: zusammen mit SOPIRA Carpule, SOPIRA Citoject und SOPIRA Ject als System aus einer Hand.
- **Für Ihren guten Ruf:** Wir richten unser Augenmerk auch auf den Komfort Ihrer Patienten. Die Wirkdauer von SOPIRA Citocartin ist den Patientenbedürfnissen und Indikationen angepasst.

Heraeus Dental. Mundgesundheits in besten Händen.

heraeus-dental.com

Deutschland: SOPIRA® Citocartin mit Epinephrin 40 mg/ml + 10 Mikrogramm/ml Injektionslösung; SOPIRA® Citocartin mit Epinephrin 40 mg/ml + 5 Mikrogramm/ml Injektionslösung • Österreich: SOPIRA® Citocartin 40 mg/ml + 10 Mikrogramm/ml Injektionslösung; SOPIRA® Citocartin 40 mg/ml + 5 Mikrogramm/ml Injektionslösung • **ZUSAMMENSETZUNG:** SOPIRA Citocartin mit Epinephrin 40 mg/ml + 10 Mikrogramm/ml Injektionslösung: 1 ml Injektionslösung enthält 40 mg Articainhydrochlorid u. 10 Mikrogramm Epinephrin (als Epinephrinhydrogentartrat). 1 Patrone mit 1,7 ml Injektionslösung enthält 68 mg Articainhydrochlorid und 17 Mikrogramm Epinephrin. SOPIRA Citocartin mit Epinephrin 40 mg/ml + 5 Mikrogramm/ml Injektionslösung; SOPIRA Citocartin 40 mg/ml + 5 Mikrogramm/ml Injektionslösung: 1 ml Injektionslösung enthält 40 mg Articainhydrochlorid u. 5 Mikrogramm Epinephrin (als Epinephrinhydrogentartrat). 1 Patrone mit 1,7 ml Injektionslösung enthält 68 mg Articainhydrochlorid und 8,5 Mikrogramm Epinephrin. Sonst. Bestand.: Natriummetabisulfit 0,5 mg/ml (Ph.Eur.) (E223), Natriumchlorid, Wasser für Injektionszwecke, Salzsäure 2% (E507) z. pH-Anpassung; 1 ml Lösung enthält 0,39 mg Natrium. • **Anwendungsgebiete:** Lokalanästhesie (Infiltrations- u. Leitungsanästhesie) in der Zahnheilkunde; SOPIRA Citocartin mit Epinephrin 40 mg/ml + 10 Mikrogramm/ml Injektionslösung; SOPIRA Citocartin 40 mg/ml + 10 Mikrogramm/ml Injektionslösung: Zahnärztl. Behandlungen, die verlängerte Schmerzf়reiheit und starke Verminderung der (Durch-)Blutung erfordern, z. B.: Schleimhaut- und knochenchirurgische Eingriffe, pulpenchirurgische Eingriffe (Amputation und Exstirpation), Extraktion von Zähnen mit Desmodontitis oder frakturierter Zähnen (Osteotomie), perkutane Osteosynthese, Zystektomie, mukogingivale Eingriffe, Apektomie (Wurzelspitzenresektion); SOPIRA Citocartin mit Epinephrin 40 mg/ml + 5 Mikrogramm/ml Injektionslösung; SOPIRA Citocartin 40 mg/ml + 5 Mikrogramm/ml Injektionslösung: Zahnärztliche Routinebehandlungen wie z. B. unkomplizierte Einzel- und Reihenextraktionen, Kavitäten- und Kronenstumpfpräparationen. • **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. Aufgrund des lokalnästhetischen Wirkstoffs Articain darf das Arzneimittel nicht angewendet werden bei: bekannter Allergie oder Überempfindlichkeit gegen andere Lokalanästhetika vom Amid-Typ, schweren Störungen des Reizbildungs- oder Reizleitungssystems am Herzen (z. B. AV-Block 2. und 3. Grades, ausgeprägte Bradykardie), akuter dekompensierter Herzinsuffizienz (akutes Versagen der Herzleistung), schwerer Hypotonie, Myasthenia gravis. Aufgrund des Epinephrin-Gehalts darf das Arzneimittel nicht angewendet werden bei: Patienten mit paroxysmaler Tachykardie, Patienten mit einem kürzlich erlittenen Myokardinfarkt, Patienten mit einer kürzlich durchgeführten Koronararterien-Bypass-Operation, Patienten mit hochfrequenter absoluter Arrhythmie, Patienten mit Engwinkelglaukom, Patienten, die nicht-kardioselektive β -Blocker wie Propranolol einnehmen (Risiko einer hypertonen Krise oder schweren Bradykardie), Patienten mit Hyperthyreose, Patienten mit schwerer Hypertonie, Koronarinsuffizienz, Begleittherapie mit Monoaminoxidase(MAO)-Hemmern oder trizyklischen Antidepressiva und anderen Arzneimitteln, die den Blutdruck beeinflussen, sowie mit halogenierten Inhalationsnarkotika, Anästhesien der terminalen Nervenendigungen. Aufgrund des Sulfitgehalts darf SOPIRA Citocartin nicht angewendet werden bei Patienten mit: Allergie oder Überempfindlichkeit gegen Sulfit, schwerem Bronchialasthma. SOPIRA Citocartin kann akute allergische Reaktionen mit anaphylaktischen Symptomen (z. B. Bronchospasmen) hervorrufen. Die intravenöse Anwendung und die Injektion in entzündetes Gewebe sind kontraindiziert. • **Nebenwirkungen: Selten:** verlangsamer Herzschlag (Bradykardie); unregelm. Herzschlag (Arrhythmie); Erregung (exzitatorische Reaktionen), Zittern (Tremor), Orientierungsprobleme, metall. Geschmack, Schwindelgefühl (Vertigo), Ohrenklingen/Ohrgeräusche (Tinnitus), Pupillenerweiterung (Mydriasis), „Ameisenlaufen“ (Parästhesie), Kieferkrämpfe/Krampfanfälle (Konvulsionen); vorübergehende Augenbeschwerden (z. B. Doppeltsehen); beschleunigte Atmung (Tachypnoe), Erweiterung d. Luftwege (Bronchodilatation); Übelkeit/Erbrechen; beschleunigter Stoffwechsel; niedriger od. hoher Blutdruck (Hypotonie od. Hypertonie); Anstieg d. Körpertemperatur; Nervosität (Angustzustände), Schmerzen i. Rachen od. hinter dem Brustbein, Hitzegefühl, Schweißausbrüche, Kopfschmerzen; schwere allerg. Rkt. u. Bronchialkrämpfe (Bronchospasmen). **Sehr selten:** Hautausschlag, Juckreiz (Pruritus), juckender Hautausschlag – oftmals m. Blasenbildung (Urtikaria); Überempfindlichkeitsreaktionen (Atembeschwerden, Anschwellen von Kehlkopf u. Luftröhre bis z. Herz- u. Atemversagen [kardiorespiratorischer Kollaps] aufgr. eines anaphylakt. Schocks); bei versehentl. Injektion in ein Blutgefäß: Blockierung d. Durchblutung a.d. Injektionsstelle bis z. Absterben des Gewebes (Gewebsnekrose). • **Ausführliche Informationen zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen, Wechselwirkungen, Schwangerschaft/Stillzeit, Nebenwirkungen: s. Angaben in der Fachinformation** • **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Lokalanästhetika; Amide; Articain, Kombinationen, ATC-Code: N01BB58 **Abgabestatus:** DEUTSCHLAND: Verschreibungspflichtig; ÖSTERREICH: Rezept- und apothekenpflichtig • **Pharmazeutischer Unternehmer:** Heraeus Kulzer GmbH, Grüner Weg 11, 63450 Hanau • **STAND DER INFORMATION: 02/2010**

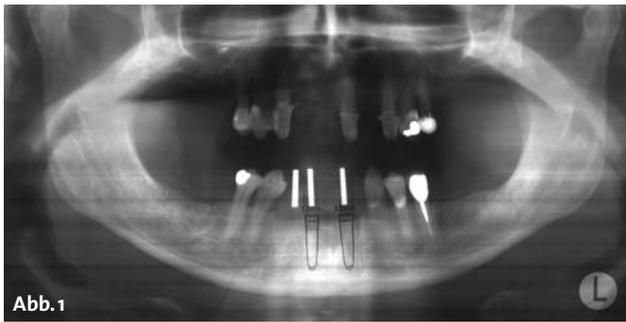


Abb. 1

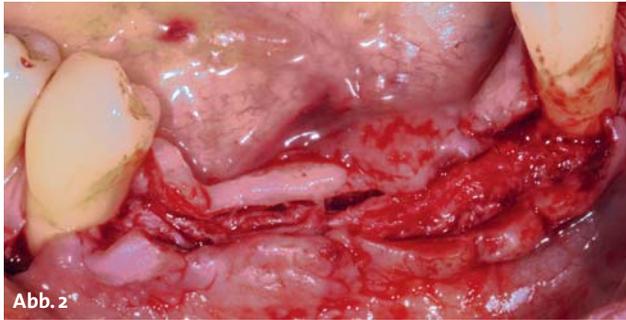


Abb. 2



Abb. 3

Abb. 1: Das Orthopantomogramm zeigt eine adäquate Knochenhöhe im Unterkieferfrontzahnbereich mit der entsprechenden Implantatplanung. – **Abb. 2:** Situation nach Aufklappung mittels initialem Mukoperiostallappen und anschließendem Mukosalappen (Spaltlappen). – **Abb. 3:** Situation nach Osteotomie mit dem piezoelektrischen Gerät (horizontaler Schnitt mit zwei lateral angelegten vertikalen Entlastungsschnitten).

Die Vorteile dieser Technologie sind: Hohe Präzision der Schnitte ohne Druckanwendung, Kavitationseffekt und sicher in Bezug auf Weichgewebe (selektives Schneiden aufgrund der reduzierten Schlagamplitude der Schneidinstrumente). Minimales Bluten erlaubt eine optimale Kontrolle des Operationsgebietes, zudem wird ein Überhitzen des Knochens vermieden. Ein Nachteil ist der langsamere Schneidevorgang. Das Ziel des vorliegenden Fallberichtes ist es, das systematische Vorgehen eines piezoelektrischen Bone Splittings (PBS) (Piezon Master Surgery®, EMS, Schweiz) mit simultaner Implantation im Unterkiefer und die klinische und radiologische Situation ein und zwei Jahre nach Belastung der Implantate aufzuzeigen und zu diskutieren.

Anamnese und Patientenwunsch

Es handelt sich um eine gesunde Patientin mit Jahrgang 1959. Die Unterkieferzähne 43 bis 32 mussten aufgrund fortgeschrittener Parodontitis sechs Monate zuvor extrahiert werden. Die Patientin wünschte eine festsitzende Versorgung dieser Lücke im Unterkiefer. Das zahnlose Unterkieferfrontsegment zeigte eine relativ ausgeprägte Alveolarkammatrophie in horizontaler Dimension, währenddessen radiologisch (OPT) eine für implantologische Zwecke adäquate Kammhöhe vorhanden war (Abb. 1). Unter Anwendung des Bone Soundings wurde die Breite des Alveolarkamms ermittelt: 2,5 bis 3,5 mm. Es bestand eine Knochenqualität des Typs 1 bis 2 (Abb. 1).

Chirurgisches Vorgehen

Der chirurgische Eingriff wurde unter Lokalanästhesie (Ubistesin™ forte mit Adrenalin 1:100.000, 3M ESPE, See-



Abb. 4



Abb. 5



Abb. 6

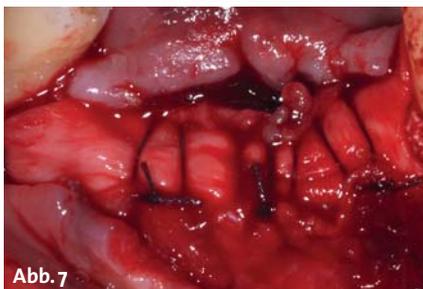


Abb. 7

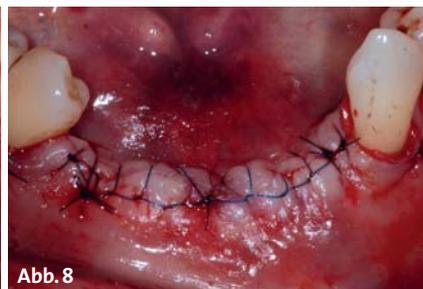


Abb. 8



Abb. 9

Abb. 4: Expansion des präparierten Schlitzes mithilfe von Keilen. – **Abb. 5:** Situation nach Insertion der Implantate Regio 31, 42. – **Abb. 6:** Applikation von Bio-Oss Spongiosa (Geistlich Pharma AG, Wolhusen, Schweiz) zwischen den Knochenplatten und auf die vestibuläre Fläche der bukkalen Knochenplatte. – **Abb. 7:** Zur Fixierung der Membran wurde das Periost mittels horizontalen Matratzennähten aus resorbierbarem Nahtmaterial adaptiert. – **Abb. 8:** Ein spannungsfreier Weichgewebeverschluss konnte mittels Matratzen- und Einzelknopf- und fortlaufender Naht erzielt werden. – **Abb. 9:** Orthopantomogramm unmittelbar nach dem chirurgischen Eingriff.

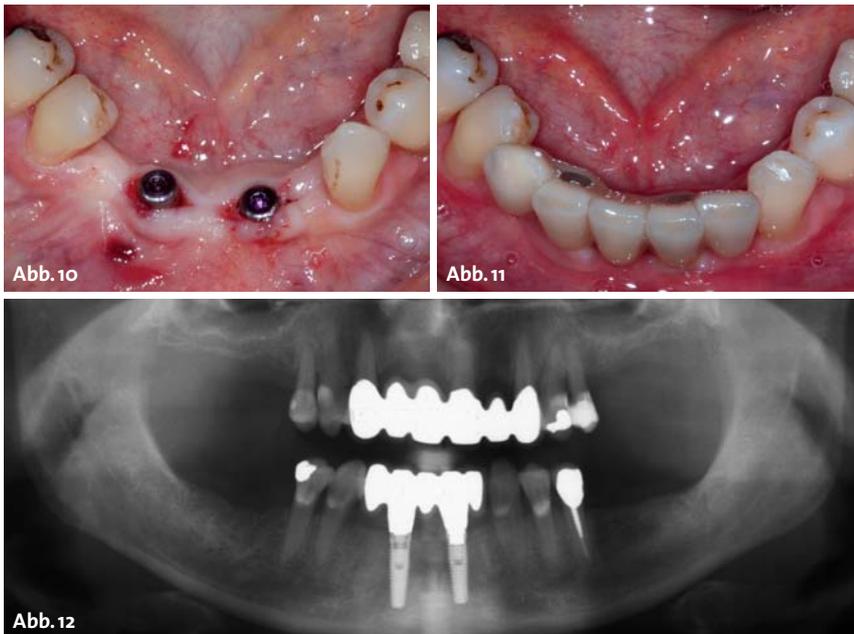


Abb. 10: Freilegung der zwei Implantate im Unterkiefer. – **Abb. 11:** Intraorale Situation nach Eingliederung der Rekonstruktion (VMK-Brücke). – **Abb. 12:** Orthopantomogramm: Schlussituation mit inserierter Rekonstruktion im Unterkiefer.

feld) durchgeführt. Gemäß Standardprotokoll bei geplanten größeren Knochenaugmentationen an der Klinik für Zahnärztliche Prothetik wurde der Patientin eine Stunde präoperativ 3 x 750 mg Amoxicillin (Clamoxyl®) verabreicht.

Nach einem krestalen Kammschnitt, welcher bukkal und lingual intrasulkulär der Nachbarzähne nach distal extendiert, und nachdem zwei Entlastungsinzisionen ins Vestibulum angelegt wurden, konnte ein Mukoperiostallappen abgehoben werden, der nach circa 3 mm als Spaltlappen (Mukosalappen) ins Vestibulum weitergeführt wurde (Abb. 2). Auf diese Weise konnte das Periost im bukkalen Bereich des Alveolarkammes geschont werden, um eine adäquate Blutversorgung der bukkalen Knochenplatte zu gewährleisten, währenddessen der kraniale Anteil des Kammes vollständig entblößt wurde, um einen optimalen Zugang für die Präparation am Knochen zu erlauben. Mithilfe des piezoelektrischen Gerätes (Piezon Master Surgery®, EMS, Schweiz) wurden am kranialen Rand des Alveolarkammes ein horizontaler Schnitt und lateral zwei vertikale Entlastungsinzisionen angelegt (Abb. 3). Durch das Einbringen von Keilen zunehmender Größe in den präparierten Spalt zwischen bukkaler und lingualer Knochenplatte wurde dieser vorsichtig aufgedehnt (Abb. 4). Nach der entsprechenden Vorbohrung erfolgte die Insertion zweier Implantate Regio 31 und 42 (NobelReplace® Tapered Groovy, Ø 3,5 x 13 mm, Nobel Biocare, Göteborg, Schweden) (Abb. 5). Der Spalt zwischen bukkaler und lingualer Knochenwand und die vestibuläre periostfreie Fläche der bukkalen Knochenwand wurden mit Bio-Oss Spongiosa 0,25 bis 1 mm (Geistlich Pharma AG, Wolhusen, Schweiz) versehen (Abb. 6) und anschließend mit einer Bio-Gide-Membran (Geistlich Pharma AG, Wolhusen, Schweiz) abgedeckt. Zuerst wurde das Periost mit resorbierbarem Nahtmaterial (Vicryl 4-0, Ethicon, Gohanson+Gohanson, St-Stevens-Woluwe, Belgien) adaptiert, um die Membran zu fixieren (Abb. 7). Nachfolgend konnte mit den Mukosalappen ein spannungsfreier Primärverschluss erzielt werden (Ethilon 4-0, Ethicon, Gohanson+Gohanson, St-Stevens-Woluwe, Belgien) (Abb. 8). Das Orthopantomogramm zeigt die Situation unmittelbar nach dem Eingriff (Abb. 9). Im Anschluss an den chirurgischen Eingriff wurde eine postoperative Antibiose von 750 mg Amoxicillin (Clamoxyl®) während zehn Tagen (1-1-1) und Chlorhexidinspülung (meridol®perio 0,2 %, GABA, Therwil, Schweiz) 3 x/Tag verordnet. Die postoperative Schmerzbehandlung erfolgte durch 500 mg Mefenaminsäure (Spiralgin 500, Spirig Pharma, Egerkingen, Schweiz) während zwei Tagen (1-1-1). Die Nähte wurden nach 14 Tagen entfernt.

Fragen Sie nach
unseren aktuellen Angeboten!

Solutions to Clinical Controversies

April 25-27, 2013
Miami Beach, Florida
Fontainebleau Miami Beach Hotel

BioHorizons Global Symposium
Miami Beach 2013

Zu den Referenten zählen hochkarätige
renommierte Spezialisten:

Dr. Pikos, Dr. Craig Misch, Dr. Le,
Dr. Spagnoli, Dr. Ricci, Dr. Reddy,
Dr. Nevins, Dr. Cooper, Dr. Wang, Dr. Salama,
Dr. Garber, Dr. Tuminelli, Dr. Schwarz,
Dr. Shapoff, Dr. Iglhaut, Dr. Neiva,
Dr. Linkevicius, Dr. Allen, Dr. Setter,
Dr. Wong, Dr. Reznick, Dr. Russo,
Dr. Steigmann, Dr. Moody, Dr. E. P. Allen,
Dr. Romanos, Dr. Novaes, Dr. Troncoso,
Dr. Miller, Dr. Gazzotti, Dr. Cummings,
Dr. Leziy, Dr. Carl Misch

Zur Anforderung weiterführender Informationen über unser **Symposium Miami 2013** nutzen Sie bitte unsere Kontaktdaten.

BioHorizons GmbH
Bismarckallee 9
79098 Freiburg
Tel. 0761 55 63 28-0
Fax 0761 55 63 28-20
info@biohorizons.com
www.biohorizons.com



Abb. 13



Abb. 14

Abb. 13: Orthopantomogramm: Situation ein Jahr nach Belastung. – Abb. 14: Orthopantomogramm: Situation zwei Jahre nach Belastung.

Definitive Rekonstruktion

Nach einer Abheilungszeit von drei Monaten wurde die Implantatfreilegung durchgeführt und Gingivaformer inseriert (Abb. 10). Die Implantate waren stabil und osseointegriert. Vier Monate nach dem piezoelektrischen Bone Splitting mit gleichzeitiger Implantatinsertion erfolgte die Eingliederung der definitiven implantatgetragenen prothetischen Arbeit (direkt verschraubte VMK-Brücke; Abb. 11 und 12).

Klinischer und radiologischer Verlauf

Die Patientin wurde in einem sechsmonatigen Recall-System weiterbetreut, wobei an den Implantaten jährlich die folgenden Parameter aufgenommen wurden: o’Leary (mesial, distal, bukkal, lingual),³¹ Bluten auf Sondieren (BOP-positive Stellen)² sowie Sondierungstiefen (mesial, distal, bukkal, lingual). Zur radiologischen Kontrolle wurde jährlich ein Orthopantomogramm angefertigt (Abb. 13 und 14).

Resultate

Beide Implantate waren nach zwei Jahren Belastungszeit stabil und osseointegriert und zeigten keine Probleme.

Klinische Parameter

Ein Jahr nach Belastung zeigte eine Implantatfläche Plaque und zwei Implantatflächen waren BOP-positiv. Zwei Jahre nach Implantatbelastung konnte an einer Implantatfläche Plaque identifiziert werden und eine war BOP-positiv. Zu jedem Untersuchungszeitpunkt zeigten alle Implantate Sondierungswerte ≤ 3 mm.

Radiologische Untersuchung

Die Abnahme der periimplantären Knochenhöhe zwischen chirurgischem Eingriff (T_0) und Eingliederung der definitiven Rekonstruktion (T_1) ist in Tabelle 1 aufgelistet. Die Veränderungen im marginalen Knochenniveau zwischen Belastung (T_1) und einem Jahr nach Belastung (T_2)

zeigt Tabelle 2. Nach Abschluss des zweiten Jahres nach Belastung (T_3) konnte zwischen T_2 und T_3 kein wesentlicher Knochenverlust mehr festgestellt werden (Tab. 3).

Diskussion

In der Literatur gibt es nur wenige klinische Studien, welche sich mit der sogenannten Kieferkammspreizung (Bone Spreading/Bone Splitting) befassen. Eine Untersuchung mit 54 Patienten und einer Beobachtungszeit von vier Jahren zeigte eine kumulative Überlebensrate von 93,7 Prozent.¹⁵ Eine andere klinische Studie mit einer Beobachtungszeit von fünf Jahren und 329 mittels Kammspreizung inserierten Implantaten zeigte, abhängig vom verwendeten Implantatsystem, eine Überlebensrate von 88,5 bis 99 Prozent.³⁶ Eine Überlebensrate von 86,2 Prozent nach fünf Jahren Beobachtungszeit mit 121 mittels Bone Splitting gesetzten Implantaten wurde

	bone level change <i>mesial</i>	bone level change <i>distal</i>
Implantat Regio 31	-0,8 mm	-1,14 mm
Implantat Regio 42	-0,43 mm	-0,49 mm

Tab. 1: Marginale Knochenniveauveränderungen zwischen T_0 und T_1

	bone level change <i>mesial</i>	bone level change <i>distal</i>
Implantat Regio 31	-0,91 mm	-0,65 mm
Implantat Regio 42	-0,53 mm	-0,11 mm

Tab. 2: Marginale Knochenniveauveränderungen zwischen T_1 und T_2

	bone level change <i>mesial</i>	bone level change <i>distal</i>
Implantat Regio 31	-0,03 mm	-0,08 mm
Implantat Regio 42	-0,07 mm	-0,06 mm

Tab. 3: Marginale Knochenniveauveränderungen zwischen T_2 und T_3

in einer klinischen Studie dokumentiert.¹⁷ Sethi und Kaus 2000 zeigten eine mittlere Überlebenswahrscheinlichkeit nach fünf Jahren von über 97 Prozent. In dieser prospektiven Studie wurden 150 Patienten mit 449 Implantaten unter Anwendung der Bone-Spreading-Technik mittels Osteotomen untersucht.³⁸ In einer neueren Studie mit 230 Implantaten, gesetzt mithilfe piezoelektrischer Bone-Splitting-Technik, zeigte sich eine Überlebensrate nach drei Jahren von 96,5 Prozent.⁷ Eine andere Untersuchung mit einer Beobachtungszeit von drei Jahren und 180 Implantaten zeigte eine Erfolgsrate von 97,2 Prozent.⁸ Eine weitere Studie verglich mittels piezoelektrischem Bone Splitting gesetzte Implantate mit Implantaten, welche ohne Bone Splitting gesetzt wurden: Es konnte kein statistisch signifikanter Unterschied in der Überlebensrate und dem klinischen Erfolg festgestellt werden.¹⁴ Die beiden in diesem Fallbericht beschriebenen Implantate waren nach zwei Jahren Belastungszeit nach wie vor in Funktion und scheinen gemäß der bestehenden Literatur dieselbe Überlebenswahrscheinlichkeit aufzuweisen wie Implantate, welche nicht mittels Bone-Splitting-Technik gesetzt worden sind. In Übereinstimmung mit den Erfolgskriterien von Albrektsson und Isidor 1994 ist eine Implantattherapie erfolgreich, wenn der periimplantäre Knochenverlust im ersten Jahr nach Insertion der Rekonstruktion 1,5 mm oder weniger beträgt und in den folgenden Jahren kein Knochenabbau von > 0,2 mm pro Jahr stattfindet.³ Der gesamte Knochenabbau schwankt zwischen -0,66 bis -1,87 mm und scheint damit die Erfolgskriterien sicherlich teilweise nicht zu erfüllen. Aber im Gegensatz zu den Erfolgskriterien von Albrektsson und Isidor 1994 diente in diesem Fallbericht der Zeitpunkt der Implantatinsertion als Basis für die Messungen und nicht der Belastungszeitpunkt. Im ersten Jahr nach Belastung liegt der Bereich des Knochenabbaus zwischen -0,11 und -0,91 mm. Im zweiten Jahr nach Insertion der Rekonstruktion stabilisierte sich das periimplantäre Knochenniveau und zeigte nur noch unwesentliche Veränderungen (-0,03 bis -0,08 mm). Die Messwerte stimmen somit mit den Erfolgskriterien von Albrektsson und Isidor 1994 überein.³ Die klinischen Untersuchungen zeigten ebenfalls gesunde periimplantäre Verhältnisse. Im hier beschriebenen Fall wurde der Spalt zwischen der lingualen und bukkalen Kortikalis mittels Bio-Oss Spongiosa 0,25 bis 1 mm gefüllt und mittels Kollagenmembran (Bio-Gide) abgedeckt. Diese Vorgehensweise wird durch eine jüngst veröffentlichte histologische Untersuchung an Hunden unterstützt, welche unter Anwendung dieser Vorgehensweise eine höhere prozentuale Knochen-Implantat-Kontaktrate und zwölf Wochen nach dem Eingriff weniger Veränderungen im periimplantären marginalen Knochenniveau zeigte.²⁰ Bei Anwendung der piezoelektrischen Bone-Splitting-Technik können die Implantate in der gleichen Sitzung inseriert werden, und im Gegensatz zu anderen Kammspreizungsmethoden erlauben die piezoelektrischen Geräte (Piezon Master Surgery®, EMS, Schweiz) eine optimale Kontrolle und gute Sicht während der Präparation. Zusätzlich können diese Geräte auch bei äußerst kortikalem Knochen (Knochenqualitätstyp 1 und 2) und sehr schmalen Alveolarkämmen angewendet werden. Ein limitierender Faktor ist, dass der Alveolarkamm eine Mindesthöhe von 10 mm aufweisen sollte, da mit dieser Technik keine vertikalen Augmentationen möglich sind. Abschließend deutet vieles darauf hin, dass mithilfe der hier gezeigten Technik vorhersagbare Resultate erzielt werden können. ■



KONTAKT

Dr. med. dent. Renzo Bassetti

Klinik für Zahnärztliche Prothetik
Zahnmedizinische Kliniken der Universität Bern
Freiburgstr. 7, 3010 Bern, Schweiz
Tel.: +41 31 6324926, Fax: +41 31 6324933
renzo.bassetti@zmk.unibe.ch



Blöcke – Späne – Granulate

1

Osteograft®

Allogene Transplantate für das Hart- und Weich-Gewebemanagement

- | ermöglicht neues Knochenwachstum via Osteoinduktion und Osteokonduktion
- | OsteoGraft-Produkte sind nach AMG zugelassen



2

CortiFlex®

flexibler Kortikal-Span

formbar/biegsam und lange Standzeit für:

- Schalentechnik | Auflagerungsplastik | vertikale und horizontale Knochenaugmentation | Parodontaltherapien | exponierte Implantate



3

Demineralisierte Knochenmatrix (DBM)



ARGON DENTAL
Mainzer Str. 346 | 55411 Bingen | Deutschland
Fon: 06721 3096-0 | Fax: 06721 3096-29
info@osteograft.de | www.osteograft.de

Fax: 06721 3096-29

Bitte senden Sie mir Informationsmaterial zu.

E-Mail

Stempel

Datum/Unterschrift

Herausforderung und Trends 2013

Die Implantologie gilt seit vielen Jahren als Lokomotive des Dentalmarktes. Immer öfter finden Innovationen zuerst hier ihren Einsatz, ehe sie auch in anderen Bereichen der Zahnmedizin erfolgreich verwendet werden. Leider ist derzeit nicht mehr ganz so viel „Druck auf dem Kessel“. Die Branche setzt daher nicht ohne Grund auf einen deutlichen Schub durch die IDS und versucht, sich neu zu erfinden. Die Implantologie wird digital und komplexer. Die anschließende Marktübersicht soll helfen, hier den Überblick zu behalten.

Jürgen Isbaner

■ Die 35. Internationale Dental-Schau (IDS) steht vor der Tür. Mit rund 2.000 beteiligten Unternehmen auf 150.000 Quadratmetern Ausstellungsfläche wird die IDS ihre unangefochtene Position als Leitmesse für den internationalen Dentalmarkt erneut unter Beweis stellen. Ein zentrales Thema wird, wie in den vergangenen Jahren auch, die Implantologie sein – diesmal mit dem Fokus auf die Prothetik und die Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Zahntechniker. Diese zunehmende Fokussierung auf die Prothetik ist Ausdruck einer grundlegend veränderten Herangehensweise in der Implantologie und hat bereits jetzt gravierende Konsequenzen für den gesamten Markt. Haben sich in der Vergangenheit die Implantatanbieter vorzugsweise über den Markenkern „Schraube“ an sich und damit über Themen wie Oberfläche, Design und Implantat-Abutment-Verbindungen definiert, profilieren sich insbesondere die großen, international agierenden Unternehmen immer mehr zu Anbietern von kompletten Lösungen, welche in der Konsequenz sowohl konventioneller Zahnersatz oder auch die implantatgetragene Prothetik bedeuten können. Die durchgängige Digitalisierung, beginnend bei der 3-D-Diagnostik und digitalen Abdrucknahme über die computergestützte Planung und Navigation bis hin zur CAD/CAM-gefertigten prothetischen Versorgung, kann die Abläufe bei implantologischen und prothetischen Arbeiten erheblich erleichtern und ermöglicht zudem eine immer engere Einbeziehung des Patienten in die Planung seines Zahnersatzes. Andererseits wird die Implantologie dadurch auch immer komplexer und in der Regel auch kostenintensiver. Hier gibt es in der Zukunft, angesichts stagnierender Implantatverkäufe, insbesondere auf dem deutschen Markt ein entscheidendes Problem. Die Digitalisierung eröffnet neue Möglichkeiten, dies bedeutet in der Regel aber auch eine gewisse Entfernung vom eigentlichen Markenkern – sprich dem Implantat selbst. Hier die richtige Balance zu finden, ist eine der Herausforderungen für die Zukunft.

Das ohne Zweifel vorhandene Potenzial des Marktes, immerhin ca. 11 Mio. gezogene Zähne pro Jahr in Deutschland (Jahrestagung 2012, DGGE e.V.), stellen eine ausreichende Größe dar, die es jetzt durch intelligente Wachstumsstrategien zu mobilisieren gilt. Preiskämpfe sind weder notwendig noch im Hinblick auf Qualität, Service und Innovationsfreudigkeit sinnvoll. Obendrein ändern sie nichts an der Notwendigkeit der Suche nach neuen Lösungsansätzen zur realen Markterweiterung in der Implantologie. Nach einer Phase der vornehmlichen Fokussierung auf MKG- und Oralchirurgen sowie einen Kern von implantologisch tätigen Zahnärzten, gilt es, verstärkt die breite Masse der Zahnärzte ins Boot zu holen. Neben der High-End-Implantologie muss auch Raum sein für einfachere, z.T. auch standardisierte implantologische Behandlungskonzepte, die in nahezu jeder Zahnarztpraxis umsetzbar sind.

Wie die nachstehende Übersicht zeigt, haben inzwischen schon weit mehr als 150 Unternehmen implantologisches Equipment oder implantologische Produkte im Portfolio. Über 60 davon bieten Implantate an – Tendenz steigend. Über Jahre, z. T. auch über Jahrzehnte hinweg, gibt es einen stabilen Kern des Marktes. Allein die drei großen Implantatanbieter Straumann, CAMLOG und DENTSPLY Implants teilen sich ca. 80 % des Marktes – ein deutlicher Beleg dafür, dass in diesem sensiblen Bereich Markenqualität gefragt ist. Neben vielen neuen Anbietern sind andere bereits wieder verschwunden bzw. haben eigene Aktivitäten in diesem Bereich ganz oder teilweise aufgegeben. ■

Anmerkung der Redaktion

Die Übersicht ab Seite 14 beruht auf den Angaben der Hersteller bzw. Vertreiber. Wir bitten unsere Leser um Verständnis dafür, dass die Redaktion für deren Richtigkeit und Vollständigkeit weder Gewähr noch Haftung übernehmen kann.

ANZEIGE

www.zwp-online.info

FINDEN STATT SUCHEN.

ZWP online

simply smarter

SwishPlus™

Kompatibel zu Straumann®*



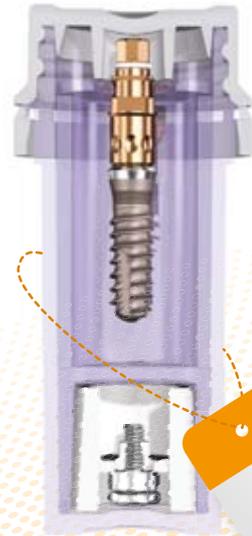
Achtkant



- 1 Verfügbar in den enossalen **Durchmessern** 3.3, 4.1, 4.8, 5.7mm und den **Längen** 6, 8, 10, 12, 14, 16mm
- 2 Das **All-in-One Package** für nur **115 Euro** enthält Implantat, Einbringpfosten, Einheilextender und Verschlusschraube
- 3 **Chirurgisch und prothetisch kompatibel** zum Straumann Standard/Plus*
- 4 1mm polierte und 1mm mikrorauhe Halspartie für die Insertion auf **Tissue- oder Bone-Level**
- 5 FDA Zulassung zur **Sofortbelastung**



All-in-One Package



115 €

Implant Direct

100% Fairer Preis 100% Qualität
100% Service 100% Mehrwert



BE ORDER
SMART ONLINE

www.implantdirect.de
00800 4030 4030

*Registrierte Marke vom Institut Straumann

Implant Direct
simply smarter.

Firma	IMPLANTATE						PROTHETIK																				
	Implantate (Titan)	Implantate (Keramik)	Implantate (andere, z.B. PEEK)	Inferiormsimplantate	Short Implantate	KFO-Implantate	Abutments (Titan/ Keramik/andere)	Mini (einteilig)	Gaumen (zweiteilig)	Individuell gefräst	Scan/Klebe gefräst	Free Form gefräst	Basis gefräst	Ästhetik vorpräpariert	Anatomic vorpräpariert	Prothesenherstellung	Steg	Locator	Kugel	Magnet	Andere	Offen	Geschlossen	Andere (z.B. Locator, Kugelkopf, Steg)			
3M Deutschland	●																	●	●								
ACTEON Germany																											
Aesculap																											
Alpha Bio	●	●			●	●				●	●	●	●	●	●					●	●	●					
American Dental Systems																		●									
anthogyr/simeda																											
Anton Hipp	●																										
Argon Dental/Argon Medical	●	●			●	●				●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
ARTOSS																											
A. Schwickhardt																											
Baxter Deutschland																											
BEGO Implant Systems		●			●	●				●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
BEGO Medical										●	●	●		●	●												
Bicon		●			●	●						●	●	●	●	●									●	●	
Bien-Air Dental																											
Biewer medical																											
BioComposites																											
biodenta		●				●				●		●	●	●							●	●	●				
biodentis										●															●		
BioHorizons	●	●								●	●	●	●	●	●						●	●	●				
Biomain	●																										
BIOMET 3i		●				●				●	●	●	●	●	●			●	●	●	●	●	●	●	●	●	
BioTissue Technologies																											
botissdental																											
breident	●	●	●		●	●				●	●	●	●	●	●			●	●	●	●	●	●	●	●	●	
BTI	●	●			●	●				●	●	●	●	●	●					●	●	●	●	●	●	●	
CADstar										●	●	●	●	●													
CAMLOG	●	●																									
Carl Martin																											
Carl Zeiss Meditec																											
Cézanne Dental																											
C. HAFNER						●																					
Champions-Implants	●	●								●	●	●	●	●	●										●		
Chic-Dental																											
Clinical House Europe	●	●			●								●		●						●	●	●				
CMS Dental																											
CORTEX (WinWin-Dental)	●	●			●	●				●	●	●		●	●						●	●					
Creatic	●												●	●	●				●								
C-TECH implant	●	●											●	●	●												
Cumdente	●	●			●							●	●	●	●				●								
curasan																											
DCI-Dental-Consulting																											
DCV-Instrumente																											
Degradable Solutions (Sunstar)																											
Dentalpoint Implants						●				●																	
Dentares																											
Dentaurum Implants		●				●	●						●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
Dentegris Deutschland	●	●								●		●	●		●	●					●	●	●	●	●	●	
DENTSPLY Implants	●	●			●					●	●	●	●	●	●				●	●	●	●	●	●	●	●	
dexter																											
DFS Diamon																											
Digit XP																											
DMG Dental-Material																									●	●	●
DOT																											
DREVE-DENTAMID																									●	●	●
Dr. Ihde Dental	●	●			●	●				●				●	●	●			●	●	●	●	●	●	●	●	●

Die Marktübersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

GTR/GBR								CHIRURGIE						EQUIPMENT				DIAGNOSTIK-PLANUNG-NAVIGATION				IDS 2013 (Halle, Gang, Stand)			
Membranen	Knochenersatzmaterialien	Membran Fixierungssysteme	Osteosynthese-Schrauben-Systeme	Knochenfilter	Knochenmöhlen	Knochenzähnen/Trepentrisen	Knochenfräsen/Schaber	Chirurgieeinheiten	Piezo-Chirurgiegeräte	Hand- und Winkelstücke	Chirurgische Instrumente/Stücke	Sinuslift Instrumente & Sets	Anästhetika Anästhesie-Systeme	Drehmomentschlüssel	OP-Arbeitung (Einwegmaterial)	Sterilgut (Einwegmaterial)	Lupenbrillen	DVT-/Röntgen-Geräte & Zubehör	Software	Bohrschablonen	CAD/CAM-Lösungen		Scanner (intra-/extraoral)	Software	Fräsmaschinen
•	•							•																	4.1 B029
•	•	•	•					•	•	•	•	•		•	•			•							4.1 D058
								•	•		•														10.2 S038-T039
•								•	•		•														10.2 O069-P069
											•														10.2 L008-L013 u.a.
											•														-
•	•	•	•								•			•						•	•				4.1 C050-D051
•	•										•														4.2 G028
•	•										•														4.2 L090-N091
•											•								•						10.1 H010-J019
											•														-
			•	•							•									•					10.2 M040-N041
										•															10.1 G019-G028 u.a.
											•														11.2 P008-Q009
											•														-
•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	10.1 C041
•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	10.2 L040-M048 u.a.
•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	10.1 A010-B019 u.a.
•	•										•														-
											•														3.2 F028-G029
•	•										•														10.1 D040-E041
											•														11.2 S059
											•														10.1 H051
											•														4.2 J009
											•														-
											•														-
											•														-
											•														-
											•														4.2 L100
											•														4.2 L008
											•														11.2 P050
											•														-
•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	10.1 H010-J020 u.a.
•											•														11.1 A050
											•														10.2 L029
											•														4.1 A078-B089
											•														10.2 S046
											•														3.2 E048
											•														-
											•														11.3 G008-H009
											•														10.1 J050-K049 u.a.
											•														-
											•														11.2 K031
											•														-
•	•										•														10.2 O040-P041
											•														10.2 R011
											•														4.1 A050
•	•										•														3.2 C030, E021 u.a.
											•														4.1 A079
											•														10.2 T038-U039 u.a.
											•														-
											•														4.1 B069, C101
											•														11.1 D058
•	•										•														4.2 G031

Firma	IMPLANTATE						PROTHETIK																
	Implantate (Titan)		Implantate (Keramik)		Implantate (andere, z.B. Peek)		Abutments (Titan/Keramiklamiere)		Mini / Gaumen		Scan/Klebe gerüst		Free Form gerüst		Prothesenherstellung		Abformhilfen		Andere				
	einteilig	zweiteilig	einteilig	zweiteilig	Interimsimplantate	Short Implants	Mini (einteilig)	Gaumen (zweiteilig)	Individuell gerüst	Scan/Klebe gerüst	Free Form gerüst	Basis gerüst	Ästhetik vorpräpariert	Anatomic vorpräpariert	Steg	Locator	Kugel	Magnet	Andere	Offen	Geschlossen	Andere (z.B. Locator, Kugelkopf, Steg)	
J. Morita Europe																							
m&k dental	•	•				•		•	•														
Nemris	•	•						•	•	•	•												
Neoss		•						•	•	•	•												
NewTom																							
Nobel Biocare	•	•				•	•				•		•	•								•	•
NOUVAG																							
Normed Medizintechnik																							
NSK Europe																							
OMNIA S.p.A.																							
o.m.t.						•																	
Optima																							
orangedental																							
Osmed						•																	
OSSTEM IMPLANT	•	•				•	•	•	•	•												•	•
OT medical	•	•								•	•	•	•	•								•	•
Paltop (BON-Dental)		•								•	•	•	•	•								•	•
Pharmador																							
Planmeca																							
prodent systems																							
PROMEDIA						•		•	•	•												•	•
Prowital		•																					
QUALIBOND		•																					
RESORBA Medical																							
RIEMSER Arzneimittel		•																					
Robodent																							
Rübeling & Klar																							
SAE DENTAL																							•
Sanofi Aventis																							
Schlumbohm																							
Schütz Dental	•	•				•	•	•	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Septodont																							
SICAT																							
SIC invent	•	•				•				•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Sigma Dental Systems																							
Sirona						•	•			•	•	•					•						
SOREDEX																							
Southern Implants	•	•				•	•	•														•	•
steco-system-technik																							•
Stoma Dentalsysteme																							
Straumann		•				•	•			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Swiss Dental Solutions			•	•						•	•	•	•	•								•	•
Sys Meditec																							
Thommen Medical		•								•													•
Tigran Technologies																							
TRI Dental Implants		•																					•
TRINON	•	•				•	•	•														•	•
TROPHY-Radiologie																							
ULTRADENT Dent. Med. Geräte																							
USTOMED INSTRUMENTE																							•
W&H																							
Wolf Dental	•					•		•															•
XO Care Dental																							•
Zantomed																							
Zimmer Dental		•				•																	
ZL-Microdent	•																						•
Z-Systems			•																				•

Die Marktübersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Krebsfrüherkennung im Bereich von Mundhöhle und Lippen

Die zunehmende Knappheit der Ressourcen führt dazu, dass der Arzt oder Zahnarzt, der verzweifelt um die Wirtschaftlichkeit seiner Praxisabläufe ringt, immer weniger Zeit erübrigen kann für so banale Dinge wie Zuhören, Hinsehen oder Abtasten. So ist der Kampf für die Früherkennung von Krebserkrankungen gerade im Bereich der Mundhöhle noch härter geworden. Gleichzeitig sind die Krebserkrankungen im Bereich des Mundraums offiziell in der Statistik in die Top Ten der Krebslokalisationen aufgerückt.

Dr. Dr. Michael Wiesend, Dr. Bettina Hübinger-Wiesend

■ Der klassische Risikopatient für eine bösartige Erkrankung von Mundhöhle oder Lippen ist männlich, über 60 Jahre alt, trinkt gern ein bisschen zu viel, raucht seit Jahrzehnten und kennt wichtigere Dinge im Leben als die Mundhygiene. Sein Glück, dass die meisten Ärzte und Zahnärzte bei ihm zwar schnell an ein Karzinom denken, sein Pech, dass man bei ihm dann selten von Früherkennung sprechen kann, weil dieser Patient in der Regel eher lange Zeit indolent ist.

Die Früherkennung ist in diesem Bereich aber ganz besonders wichtig, weil es aufgrund der sehr guten Versorgung des Kopf-Hals-Bereichs mit Blutgefäßen und Lymphbahnen schon sehr früh zur Streuung kommt. Es ist nicht ungewöhnlich, dass die Lymphknotenmetastase am Hals noch vor dem Primärtumor im Mund gefunden wird, sodass der aufmerksame Arzt oder Zahnarzt auch hier bereits hellhörig werden sollte.

Der Primärtumor ist oft noch klein, und er liegt bevorzugt an selten inspizierten Stellen wie unter Zunge, also am Mundboden oder an der Zungenunterseite, an den Gingivarändern lingual, an den Wangeninnenseiten oder der Innenseite der Oberlippe. Auch gehen die Tumoren im Bereich der Mundhöhle oft aus Präkanzerosen hervor, am häufigsten aus Leukoplakien oder Virusdysplasien, oder sie gedeihen auf dem Boden einer primär harmlosen Veränderung wie eines Reizfibroms.

Da der Patient und auch der Behandler diese genannten Veränderungen schon länger kennen, verändert sich natürlich auch die Aufmerksamkeitsschwelle und etwaige „Veränderungen der Veränderung“ werden gar nicht oder erst spät registriert.



Abb. 1: Intraorale Manifestation einer CLL.

Systematisches nichtinvasives Vorgehen zur Früherkennung

Bei der Anamnese ist es wichtig, das zuvor angesprochene Risikoprofil im Hinterkopf zu haben, denn „Häufiges ist häufig“, aber dennoch muss die Möglichkeit, dass auch ein Patient oder eine Patientin, der oder die gar nicht ins Profil passt, eine bösartige Erkrankung haben könnte, immer präsent sein.

Veränderungen und Verletzungen im Bereich der Schleimhäute sind häufig, und deshalb hat die Natur es so eingerichtet, dass sie schnell und problemlos verheilen. Ist dies nicht der Fall, muss man besonders hingucken. Ein Ulcus, das nicht abheilen will, eine Wunde nach Zahnextraktion, die nicht mehr zugeht, ein ständig rezidivierendes Fibrom oder eine Druckstelle trotz Abschleifens aller Prothesenkanten, chronische Lippen- oder Wangenbissstellen, obwohl sich der Patient keiner schlechten Gewohnheit, keines Habits, bewusst ist, eine scheinbar therapieresistente



Abb. 2: Arteriovenöses Hämangiom. – Abb. 3: Plattenepithel-CA der Zungenunterseite links. – Abb. 4: Plattenepithel-CA Alveolarfortsatz Regio 44–47.



Abb. 5: Plattenepithel-CA Alveolarfortsatz und Zungengrund links bis in die Wange und Tonsillenloge reichend, nach Tuschetätowierung. –

Abb. 6: Gestieltes Viruspapillom weicher Gaumen rechts.

einseitige Sinusitis maxillaris, die mit keiner Zahnwurzel oder Erkältung mehr in Verbindung zu bringen ist – all diese anamnestischen Besonderheiten sollten Misstrauen wecken.

Es folgt die ausführliche Inspektion der Mundhöhle, wobei sich grundsätzlich empfiehlt, nach einem bestimmten Schema vorzugehen. So kommt man zu einer gewissen Routine und kann die verschiedenen Lokalisationen nacheinander abhaken. Am besten ist die Darstellung mithilfe zweier Spiegel. Herausnehmbare Prothesen dürfen natürlich bei der Untersuchung nicht im Mund sein.

Als erstes sollten die Lippen oben und unten von außen und innen betrachtet werden, wobei im gleichen Untersuchungsgang auch die Umschlagsfalte des Vestibulums und das Zahnfleisch an den Außenseiten der Alveolarfortsätze mitinspiziert werden kann. Die oft schwer einsehbare Schleimhaut hinter dem letzten Zahn der Zahnreihe darf dabei nicht vergessen werden.

Danach folgt die vollständige Darstellung der Wangenschleimhaut, wofür man diese erst rechts, dann links mithilfe der beiden Spiegel vorsichtig aufspannt. Hierbei stellen sich auch die inneren Mundwinkel gut mit dar. Innerhalb der Zahnreihen gibt es im Oberkiefer die Innenseite der Alveolarböden und den Gaumen (harter Gaumen, weicher Gaumen, Uvula) zu beurteilen. Im Unterkiefer sind es ebenfalls die Alveolarböden, aber auch der Mundboden und die Zunge. Für die letzten beiden Punkte muss der Patient ein bisschen Zungengymnastik betreiben, die Zunge weit herausstecken, nach vorne für die Zungenseite und den Zungengrund, nach rechts und nach links für die Zungenseiten, die Zunge an den Gaumen drücken bei weit offenem Mund für die Beurteilung der Unterseite, des Zungenbändchens und des Mundbodens. Um hier manchen Patienten das Würgegefühl zu nehmen, gibt es die Möglichkeit, die Schleimhäute mit dem Xylocain-Pumpspray zu betäuben.

Auffälligkeiten sollten immer auf ihre Beschaffenheit hin palpiert werden, wenn möglich bimanuell mit Gegenhalt, ob sie sich derb anfühlen oder weich und sich von der Umgebung unterscheiden. Eine kurze Palpation der Hauptlymphknotenstationen des Kopf-Hals-Übergangs und des Halses wäre optimal, denn Ursachen im Bereich von Mund und Speicheldrüsen sind häufig verantwortlich für Schwellungen; die

Der weiße Ticer®



DURAPLANT® 2.2

Schön:

Zahnweiße Oberfläche auf reinem Titan – die neue **TiWhite** Oberfläche

Sicher:

Arbeits- und Versorgungsgewinde

Die Zukunft ist **TiWhite!**

Erfahren Sie mehr über das neue DURAPLANT® 2.2 auf www.duraplant.com



Neugierig geworden?
Erfahren Sie mehr.
Halle 11/2 | Stand P 040

IDS
2013





Abb. 7a und b: Manifestationsformen introralen Lichen. – **Abb. 8:** Glossitis nach Insektenstich.

Metastasen von Malignomen finden sich hier zuerst. Hier kann auch der Patient gefragt werden, ob ihm etwas aufgefallen sei.

Weitere Abklärung

Sollte eine Veränderung zunächst nur kontrollbedürftig erscheinen, gilt, dass Zeiten für eine zu erwartende Abheilung oder Verbesserung kurz angesetzt werden sollten, wenn die Möglichkeit einer Malignität besteht, also lieber engmaschig kontrollieren und zügig überweisen als großzügig zuwarten.

Für einen selbst zum späteren Vergleich und auch für eine Überweisung ist eine genaue Beschreibung des Befundes sehr wichtig, die Art der Effloreszenz (Makula, Papel, Vesicula, Bulla, Erosion, Ulcus, Rhagade, Atrophie, Narbe), die Färbung und deren Intensität (intensivrot, schwachrot, weißlich, weiß, gräulich etc.), Zahl und genaue Verteilung bei mehreren Veränderungen, spezifische Kennzeichen (netzförmig, gestielt, erhaben), die Größenausdehnung (in mm) sowie der Palpationsbefund der Veränderung selbst und der Lymphknotenstationen. Dabei ist es nicht wichtig, immer genau die richtigen Fachtermini zu beherrschen, sondern die Beschreibung muss (egal ob trocken oder fantasievoll) einfach nachvollziehbar sein. Bewährt hat sich auch die bildgebende Archivierung. Im Zeitalter der Intraoralkameras und günstig gewordenen Spiegelreflexkameras sowie den immer größeren Speichermöglichkeiten ist dies eine gute und sinnvolle Hilfe, die Schleimhautbefund zu archivieren.

Wenn bei der Untersuchung ein Verdacht entstanden ist oder zumindest das Bedürfnis nach einem definitiven Ausschluss eines Malignoms, sollte zeitnah die weitere Abklärung erfolgen. Dabei ist es wichtig, nicht immer sofort zu schneiden. Eine Probeexzision ist schnell gemacht, aber wenn dann nach einem bösartigen Befund mittels CT oder NMR die Ausdehnung eines Tumors geschätzt oder auf verdächtige Lymphknoten hin gestaget werden soll, sind die reaktiven, postoperativen Veränderungen von tumorbedingten nicht sauber abgrenzbar und es muss erst einmal zwei bis drei Wochen gewartet werden, bevor es hier wieder zuverlässige radiologische Informationen gibt. Der für



Abb. 9: Malignes Melanom in der Wangenschleimhaut. – **Abb. 10:** Intubationsverletzung.

diesen Fall ausgebildete Oralchirurg oder Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg berücksichtigt, dass bei einem ernsthaften Verdacht auf ein Malignom besser erst zügig radiologisch gestaget und erst danach die Probe entnommen wird.

Der persönlich angesprochene Radiologe wird in einem solchen Fall einer kurzfristigen Terminabsprache gegenüber sicher offen sein, schon im Sinne des meist psychisch sehr belasteten Patienten.

Die „Probe“ selbst sollte im Optimalfall die verdächtige Veränderung im Ganzen enthalten. Sollte dies nicht möglich sein, ist eine Operation mit Schnellschnitt oder zumindest ein zeitnah kalkuliertes zweizeitiges Vorgehen zu planen, um nicht durch die Operation unnötig Tumorzellen zu streuen.

Da ab einem bestimmten Tumorstadium die Problematik der plastischen Defektdeckung und der Notwendigkeit einer Neck dissection hinzu kommen, ist es auf jeden Fall ratsam, auch eine frühzeitige Überweisung zu einem Spezialisten in die Überlegungen mit einzubeziehen. Denn ein anoperierter Tumor ist immer unangenehm zu übernehmen, während es dem Überweiser niemand verübeln wird, wenn das Ergebnis doch zur Freude aller negativ ist. ■

■ KONTAKT

Dr. Dr. Michael Wiesend

Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Fachzahnarzt für Oralchirurgie

Koblenzer Straße 11–13

56410 Montabaur

info@mkg-montabaur.de

www.mkg-montabaur.de



ACE – PRODUKTE FÜR CHIRURGIE UND IMPLANTOLOGIE

JETZT HABEN SIE DIE WAHL!

RCPT™, RCFT™, RCT™
Resorbierbares Kollagen



NuOss™
Collagen



truFIX™
Befestigungssystem



NuOss™ Spongiosa- und
Kortikalisgranulat



Praktische und einfache
Entnahmemöglichkeit!



RCM6™ und **conFORM™**
Kollagenmembrane

In drei verschiedenen Größen erhältlich!

Fordern Sie jetzt Ihren ACE-Katalog an!

FreeTel: 0800-1400044

FreeFax: 08000-400044

www.henryschein-dental.de

Erfolg verbindet.

 **HENRY SCHEIN®**
DENTAL

Struktur- und Volumenerhalt bei verzögerten Sofortimplantationen

Als Mittelweg zwischen Sofortimplantation (zu der keine einhellige Bewertungslage in der Literatur zu finden ist) und einer „regulären“ Implantation nach vollständig abgelaufener knöcherner Abheilung des ehemaligen Extraktionsareals (in der Regel mit Volumenverlust verbunden) bietet sich die verzögerte Sofortimplantation an. Bei dem in den drei folgenden exemplarischen Patientenfällen vorgestellten Verfahren ist zudem das unkomplizierte chirurgische Vorgehen zu würdigen.

Dr. Georg Bach, ZTM Christian Müller

■ Der knöcherne Volumenverlust nach Extraktion eines nicht erhaltungswürdigen Zahnes kann u.a. einen limitierenden Faktor für eine spätere Implantation darstellen. Viele Autoren empfehlen zur Vermeidung dieser Problematik die Durchführung einer Sofortimplantation, in der direkt im Anschluss an die möglichst schonende Zahnentfernung ein Implantat inseriert wird. Sollte eine solche Sofortimplantation nicht gewünscht oder nicht möglich sein, bietet sich als „Mittelweg“ zur Implantation nach Rekonstruktion des ehemaligen Zahnareals die verzögerte Sofortimplantation an, die in der Regel drei bis vier Wochen nach Entfernung des nicht mehr erhaltungswürdigen Zahnes durchgeführt wird. Ist eine (noch) weitestgehend intakte Alveole nach Extraktion vorhanden, dann kann mithilfe einer Kollagenmembran- und -kegeleinheit die Voraussetzung für eine Sofortimplantation optimiert werden.

Bei der verzögerten Sofortimplantation stehen Maßnahmen zum Erhalt des Knochenvolumens nach Extraktion im Fokus des Interesses – viele Autoren betonen die Wertigkeit eines Verschlusses der Extraktionswunde mit einem „Punch“, der wesentliche Vorteile bezüglich Resorptionsschutz bergen soll. Durch das Verhindern des Einwachsens von Bindegewebe in die Alveole wird das ungestörte Wachstum von knochenbildenden Zellen im ehemaligen Zahnfach begünstigt. Dieses Vorgehen bedingt allerdings bezüglich Gewinnung und Insertion durchaus höhere Anforderungen an das chirurgische Können des Operateurs und stellt zudem für den Patienten einen höheren Aufwand (chirurgisch und finanziell) dar. Mit der Einführung sogenannter Kollagenmembran- und -kegeleinheiten kann der Alveolenverschluss wesentlich vereinfacht und zudem die Entnahme des Punches an anderer Stelle vermieden werden. Durch die Resorbierbarkeit des Materials entfällt zudem ein Zweiteingriff, da die Kollagenmembran- und -kegeleinheit nicht entfernt werden muss.

Folgende Vorgehensweise für die Insertion der Kollagenmembran- und -kegeleinheit wird seitens des Herstellers empfohlen:

1. Vorbereitung für einen dichten Abschluss

Nach schonender und atraumatischer Extraktion des nicht erhaltungswürdigen Zahnes soll die marginale

Gingiva am Alveolarfortsatz minimal abgelöst werden, damit der freie Membranrand der Kollagenmembran- und -kegeleinheit anschließend untergeschoben werden kann.

2. Individualisierung der Kollagenmembran- und -kegeleinheit

Ein Anfeuchten hat zu unterbleiben, da hierdurch eine gute Anpassung an die Alveole erschwert wird; vielmehr wird der Kollagenkegel mittels Skalpell der Alveola angepasst und die Membran mittels Scherchen so konfiguriert, dass dieser zum einen gut unter die marginalen Ränder geschoben werden kann und zugleich eine ideale, defektkongruente Abdeckung aufweist. Hierzu sollte die Membran ca. 1–2 mm breiter dimensioniert werden als durch den Alveolenquerschnitt vorgegeben.

3. Einbringen der Kollagenmembran- und -kegeleinheit

Mit einer trockenen, anatomischen, breiten Pinzette wird die Kollagenmembran- und -kegeleinheit in die Alveole eingebracht und anschließend mit einem feuchten Tupfer in die Tiefe geschoben. Der Membrananteil soll exakt auf der Höhe der marginalen Gingiva zum Liegen kommen. Nun wird der freie und leicht überdimensionierte Membrananteil vorsichtig unter die Ränder der marginalen Gingiva geschoben.

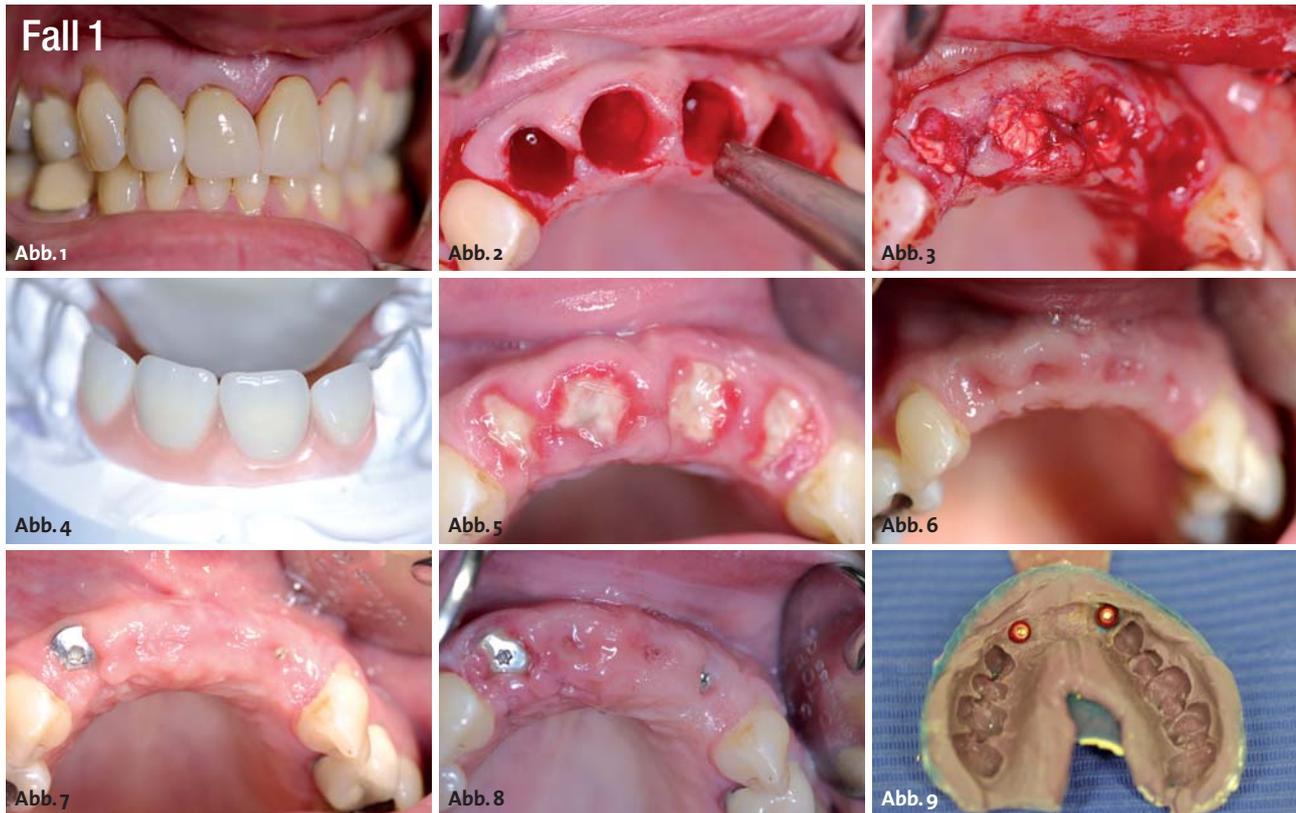
4. Sicherungsmaßnahmen

Eine Rückstichnaht mit einem nicht resorbierbaren Faden sichert einerseits die Position der Kollagenmembran- und -kegeleinheit in der Alveole und adaptiert zudem die freien Gingivaränder auf der Membran.

An drei Patientenfällen soll die Vorgehensweise einer verzögerten Sofortimplantation mithilfe einer resorbierbaren Kollagenmembran- und -kegeleinheit dargestellt und abschließend gewürdigt werden.

Fall 1: Vier nicht erhaltungswürdige Zähne im OK

Basierend auf einem Frontzahntrauma im Jugendalter folgten endodontische Behandlungen, Überkronungen der vier Frontzähne, die nach rezidivierenden Beschwerden in Wurzelspitzenresektionen mündeten. Einer Zweitüberkronung zehn Jahre nach der ersten pro-



Nach ausgedehnter Vorgeschichte waren sämtliche oberen Frontzähne nicht mehr erhaltbar (Abb. 1) und mussten unter schonenden Kautelen entfernt werden (Abb. 2). Direkt im Anschluss an die Zahnentfernung erfolgte die Insertion einer Kollagenmembran- und -kegeleinheit (Abb. 3) im Sinne einer Socket Preservation und die Eingliederung einer vorgängig vorbereiteten (Abb. 4) Interimsprothese. Die Abbildungen 5 und 6 zeigen die klinischen Bilder eine und vier Wochen postoperativ, die Abbildung 7 nach Durchführung der verzögerten Sofortimplantation. Sieben Tage nach Implantation erfolgte die Entfernung des i.o. Nahtmaterials (Abb. 8). Nach Abwarten der Osseointegrationsphase erfolgte die Abformung (Abb. 9), das Einbringen der Abutments unter Zuhilfenahme einer vorbereiteten Einbringhilfe und die Insertion der rein implantatgetragenen Brücke (Abb. 10–12). Abbildung 13 zeigt die exakte Übereinstimmung zwischen Planung (Schablone) und erzieltm Ergebnis (Abutments).



thetischen Versorgung folgte unmittelbar eine Zweitresektion aufgrund persistierender Beschwerden. Nun, die Patientin ist Ende 30, waren die vier Frontzähne 12, 11, 21, 22 nicht mehr erhaltungswürdig? Sie wiesen Lockerungsgrade von I–II, hohe zirkuläre Sondierungstiefen und ein Bleeding on Probing auf. Nach vorgängiger Anfertigung einer abnehmbaren Interimsprothese 12–22 erfolgte die schonende Zahnentfernung der vier Oberkieferfrontzähne und eine ebenfalls möglichst atraumatische Entfernung des periradikulären Granulationsgewebes.

Der Wundverschluss erfolgte mittels vier Kollagenmembran- und -kegeleinheiten, die durch Reduktion des Kollagenanteils der Alveole angepasst wurden. Auch der der Mundhöhle zugewandte Membrananteil wurde den Wundrändern adaptiv angepasst, sodass ein dichter Verschluss mit Nahtmaterial möglich wurde.

Vier Wochen nach Zahnentfernung stellte sich das ehemalige Zahnareal 12–22 reizlos bei gutem Struktur- und Volumenerhalt dar. Regionen 12, 22 wurden ITI-Implantate inseriert, die nach zwölf Wochen Einheilzeit mit einer festsitzenden Brücke versorgt wurden.

Fall 2: Die Freundsituation in der rechten Oberkieferhälfte

Die vor 31 Jahren entstandene Freundsituation in der rechten Oberkieferhälfte wurde mit einer Distoanhängerbrücke 16-15-14 BM-KM-KM ver-



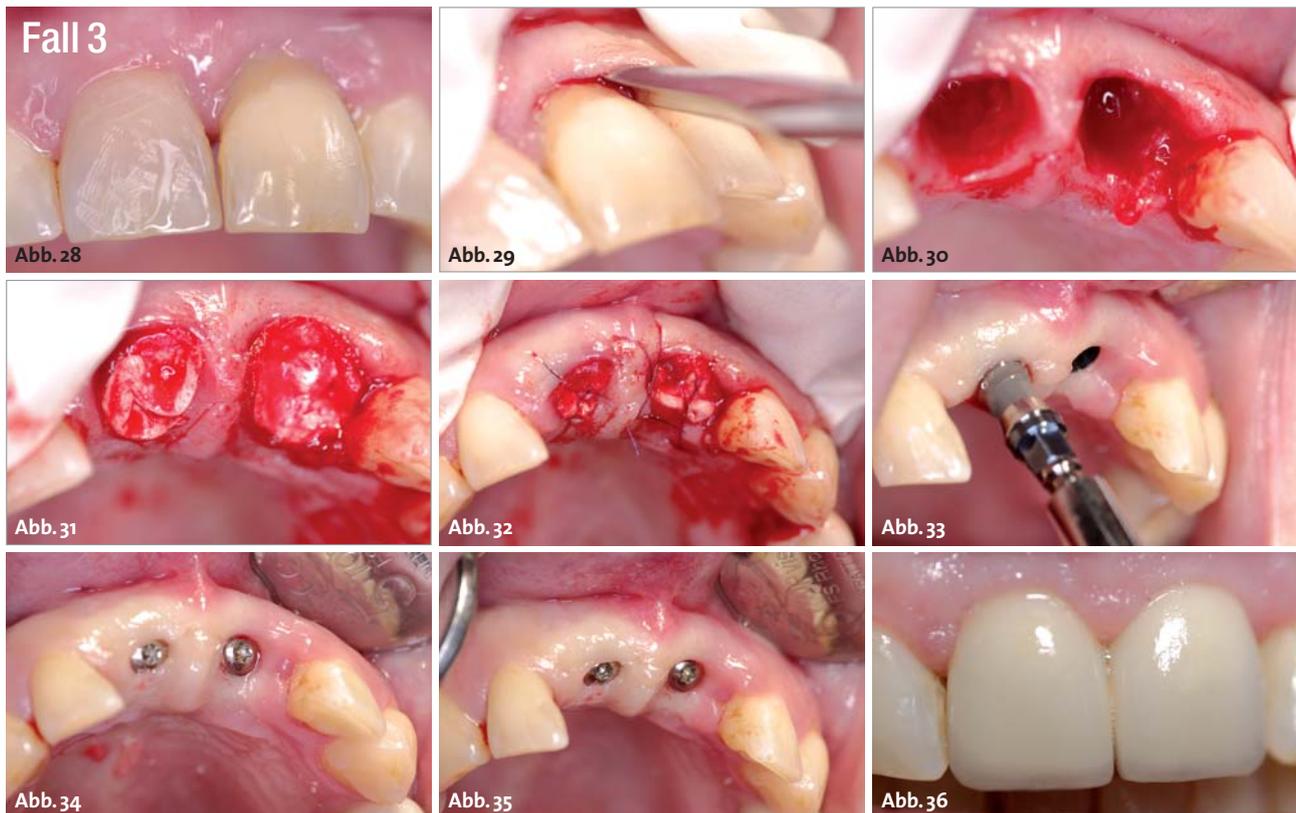
In der rechten Oberkieferhälfte sind die beiden verbliebenen Seitenzähne frakturiert und tief kariös (Abb. 14) und somit nicht mehr erhaltungswürdig. Dank einer schonenden Entfernung der Zahnwurzeln (Abb. 15) konnten die beiden Alveolen weitestgehend intakt verbleiben und eine adaptierte Kollagenmembran- und -kegeleinheit eingebracht werden (Abb. 16). Eine Woche postoperativ erfolgte die Entfernung des Nahtmaterials (Abb. 17). Nach vier Wochen Wartezeit stellt sich das Knochenlager reizlos und weitestgehend primär rekonstruiert dar. So konnte nach dieser kurzen Wartezeit die Insertion zweier Implantate erfolgen. Abbildung 18 zeigt den Zustand nach Implantatbettbohrung, Abbildung 19 die beiden eingebrachten Implantate; beachten Sie auch die entsprechende Panoramaschichtaufnahme (Abb. 20). Nach Ablauf der Osseointegrationsphase stellten sich beide Implantate reizlos dar (Abb. 21), sodass die Abformung mittels eines individuellen Löffels (Abb. 22) und die zahntechnischen Arbeitsschritte (Abb. 23 und 24) erfolgen konnten. Abbildung 25 zeigt die inserierten Abutments und Abbildung 26 die eingliederte Arbeit im Munde der Patientin, Abbildung 27 die entsprechende Saggitalaufnahme.

sorgt. Zu einem späteren Zeitpunkt wurden beide Prämolaren (Pfeilerzähne) einer endodontischen Behandlung unterzogen und mit einer Wurzelfüllung versorgt. Eine Fraktur beider Zähne gestaltete sich derart ungünstig, sodass beide Zähne nicht erhaltungswürdig waren. Die Patientin äußerte den Wunsch, die „gleiche Versorgung, jedoch mit Implantaten, statt mit Zähnen“ zu erhalten. Um weitere Frakturen der auf subgingivalem Niveau frakturierten Zähne zu vermeiden, erfolgte eine schonende und umsichtige Extraktion der beiden Wurzelreste. Zwei Kollagenmembran- und -kegeleinheiten wurden mit dem Skalpell (Kollagenteil) und der Schere (Membranteil) so individualisiert, dass diese sich weitestgehend bündig der ehemaligen Alveole anpassten, diese ausfüllten und einen Abschluss bildeten. Es erfolgte ein finaler Verschluss mittels i.o. Nähten.

Auch hier fand nach vier Wochen eine verzögerte Sofortimplantation statt, es wurden Regionen 14, 15 zwei Implantate inseriert, die wiederum nach Wochen Osseointegrationszeit mit einer Anhängerbrücke (16 als Prämolarenbrückenglied gestaltet) versorgt wurden.

Fall 3: Ersatz der parodontal schwer geschädigten Zähne 11, 21

Die Patienten (Mitte 30) hatte schon mehrere Zähne im Seitenzahngebiet des Oberkiefers verloren, wobei ihr ausgeprägter Nikotinabusus mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit kein unbedeutender Co-Faktor dieses unerfreulichen Geschehens war. Ein vor vielen Jahren erlittenes Frontzahntrauma (häuslicher Sturz) be-



In einem von einer vorgängigen schweren Parodontitis gezeichneten Gebiss sind die beiden mittleren oberen Schneidezähne derart geschädigt (Abb. 28), dass diese nicht mehr als erhaltungswürdig einzustufen sind. Nach einer minimalinvasiven Entfernung der beiden oberen mittleren Inzisivi (Abb. 29) stellen sich die Schneidezahnalveolen intakt dar (Abb. 30), sodass die Kollagenmembran- und -kegeleinheit im Sinne einer Socket Preservation eingebracht (Abb. 31) und fixiert (Abb. 32) werden kann. Nach primärer Weichteilheilung können zwei Implantate (Abb. 33) eingebracht werden; Abbildung 34 zeigt den direkt postoperativen Status, Abbildung 35 den nach einer Woche. Nach weiteren acht Wochen Einheilzeit wurden die beiden Implantate mit Kronen versorgt, Abbildung 36 zeigt den klinischen Befund im Rahmen einer Recallsitzung nach sechs Monaten.

dingte damals die Schienung der beiden oberen mittleren Schneidezähne, die nun ein knappes Jahrzehnt später hohe Lockerungsgrade aufwiesen. Ferner lag ein ausgeprägter Schmerz beim Abbeißen vor. Nach vorgängig erfolgter Herstellung einer klammerlosen Interimsteilprothese erfolgte die unter maximaler Vermeidung traumatisierender Momente durchgeführte Entfernung der beiden oberen mittleren Inzisivi. Auch hier kam die Kollagenmembran- und -kegeleinheit zum Einsatz; beide Alveolen wurden entsprechend versorgt. Gerade angesichts des Nikotinabusus, den abzustellen die Patientin nicht bereit war, war ein Struktur- und Volumenerhalt ebenso bedeutsam wie die Erzielung eines möglichst raschen und möglichst dichten Verschlusses durch die Kollagenmembran- und -kegeleinheit. Nach vier Wochen primärer Abheilzeit wurden zwei Implantate Regionen 11, 21 inseriert, die nach weiteren acht Wochen mit zwei Kronen als Suprakonstruktion versorgt wurden.

Auswertung

Das hier vorgestellte Verfahren stellt definitiv keinen Ersatz eines bewährten Behandlungsmusters, sicherlich jedoch eine Vereinfachung eines bewährten Therapie-schemas dar. Bei weitestgehend intakter Alveole, die als Voraussetzung für die Durchführung der hier beschrie-

benen Behandlungsschritte zu definieren ist, können schnell und unter Vermeidung eines weiteren Gewebetraumas eine GBR-Maßnahme mit dem Ziel des weitestgehenden Volumenerhalts eines ehemaligen Zahnfaches und damit günstige Voraussetzungen für eine verzögerte Sofortimplantation geschaffen werden. Klare Limitationen hat das Verfahren bei starkem Zerstörungsgrad des ehemaligen Zahnfaches (durch eine komplizierte Zahnentfernung oder vorgängige Eingriffe mit weitestgehendem Verlust der bukkalen Knochenlamelle bedingt), ferner bei profunder Entzündungs- und Infektionslage des nicht erhaltungswürdigen Zahnes und immer dann, wenn Patienten den Einsatz von Materialien tierischen Ursprungs nicht wünschen. ■

■ KONTAKT

Dr. Georg Bach

Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Rathausgasse 36, 79098 Freiburg im Breisgau
doc.bach@t-online.de

ZTM Christian Müller

DENTAL-TECHNIK Christian Müller
Carl-Kistner-Straße 21, 79115 Freiburg im Breisgau



Konusretention von Prothesen auf Implantaten

Es gibt bekanntlich eine Vielzahl von Möglichkeiten, eine Prothese auf Implantaten abnehmbar zu verankern. Im folgenden Artikel soll ein präfabriziertes konisches Doppelkronensystem, das ANKYLOS-SynCone-Konzept, anhand von zwei klinischen Fällen vorgestellt werden.

Stephan Payer

■ Die SynCone-Abutments (DENTSPLY Implants) weisen einen doppelten Konus auf: einen für die Verbindung zu den ANKYLOS-Implantaten (DENTSPLY Implants), den anderen zur – abnehmbaren – Verbindung zu den SynCone-Kappen. Während nun die Abutments mit einem Drehmoment von lediglich 15 Ncm fest in die Implantate verschraubt werden (selbsthemmende Konusverbindung von 5,7 Grad), sorgen die oberen Koni der vier (Normalfall im Unterkiefer) bis sechs (Normalfall im Oberkiefer) Implantate durch die Verbindung mit den Kappen für einen Prothesenhalt mit einer sekundären Verblockung, die in der Qualität einer Primärverblockung durch einen Steg entspricht. Zunächst waren zwei unterschiedliche Aufbau-Varianten mit einer Konizität für Aufbauten und Kappen von 4 oder 6 Grad erhältlich. Mittlerweile wurde das Produktportfolio um eine SynCone-Aufbau-Variante mit einer Konizität von 5 Grad erweitert. Bei diesen Varianten sind die Aufbauten in einer großen Auswahl an Gingivahöhen und an Angulationen erhältlich (Abb. 1 und 2). Dies erlaubt die Anpassung der SynCone-Pfeiler sowohl an unterschiedliche Schleimhautdicken als auch an unterschiedlichen Angulationen (Verwendung indi-

kationsbezogen häufig im Oberkiefer). Durch die konische Anschlussgeometrie ist der Aufbau im Implantat um 360 Grad frei rotierbar und erlaubt so die freie Positionierung des abgewinkelten Aufbaus zum Ausgleich der Implantatneigung, um eine gemeinsame Einschubrichtung aller Aufbauten zu erzielen.

Prinzip der Konus-Doppelkronentechnik

Vorteile der Verwendung dieser konischen Aufbauten und einer dadurch retinierten Hybridprothese im Vergleich zu festsitzenden Arbeiten sind:

- die mögliche Kompensation horizontaler und vertikaler Gewebeerluste durch Prothesenkunststoff und somit eine oftmals verbesserte Ästhetik (Vermeidung langer Zähne) und
- die sehr einfache Hygiene dieser Konusaufbauten, was sich oft in schönen und stabilen Weichgewebs- und Knochenverhältnissen auch Jahre nach Einsetzen der Arbeit zeigt.

Der Vorteil der Verwendung dieser konischen Aufbauten im Vergleich zu anderen Retentionselementen für Hybridprothesen ist der gute und feste Prothesenhalt ohne Beweglichkeit und Rotationsachsen, welcher funktionell einer festsitzenden Lösung entspricht. Wenn die Prothese in situ ist, ergibt sich eine Verblockung der Implantate, welche bei der Sofortbelastung der Implantate von Vorteil ist (Vermeidung von Mikrobewegungen der Implantate).

Vorgehen im zahnlosen Unterkiefer

Im klassischen SynCone-Konzept werden im zahnlosen Unterkiefer vier Implantate interforaminal gesetzt und – bei guter Primärstabilität der Implantate – sofort versorgt. Dies geschieht mittels der Aufbauten, welche in die Implantate eingeschraubt werden und mittels der Kappen, die am Behandlungsstuhl direkt in die Prothese einpolymerisiert werden. Voraussetzung für die Sofortbelastung der Implantate ist eine ausreichende Primärstabilität (empfohlenes Eindrehmoment ca. 35 Ncm).

Bei einer bestehenden Restbeziehung mit schlechter Prognose kann die gleiche Behandlung direkt nach dem Extrahieren der restlichen Zähne erfolgen (im Normal-

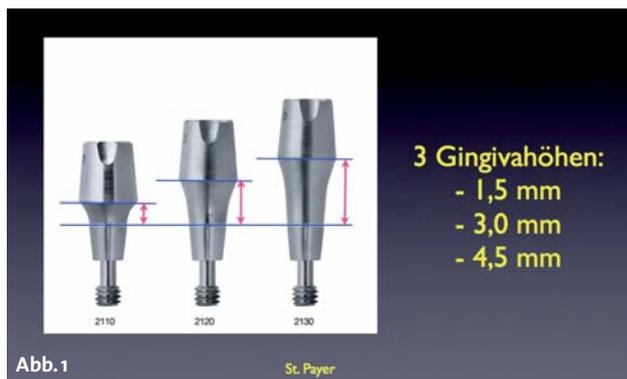




Abb. 3

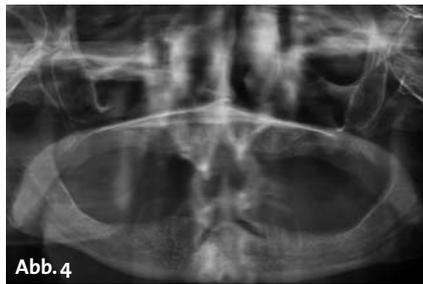


Abb. 4



Abb. 5

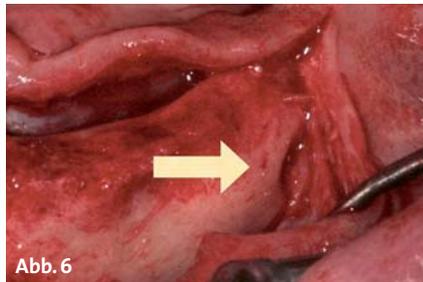


Abb. 6

fall nach Glättung des Kieferkammes). Es handelt sich dann um eine Sofortimplantation mit Sofortbelastung.

Patientenfall 1

Behandlungsplan: Verbesserung der Unterkiefer-Prothesenretention mittels der genannten Implantate. Nach Besprechung mit der Patientin haben wir uns für vier Implantate und die Sofortbelastung unter Verwendung des beschriebenen Konzepts entschieden.

Vorgehen: Bei dieser 55-jährigen Patientin sehen wir in der Ausgangssituation einen zahnlosen Kieferkamm (Abb. 3 und 4). Nach Darstellung des Operationsgebietes werden unterschrittige Stellen (Abb. 5) festgestellt. Nach beidseitiger Darstellung des Foramen mentale (Abb. 6) wird der Kieferkamm etwas gekürzt und geglättet (Abb. 7). Danach wird die möglichst parallele Implantatbettauflaufbereitung durchgeführt (Abb. 8). Die Implantate werden primärstabil leicht subkrestal gesetzt (Abb. 9). Die genannten Abutments werden inseriert (Abb. 10) und mittels der Parallelisierungslehren (Abb. 11) auf ihre Parallelität geprüft (um auszuschließen, dass abgewinkelte Aufbauten benötigt werden) und mit dem vorgeschriebenen Drehmoment von 15 Ncm angezogen. Jetzt erfolgt der Nahtverschluss der Lappen.

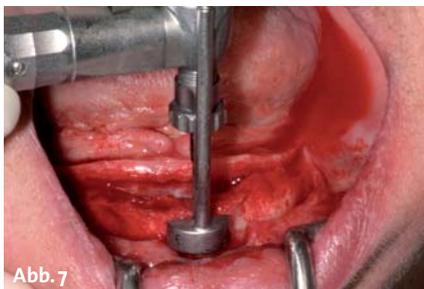


Abb. 7



Abb. 8

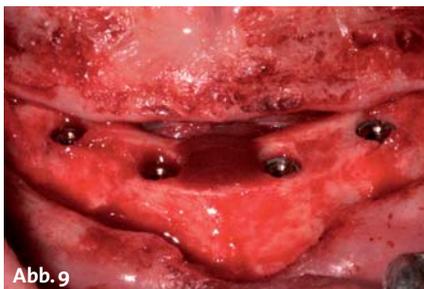


Abb. 9



Abb. 10



Seit unserer Gründung vor mehr als 20 Jahren, haben wir uns auf qualitativ hochwertige und innovative Produkte zur Prävention vor Kreuzkontamination und Infektionen im OP-Bereich spezialisiert.

Unsere Produkte garantieren Ihnen, Ihrem Team und Ihren Patienten, Sicherheit und Schutz im alltäglichen Einsatz, sowie bei spezifischen Behandlungsgebieten wie Implantologie oder MKG - Chirurgie.

Mit Omnia sicher in Sicherheit.

Surgical Line

Safety Line

MAXIL®



IDS
2013

Cologne, 12-16.03.2013
Besuchen Sie Uns
Hall 4.1 Stand C088- D089

OMNIA®

Disposable Medical Devices

OMNIA S.p.A.

Via F. Delnevo, 190 - 43036 Fidenza (PR) Italy
Tel. +39 0524 527453 - Fax +39 0524 525230
VAT. IT 01711860344 - R.E.A. PR 173685
Company capital € 200.000,00

www.omniaspa.eu

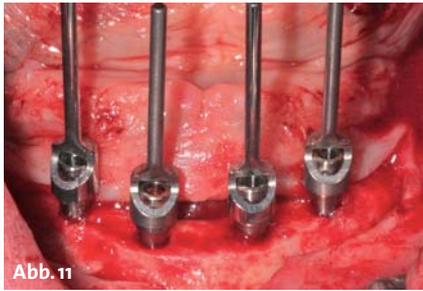


Abb. 11

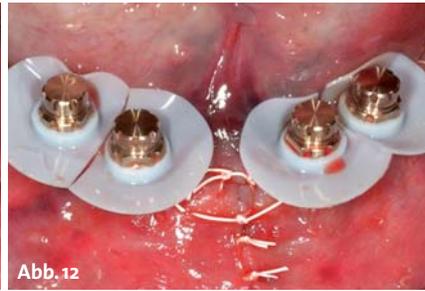


Abb. 12



Abb. 13



Abb. 14

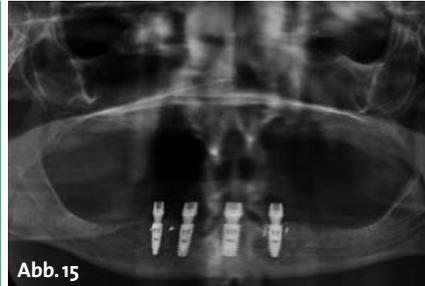


Abb. 15



Abb. 16

Nach dem Wundverschluss werden die Kappen unter festem Druck auf die Abutments aufgesetzt. Allfällige unter sich gehende Stellen an den Aufbauten werden mit speziellen Polymerisationsmanschetten (Abb. 12) abgedeckt. Dann wird die Prothese ausreichend ausgeschliffen und über den SynCone-Kappen einprobiert (Abb. 13; Abb. 12 und 13 von einem anderen Patientenfall). Nun werden die Kappen in die Prothese einpolymerisiert. Die Prothese wird dann im Labor verstärkt und ausgearbeitet (Abb. 14). Abbildung 15 zeigt das postoperative Röntgenbild. Danach geht die Patientin mit der umgearbeiteten und mittels der SynCone-Aufbauten und -Kappen implantatretinierten Prothese nach Hause. Die Kontrollbilder nach drei Jahren (Abb. 16 und 17) zeigen gesunde Weichgewebsverhältnisse und ein stabiles Knochenniveau.



Abb. 17

Patientenfall 2

Der Behandlungsplan bei dieser 64-jährigen Patientin sah die Anfertigung zweier Immediatprothesen, die

Extraktion sämtlicher Zähne, das Setzen von vier Implantaten sowie die Sofortbelastung dieser Implantate mittels der beschriebenen Aufbauten vor. Abbildung 18 und 19 zeigen die Ausgangssituation. Nach der Anästhesie wurden die Zähne mit Ultraschall gereinigt und entfernt. Nach Aufklappung im Unterkiefer stellt sich ein sehr unregelmäßiges Knochenprofil dar (Abb. 20). Dieser Kieferkamm muss geglättet werden, bevor die Implantatbettaufrichtung durchgeführt werden kann und die vier Implantate gesetzt werden (Abb. 21). Auch in diesem Fall werden nun die vier Abutments inseriert und auf ihre



Abb. 18



Abb. 19



Abb. 20

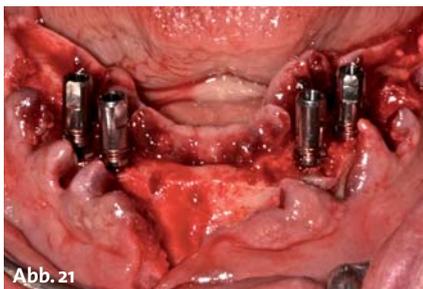


Abb. 21



Abb. 22



Abb. 23

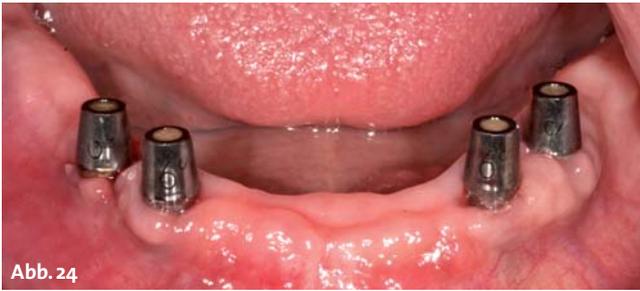


Abb. 24

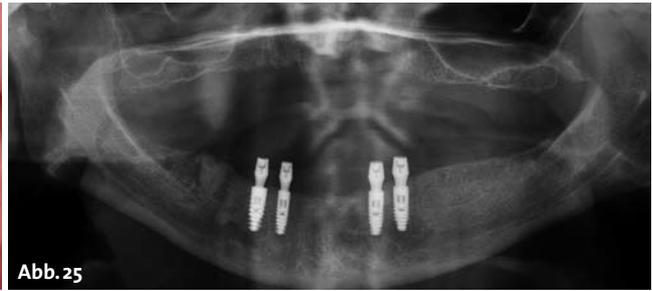


Abb. 25

Parallelität geprüft. Danach werden die Abutments mit 15 Ncm definitiv angezogen, die Kappen aufgesetzt und in die Prothese einpolymerisiert. Die Prothese wird im Labor ausgearbeitet und mit einem Profilbügel nach Scheu verstärkt (Abb. 22). Abbildung 23 zeigt des Kontrollröntgenbild nach Setzen der Implantate. Nach über zwei Jahren zeigen sich klinisch (Abb. 24) stabile Weichgewebsverhältnisse und auf dem Röntgenbild (Abb. 25) ist ein sehr solides Knochenniveau erkennbar.

diese Weise rein implantatgetragene Rekonstruktion ist deutlich stabiler als bei der Verwendung von Halteelementen mit Restbeweglichkeit wie z.B. Kugelanker. Durch das Design der verwendeten Implantate und die sekundäre Verblockung der Implantate eignen sich diese in Kombination mit den beschriebenen Aufbauten und Kappen gut zur Sofortbelastung. ■

Erstveröffentlichung: „ANKYLOS SynCone: Prothesen mit dem Tragekomfort einer Brücke – festsitzend und doch herausnehmbar“, in DENTASTIC 01/12 (Hrsg.: Venture Law GmbH), S. 50–53.

Zusammenfassung

Die in den vorliegenden Patientenfällen beschriebenen Aufbauten und Kappen eignen sich gut zur Verankerung von Totalprothesen auf Implantaten. Die so mit dem Konus-Doppelkronenprinzip implantatretinierten Prothesen bieten den Tragekomfort einer festsitzenden Brücke und haben zugleich die gute Hygienefähigkeit und Ästhetik einer abnehmbaren Konstruktion. Die auf

■ KONTAKT

Stephan Payer
Uetlibergstr. 72
8902 Urdorf, Schweiz
spayer@hispeed.ch



ANZEIGE

| Kursreihe 2013 |

implantate und sinus maxillaris

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

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



inkl. DVD

SCAN MICH



Programm
Kursreihe 2013
„Implantate und
Sinus maxillaris“

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

faxantwort
0341 48474-390

Für die Kursreihe „Implantate und Sinus maxillaris“ melde ich folgende Personen verbindlich an:

- 26.04.2013 | Berlin OST
- 07.06.2013 | Rostock-Warnemünde NORD
- 18.10.2013 | München SÜD

Bitte senden Sie mir das Programm zum Hauptkongress

Name, Vorname

Name, Vorname

Praxisstempel

Termine 2013 |

HAUPTKONGRESS

26.04.2013 14.00 – 18.00 Uhr	Ost Berlin	14. EXPERTENSYMPOSIUM „Innovationen Implantologie“
07.06.2013 14.00 – 18.00 Uhr	Nord Rostock- Warnemünde	Ostseekongress/6. Norddeutsche Implantologietage
18.10.2013 14.00 – 18.00 Uhr	Süd München	4. Münchener Forum für Innovative Implantologie

Organisatorisches |

Kursgebühr inkl. DVD 195,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale 35,- € zzgl. MwSt.
Bei der Teilnahme am Hauptkongress wird die Kursgebühr angerechnet.

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



Dieser Kurs wird unterstützt



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



easy-graft®CRYSTAL

Herstellerinformationen

DENTSPLY Implants

Das neue Powerhouse auf der IDS

DENTSPLY Implants präsentiert sich auf der IDS als das neue Powerhouse in der Implantologie, das aus dem Zusammenschluss von zwei der wachstumsstärksten Unternehmen im Bereich der Implantologie entstanden ist. DENTSPLY Implants setzt weiterhin auf die Stärken von Innovation, klinischer Forschung und professioneller Zusammenarbeit und bietet ein umfassendes Portfolio mit allen bewährten Produkten: Dazu gehören die Implantatsysteme ANKYLOS®, ASTRA TECH Implant System™ und XIVE®, digitale Technologien wie die CAD/CAM-Lösungen von ATLANTIS™, das Augmentationsportfolio FRIOS® sowie Erfolgskonzepte zur Praxisentwicklung (*stepps*®). Dennoch kommt Stillstand nicht infrage: ATLANTIS ISUS™ mit seinen CAD/CAM-Suprastrukturen wird um ATLANTIS ISUS™ 2in1 erweitert, eine doppelte Konstruktion aus CAD/CAM-Steg und Sekundärkonstruktion auf Basis eines einzigen Datensatzes.

Dr. Werner Groll leitet als Group Vice President die DENTSPLY Implants in Deutschland und freut sich auf die IDS: „Durch die Bündelung unserer Expertisen zeigen wir auch in Köln mit unserem Produkt- und Serviceangebot die Leistungsfähigkeit von DENTSPLY Implants. Wir bieten ein breites Spektrum an Lösungskonzepten in der gewohnt hochwertigen Qualität. Für unsere Anwender bedeutet



Dr. Werner Groll,
Group Vice President DENTSPLY Implants

das die optimale Gestaltungsfreiheit. All das ist die ideale Startposition, um eine neue Dimension der Implantologie zu eröffnen.“

DENTSPLY Implants

Steinzeugstraße 50
68229 Mannheim
implants-de-info@dentsply.com
www.dentsplyimplants.de
**IDS-Stand: Halle 11.2,
Stand K028-M039**



BioHorizons

Abutment mit intelligentem Design

Neu im Produktprogramm der BioHorizons GmbH sind gerade und abgewinkelte Multi-Unit Abutments. Sie ermöglichen beim zahnlosen Kiefer eine vollständige Ver-

Prothesen und mehr Flexibilität bei divergierenden Implantaten sicherzustellen. Die Abutment-Emergenzprofile lassen sich einfach in flachem oder tiefem Gewebe auf den Implantaten platzieren. Mit einer Vielzahl von Halshöhen ermöglichen sie eine optimale Weichgewebekonturierung. Für eine einhändige Ausführung der abgewinkelten Abutments sorgt der 0,050-Zoll Hex oder der Unigrip™ Driver.



sorgung auf nur vier Implantaten. Die zwei schräg eingesetzten Implantate im Bereich der Seitenzähne werden mit den Abutments versorgt, wodurch augmentative Maßnahmen reduziert oder gänzlich vermieden werden können.

Das System bietet eine große Vielfältigkeit bei abgewinkelten Korrekturen und minimalem Lateralversatz. Zudem bietet es eine selbstzentrierende, abgewinkelte Korrektur von 22,5°, um einen passiven Sitz der

Das Unternehmen lädt im April 2013 nach Miami Beach, Florida/USA, zum Global Symposium ein. Zu den Referenten zählen u. a. Dr. Pikos, Dr. Craig Misch, Dr. Le, Dr. Spagnoli, Dr. Ricci, Dr. Reddy, Dr. Nevins, Dr. Cooper und Dr. Wang.

BioHorizons GmbH

Bismarckallee 9
79098 Freiburg im Breisgau
info@biohorizons.com
www.biohorizons.com

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

easy-graft®
CRYSTAL

Genial einfaches Handling!

beschleunigte Osteokonduktion, nachhaltige Volumenstabilität

Vertrieb Deutschland:

Sunstar Deutschland GmbH
Aiterfeld 1
DE-79677 Schönau
Telefon: 07673 885108-0
service@de.sunstar.com

easy-graft® Hotline: 0180 13 73 368
easy-graft® Bestellfax: 07673 885108-44

SUNSTAR
GUIDOR®

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

Besuchen Sie uns
Halle 10.1
Stand E10/F11

IDS
2013

tiologic[®] digital.



Vertreten in 3 CAD-Systemen:

3shape

dental wings

exocad



Unter www.dentaurum-implants.de
finden Sie die tiologic[®] CAD/CAM-Datensätze:

D DENTAURUM
IMPLANTS

Turnstraße 31 | 75228 Ispringen | Germany | Telefon +497231/803-0 | Fax +497231/803-295
www.dentaurum-implants.de | info@dentaurum-implants.de



KSI Bauer-Schraube

Das Original

Über 25 Jahre Langzeiterfolg



- sofortige Belastung durch selbstschneidendes Kompressionsgewinde
- minimalinvasives Vorgehen bei transgingivaler Implantation
- kein Microspalt dank Einteiligkeit
- preiswert durch überschaubares Instrumentarium

Das KSI-Implantologen Team freut sich auf Ihre Anfrage!

K.S.I. Bauer-Schraube GmbH
Eleonorenring 14 · D-61231 Bad Nauheim

Tel. 06032/31912 · Fax 06032/4507
E-Mail: info@ksi-bauer-schraube.de
www.ksi-bauer-schraube.de

OMNIA

Spezial-Patiententuch für Oralchirurgie

OMNIA verfügt über ein komplettes Angebot an Abdecktüchern für die verschiedensten Anwendungen und Behandlungen. Die Abdecktücher für Oberflächen werden aus zwei Lagen Vliesstoff gefertigt, von denen eine Lage (saugfähig) schnell eventuelle biologische Flüssigkeiten absorbiert und die andere (flüssigkeitsfest) über eine 100% flüssigkeitsfeste Struktur verfügt, die einen kompletten Schutz gegen Flüssigkeiten und Mikroorganismen gewährleistet. Die Patientenabdecktücher werden sowohl aus saugfähigem/flüssigkeitsfestem Vliesstoff als auch aus Softesse®, einem wasserabweisenden, weichen, drapierfähigen und hochatmungsaktiven Material gefertigt, was einen optimalen Schutz und besten Komfort garantiert. Die gesamte Oberfläche dieser Abdecktücher ist flüssigkeitsfest und die Tücher sind mit Flüssigkeitskontrollsystemen und Klebeapplikationen (U-Ausschnitt, Öffnung oder verklebbarer Seite) ausgestattet, um eine sichere und präzise Fixierung zu gewährleisten und die Größe der sterilen Bereiche zu verbessern. Das Unternehmen bietet u.a. auch ein flüssigkeitsabweisendes Patienten-Abdecktuch mit dreieckiger verklebbarer Öffnung (11x10cm) und integriertem Schutzvisier



aus transparenter Folie. Dieses Schutzvisier ermöglicht eine uneingeschränkte Kommunikation zwischen Patienten und OP-Team. Wegen der besonderen Größe (133x200cm) eignet sich das Patiententuch speziell bei komplexeren und länger andauernden OP-Eingriffen. Außerdem ist das Abdecktuch mit zwei Kabelhalterungen mit Klettverschluss versehen, um Kabel und Saugschläuche zu fixieren.

OMNIA S.p.A.

Via F. Delnevo 190
43036 Fidenza, Italien
info@omniaspa.eu
www.omniaspa.eu
IDS-Stand: Halle 4.1,
Stand C088-D089



Dentaurum Implants

Scanaufbau und Titanbasis für CAD/CAM-Technik

Mit den tioLogic® Scanaufbauten und Titanbasen erweitert Dentaurum Implants sein Produktportfolio für die CAD/CAM-Technik. Die Scanaufbauten wurden speziell für eine präzise digitale Erfassung der Geometrien in



Direktlink zum Download der CAD/CAM-Datensätze für 3Shape, Dental Wings und exocad

Mesostrukturen aus Zirkonoxidkeramik zu verkleben. Die Geometrie der Titanbasen wurde speziell für eine sichere und ästhetische Verbindung mit der keramischen Mesostruktur ausgelegt. Durch die Scanaufbauten und Titanbasen ist eine hochpräzise und patientenindividuelle prothetische Versorgung jetzt noch wirtschaftlicher und schneller. Die Scanaufbauten und Titanbasen sind in allen drei prothetischen Aufbauvarianten S, M und L für das tioLogic® Implantatsystem erhältlich. Unter www.dentaurum.de bietet das Unternehmen den Service die tioLogic® CAD/CAM-Datensätze für 3Shape, Dental Wings und exocad herunterzuladen und in die jeweilige Software zu integrieren.



der jeweiligen Software konzipiert. Für die Herstellung der individuellen Hybridbauten werden die Titanbasen verwendet, um die mittels CAD/CAM-Technik hergestellten

Dentaurum Implants GmbH
Turnstraße 31, 75228 Ispringen
info@dentaurum-implants.de
www.dentaurum-implants.de
IDS-Stand: Halle 10.1, Stand F014

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



NSK

Ultraschallgerät weiter optimiert

VarioSurg LED ist das nochmals perfektionierte Ultraschall-Chirurgiesystem von NSK. Kraftvoller Durchzug bei einer gleichzeitig höchst exakten Schneidleistung sind nur zwei der großen Vorteile des neuen Piezo-Chirurgiegeräts. Das kompakte und ultraleichte LED-Handstück bietet optimale Ausleuchtung des Behandlungsfelds – und dies nicht nur in der Chirurgie, sondern auch in der Parodontologie und der Endodontie. Denn für diese drei Bereiche stehen individuell definierbare und speicherbare Programme und Aufsätze zur Verfügung.

VarioSurg arbeitet selektiv, das heißt es schneidet ausschließlich mineralisiertes Hartgewebe, während angrenzendes Zahnfleisch bei versehentlichem Kontakt verschont bleibt. Die Erhitzung des Gewebes wird wirksam verhindert und die Gefahr einer Osteonekrose somit stark reduziert. Durch die mithilfe von beigeführter Kühlmittellösung erzielte Ultraschallkavitation bleibt das Operationsfeld frei von Blut, wodurch in Verbindung mit der LED-Beleuchtung jederzeit ausgezeichnete Sicht auf das Behandlungsfeld sichergestellt ist. Die neuartige Burst-Funktion erhöht die Schneidleistung der Aufsätze um 50% gegenüber vergleichbaren



Geräten. Zum Lieferumfang des VarioSurg gehören ein Starter-Set mit sechs Aufsätzen (Basis-S Set) sowie eine Sterilisationskassette, in der die VarioSurg Originalteile sowie Handstück und Kabel bei der Sterilisation sicher gelagert werden. Auf Wunsch ist VarioSurg auch ohne Licht erhältlich.

NSK Europe GmbH

Elly-Beinhorn-Straße 8
65760 Eschborn
info@nsk-europe.de
www.nsk-europe.de
IDS-Stand: Halle 11.1,
Stand D030-E039



Implant Direct

Die Vorteile der Kompatibilität

Ein Kurzinterview zur IDS 2013 mit Timo Bredtmann, Sales Director Germany, Implant Direct Europe AG.

Was erwarten Sie von der IDS 2013?

Wir freuen uns auf viele neugierige Besucher, auf kritische Fragen und viele neue Kunden. Man muss kein Hellseher sein, um neue Besucherrekorde zu prognostizieren. Ich gehe davon aus, dass auch weiterhin die meisten Besucher aus den deutschsprachigen Ländern kommen, dennoch ist und bleibt die IDS die internationale Leitmesse. Aber wir werden mit wachem Auge auch danach schauen, ob Kopien unserer Implantatsysteme angeboten werden.



lität dar. Viele Gäste werden sich, möglicherweise erstmals, für unsere Biologicals – Membranen, Knochenersatzmaterialien und Nahtmaterial – und unsere Produkte aus dem Prothetiksegment interessieren. Das Leitprinzip von Implant Direct lautet „simply smarter“ und beschreibt die Art, wie wir Produkte entwickeln und unseren Kunden anbieten.

Warum sollte man die IDS 2013 besuchen?

Die IDS 2013 ist die beste Gelegenheit, Produktlösungen und Dienstleistung unmittelbar vergleichen zu können. Wo, wenn nicht in Köln, bietet sich eine Chance, Versprechen und Nutzen schneller überprüfen zu können.

Implant Direct Europe AG

Hardturmstr. 161
8005 Zürich, Schweiz
info@implantdirect.eu
www.implantdirect.de
IDS-Stand: Halle 10.1,
Stand J020-K029

Was werden Sie Ihren Gästen bieten?

Unsere Gäste werden erleben, dass Implant Direct ein sehr aktives Mitglied der großen Sybron-Unternehmensgruppe ist – neben KaVo und KerrHawe. Natürlich präsentieren wir mit Stolz unsere vier Implantat-Linien, stellen die Vorteile der Kompatibi-

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

Kollagene und Nahtmaterial für die Dentalchirurgie



PARASORB Sombrero®
Resorbierbarer Membrankegel



PARASORB RESODONT®
Resorbierbare Kollagenmembran



PARASORB® Cone
PARASORB® Cone Genta
Kollagenkegel zur Socket Preservation



RESORBA® Nahtmaterial
Für jede Indikation das optimale Nahtmaterial

2013-01 A0007

RESORBA®
REPAIR AND REGENERATE

RESORBA Medical GmbH
Am Flachmoor 16, 90475 Nürnberg, Germany

Tel. +49 9128 / 91 15 0
Fax +49 9128 / 91 15 91
www.resorba.com

SILBERSPONSOR
DER **DGI**



Dr. Dirk Duddeck, Universität Köln

„Jedes Implantat ist nur so gut, wie der Chirurg“

Für die Osseointegration von Implantaten und deren Langzeiterfolg ist die Beschaffenheit der Implantatoberfläche von entscheidender Bedeutung. Sie beeinflusst maßgeblich

die Geschwindigkeit der Osseointegration. Dr. Dirk Duddeck, Universität Köln, arbeitet derzeit an einer Studie, bei der es um die Qualität und Reinheit von Implantatoberflächen geht. Die Journal-Redaktion spricht in folgendem Interview mit Dr. Duddeck über den aktuellen Stand der Ergebnisse.

Dr. Duddeck, was war der Anlass, diese Studie durchzuführen?

Die Untersuchung von Implantatoberflächen hat eine lange Tradition im Quality & Research Ausschuss des BDIZ EDI, für den wir an der Uniklinik Köln die Untersuchung durchführen. In der letzten großen Studie 2009 hatten wir 23 Implantate aus neun Ländern untersucht. In 2012 haben wir nun bereits mehr als 50 Implantate analysiert. Tatsächlich waren vor drei Jahren in der ersten Studie einige Hersteller aufgefallen, die wir uns dieses Jahr erneut ansehen wollten.

Um eine gewünschte Oberflächentopografie zu erreichen, werden moderne Implantate heute entweder beschichtet oder chemisch bearbeitet. Es werden dabei von Firma zu Firma sehr unterschiedliche Verfahren eingesetzt. Welche Verfahren und Oberflächen haben sich bewährt und sind auch wissenschaftlich abgesichert?

Es gibt heute keine Verfahren bzw. Implantatoberflächen von ernst zu nehmenden Anbietern auf dem Markt, die sich nicht klinisch bewährt haben. Ob ein Implantat nur gestrahlt oder nur geätzt wird oder beide Verfahren zum Einsatz kommen, spielt für die spätere Osseointegration eine eher untergeordnete Rolle, auch wenn jeder Hersteller beweisen möchte, dass genau sein Verfahren das Beste ist. Auch andere Verfahren wie die anodische Oxidation oder das Aufbringen kugelförmiger Titanpartikel im Sinterverfahren werden zur Oberflächenvergrößerung verwendet und sind sowohl bewährt als auch wissenschaftlich abgesichert. Die aktuelle Studie analysiert zunächst nur die Materialbeschaffenheit der steril verpackten Im-

plantate, das heißt, klinische Parameter werden derzeit noch nicht berücksichtigt.

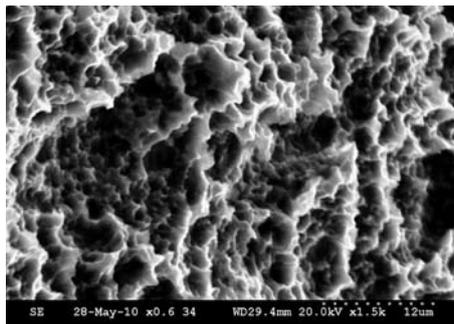
Zu Ihrer Studie:

Was untersuchen Sie und wie gehen Sie dabei vor?

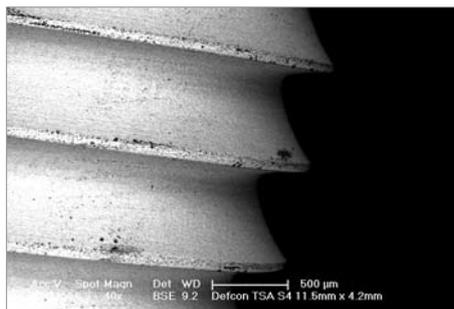
Nachdem wir die Implantate aus den Originalverpackungen steril entnommen haben, werden die Proben auf einem Träger fixiert und im Rasterelektronenmikroskop weiter analysiert. Dabei geben uns sogenannte Sekundärelektronen im REM sehr exakte Abbildungen der Oberflächentopografie. Hier erkennen wir z.B. Spanreste oder unsauber gefräste Gewindestrukturen. Materialkontrastbilder durch sogenannte zurückgestreute Elektronen (backscattered electrons) lassen Rückschlüsse auf die chemische Natur des Objektmaterials und die Verteilung der verschiedenen Materialien auf dem Implantat zu. So erscheinen beispielsweise Rückstände des häufig verwendeten Strahlmittels Aluminiumoxid ebenso dunkel wie organische Reste bzw. Kohlenstoffspuren. Zusätzlich können wir in unserer Analyse diese Rückstände qualitativ, d.h. hinsichtlich der vorhandenen chemischen Elemente, als auch quantitativ hinsichtlich der vorhandenen Konzentrationen im Rahmen der sogenannten Energie Dispersiven Röntgenspektroskopie (EDX) messen. Ergänzend haben wir mit der digitalen Lichtmikroskopie (DLM) hochauflösende Bilder der Innengeometrie gewinnen können.

Die Studie ist noch nicht abgeschlossen, aber erste Ergebnisse liegen ja bereits vor. Wie ist es um die Qualität der Oberflächen gängiger Implantatsysteme bestellt? Sind Qualitätsmängel eher die Ausnahme oder gibt es Mängel die gehäuft auftreten – wenn ja, welche?

Diese Frage wurde mir schon von vielen der europaweit mehr als 5.500 im BDIZ EDI organisierten Implantologen gestellt. Gehen heute Implantate kurz nach der Insertion verloren, wird dies oft den Herstellern in die Schuhe geschoben. Aber wir dürfen nicht vergessen, dass jedes Implantat nur so gut ist, wie der Chirurg, der es plant und setzt, oder der Prothetiker, der es belastet. Die Erfahrung zeigt, dass falsche Positionierung, zu geringe Kühlung, zu hohe Drehzahlen beim Bohren und Inserieren, der Verlust der bukkalen Lamelle oder die falsche prothetische Belastung viel häufiger als Schuldige für einen Implantatverlust auszumachen sind, als das Implantat selbst. Auf der anderen Seite können wir bei Preisen von bis 250 Euro für eine kleine Titanschraube auch herstellereitig eine angemessene Qualität er-



Vergrößerungen der Oberfläche wie hier bei einem gestrahlt-geätztem Implantat (1.500x) führen zu kürzeren Einheilzeiten.



Kohlenstoffhaltige Rückstände auf einem Implantat (40x).

warten. Aber zu Ihrer Frage: Im Vergleich zu den Ergebnissen der Studie in 2009 registrieren wir in der aktuellen Studie bei einigen Herstellern wie beispielsweise CAMLOG oder BEGO eine deutliche Reduzierung der Strahlgutrückstände. Bei BEGO war dies einfach eine Folge der Umstellung des Herstellungsprozesses. Obwohl diese Rückstände klinisch nicht relevant sind – wir reden hier von Restmengen von unter 3 % der Oberfläche – zeigen die Daten das Bemühen einiger Hersteller, sich ständig zu verbessern. Andere Qualitätsmängel wie Spanreste in der Innengeometrie der Implantate (hier handelt es sich um einen deutschen Hersteller), die eine kraftschlüssige Verbindung des Abutments verhindern, sind eher die Ausnahme.

Welche Qualitätsmängel können sich Ihrer Meinung nach besonders gravierend auf den Erfolg einer Implantation auswirken?

Es gibt immer noch Hersteller, bei denen organische Verunreinigungen auf der Oberfläche ihrer Implantate zu finden sind. Selbst wenn diese geringen Spuren, die ihre Ursache im komplexen Herstellungsprozess haben können, in ihrer klinischen Relevanz nicht untersucht wurden, sind sie ärgerlich – weil vermeidbar. Möglicherweise werden diese organischen Reste, die beispielsweise auch aus der Umverpackung des Implantates kommen können, während des Remodelings von Makrophagen beseitigt. Aber mir missfällt die Vorstellung, dass Makrophagen unserer Patienten durch Phagozytose den letzten industriellen Reinigungsprozess der Hersteller übernehmen müssen. Auf eine Anfrage hierzu bei einem betroffenen Hersteller bekam ich die Antwort: „What is your problem – we have success anyway.“ Vielleicht machen auch nur die Osteoblasten einen Bogen um solche Stellen auf dem Implantat, was langfristig jedoch sicher nicht zu einer besseren Osseointegration führt. Leider ist das CE-Zeichen kein gesetzliches Qualitätslabel, das die Mindestanforderungen für die Qualität eines steril verpackten Implantates festschreibt. Gleichwohl gehen fast alle Zahnärzte davon aus, wenn man sie danach befragt. Tatsache ist, dass jeder Nachbau aus Fernost oder Indien dieses Label nach einem offenbar relativ einfachen Antragsverfahren zur Zertifizierung als Medizinprodukt erhalten könnte, wie unlängst ein Artikel des British Medical Journal unter Beweis gestellt hat.

Was den Goldstandard der Oberflächenbearbeitung markiert oder welche Oberfläche an sich das Optimum darstellt, ist wie vieles in der Implantologie umstritten. Wodurch sollte sich Ihrer Meinung nach ein modernes Implantat in Bezug auf die Oberfläche auszeichnen?

Es ist aus meiner Sicht nicht so sehr eine Frage der besonderen Oberfläche, weil sich hier die Unterschiede der verschiedenen Hersteller z.B. in der Osseointegrationszeit klinisch kaum auswirken, als vielmehr der nachhaltigen Qualitätssicherung bei den Herstellern. Ein richtiger Weg ist es sicherlich, Implantate mit speziellen Gewindedesigns für die unterschiedlichen Indikationen bzw. für verschiedene Knochenqualitäten im Ober- und Unterkiefer zu entwickeln und anzubieten.

Am einfachsten ist es, eine berührungsfreie Verpackung herzustellen, die einen ungewollten Materialübertrag von der Verpackung auf das Implantat verhindert.

Vielen Dank für das Gespräch. Wir sind gespannt auf die endgültigen Ergebnisse der Studie.

» NEU:

Spezialisten-Newsletter Fachwissen auf den Punkt gebracht



Jetzt
anmelden!



Anmeldeformular Spezialisten-Newsletter
www.zwp-online.info/de/newsletter
QR-Code einfach mit dem Smartphone
scannen (z. B. mit dem Reader Quick Scan)

www.zwp-online.info

FINDEN STATT SUCHEN.

ZWP online

Fax 0341 48474-390

Ja, ich möchte den Spezialisten-Newsletter „Oralchirurgie“
kostenlos anfordern!

Name

E-Mail

Ich möchte zukünftig über Aktuelles von der OEMUS MEDIA AG informiert werden. Daher bin ich einverstanden, dass meine hier angegebenen Daten in einer von der OEMUS MEDIA AG verwalteten Datenbank gespeichert werden. Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass die OEMUS MEDIA AG diese Daten zur individuellen Kunden- und Interessentenbetreuung und den Versand von E-Mail-Newslettern nutzt und mich zu diesen Zwecken per E-Mail oder Post kontaktieren kann.

Bestätigung

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir angegebene E-Mail-Adresse von der OEMUS MEDIA AG genutzt wird, um mich für die aufgeführten Zwecke zu kontaktieren. Ein einmal gegebenes Einverständnis kann ich jederzeit bei der OEMUS MEDIA AG widerrufen – eine kurze Nachricht genügt.

Datum | Unterschrift



29. Jahrestagung des BDO

Die 29. Jahrestagung des BDO fand am 16./17. November 2012 erneut in Berlin statt und stand unter dem Leitthema „State of the Art – bewährte und innovative Oralchirurgie“. In seinem Grußwort betonte der Präsident des Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen, Dr. Dr. Wolfgang Jakobs, die Bedeutung von innovativen und bewährten Behandlungskonzepten in der Oralchirurgie und Implantologie. Innovationen betreffen jedoch nicht nur die Implementierung neuer Produkte aus Medizintechnik und Pharmakologie oder neuer Prozesse in Diagnostik und Therapie, sondern darüber hinaus können bewährte Behandlungskonzepte in innovativ modifizierter Form angewendet werden. Die Bewährung im klinischen Alltag und wissenschaftliche Überprüfung im Vergleich mit Bewährtem lassen Innovationen zum „State of the Art“ in Diagnostik und Therapie werden.

Die wissenschaftliche Leitung des diesjährigen BDO-Jahreskongresses lag in den Händen von Prof. Dr. Torsten W. Remmerbach von der Universität Leipzig. Wichtig war ihm bei der Erstellung des umfangreichen Programms aus Wissenschaft und Praxis den Wandel, den die Oralchirurgie in den vergangenen Jahren in Deutschland durchlaufen hat, aufzuzeigen. So ist die vor rund 100 Jahren eingeführte Wurzelspitzenresektion immer noch Bestandteil der chirurgischen Zahnheilkunde, jedoch konnte sie dank neuer mikrochirurgischer Techniken prognostisch verbessert werden. Ein weiterer Tagungsschwerpunkt war die Implantologie, die vor mehr als 60 Jahren Einzug in die Zahnarztpraxis gehalten hat. Dargestellt wurden Materialien und konstruktive Elemente, die sich im Laufe der Jahrzehnte etablieren konnten, und es wurde ein Ausblick auf zukünftige Entwicklungen gegeben. Ein wichtiger Vortragsblock war der oralmedizinischen, oralpathologischen und radiologischen Diagnostik gewidmet, die vor allem unter Berücksichtigung des demografischen Wandels einen stetig wachsenden Anteil der zahnärztlichen Tätigkeit ausmacht.

Kongressbeginn mit Workshops

Eingeläutet wurde die BDO-Jahrestagung mit einem anspruchsvollen Programm unterschiedlicher Themen in Form von Workshops. Dr. Olaf Daum aus Leimen stellte neue minimalinvasive Techniken der geschlossenen und offenen Sinusbodenelevation vor. Dr. Jochen Schmidt aus Olsberg referierte in Kooperation mit Dr. Stefan Günther

aus Essen über Augmentation und Weichgewebsmanagement als Grundlage langfristig stabiler implantologischer Versorgungen. Akute Notfälle bei Sedationsverfahren wurden unter Leitung von Dr. Dr. Wolfgang Jakobs mithilfe des „full-scale“ human simulator geübt. Elementare Werkzeuge der Betriebswirtschaft in der Zahnarztpraxis wurden von der Health AG, vertreten durch Gerd Adler, erläutert.



Die offizielle Eröffnung des Kongresses erfolgte am frühen Freitagnachmittag durch den Präsidenten des Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen, Dr. Dr. Wolfgang Jakobs, und den Kongresspräsidenten Prof. Dr. Torsten W. Remmerbach.

Implantologie und apikale Chirurgie

Der erste Vortragsblock widmete sich dem Thema der evidenzbasierten zahnärztlichen Chirurgie, hier insbesondere den Therapiefeldern der Implantologie und der apikalen Chirurgie. Evidenz in der Medizin spielt eine immer wichtigere Rolle, nicht nur im wissenschaftlichen Bereich, sondern zunehmend auch in der Gesundheitspolitik. Dr. Ulrich Volz, niedergelassener Oralchirurg aus Konstanz, berichtete über seine mehrjährigen Erfahrungen mit dem einteiligen Zir-

konoxidimplantat. Das größte Handicap von Zirkonoxidimplantaten ist eine mögliche Überbelastung z.B. bei Bruxismus. Prof. Dr. Georg H. Nentwig von der Universität Frankfurt ging sehr detailliert auf die aktuellen Methoden der Augmentation und Implantation bei extrem resorbierter Maxilla ein. Im Gegensatz zur Augmentation von Knochendefekten nach Zystektomie bieten sich bei Sinusliftoperationen sehr gute Voraussetzungen für die statische Heilung. Die Auswertung von 21 Studien ergab keinen Anhalt dafür, dass die Augmentation mit rein autologem Knochen einer Augmentation mit nicht resorbierbarem Knochenersatzmaterial überlegen ist. Gute Ergebnisse ergeben Knochenaufbauten mit eigenem Knochen in Verbindung mit nicht resorbierbarem Knochenersatzmaterial. Selbst die alleinige Verwendung von Knochenersatzmaterial im Rahmen eines Sinusliftes ist aufgrund der Regenerationskraft des einströmenden Blutes aus der Umgebung Erfolg versprechend. Dies konnte durch eine breit angelegte Studie der Universität Frankfurt wissenschaftlich belegt werden.

Den aktuellen Stand der Therapie periimplantärer Infektionen vermittelte in sehr anschaulicher Weise Prof. Dr. Jürgen Becker von der Universität Düsseldorf. Im Gegensatz zur Mukositis, die reversibel und durch konservative Maßnahmen behandelbar ist, ist bei einer vorliegenden Periimplantitis eine chirurgische Intervention notwendig. Dabei ist ein frühzeitiger Beginn wichtig, um die Progredienz zu begrenzen. Schüsselförmige Defekte sind durch Auffüllen mit Knochenersatzmaterial gut therapierbar, da die Vaskularisierung durch die angrenzenden Knochenwände gewährleistet ist. Abhängig von der Lokalisation der periimplantären Knochendefekte ist eine Implantatplastik indiziert. Eine perioperative systemische Gabe eines Antibiotikums führt zu einer Verbesserung der Ergebnisse. Die Verabreichung von Chlorhexidin ist nicht evidenzbasiert. Die mechanische Therapie mittels Lasertherapie und Photodynamischer Therapie lösen nicht das zentrale Problem. Sie töten zwar die Keime ab, führen jedoch nicht zu einer nachhaltigen Zerstörung des Biofilms. Die Anwendung regenerativer Techniken spielt auch in der apikalen Chirurgie eine bedeutende Rolle, wie Prof. Dr. Thomas von Arx von der Universität Bern anhand von mehreren Studien zeigen konnte. Jedoch ist der Erfolg abhängig von der Anatomie des apikalen Defektes. Ein eindeutiger Benefit ergab sich bei den Tunnelläsionen und ein 50 % Benefit bei den apiko-marginalen Läsionen. Keinen Benefit zeigte die Anwendung der regenerativen Therapie bei kleinen apikalen Läsionen.

Klinische und pathologische Diagnostik

Themenschwerpunkte des nachmittäglichen Programms waren die klinische und pathologische Diagnostik. Priv.-Doz. Stephan Schwarz-

Furlan aus Kaufbeuren gab einen ausführlichen Abriss über die Pathologie und die histologischen Prognoseparameter oraler Karzinome. Das in der Mundhöhle am häufigsten auftretende Karzinom ist das Plattenepithelkarzinom mit seinen niedrig und hoch malignen Varianten.

Nahtlos schloss sich der Vortrag von Prof. Dr. Stefan Biesterfeld, anerkannter Spezialist der Oral- und Histopathologie am Universitätsklinikum in Düsseldorf, an über die Anwendung adjuvanter Methoden in der oralen Zytodiagnostik. Hauptaufgabe der Zytopathologie ist die nichtinvasive Diagnostik von Tumoren. Anders als in der Histopathologie, bei der Gewebeproben untersucht werden, erfolgt die Tumordiagnostik hier an Zellen. Diese sind intraoral durch einen Bürstenabstrich zu gewinnen. Neben der mikroskopischen Untersuchung verschieden gefärbter Zellen werden in der zytologischen Diagnostik weitere Spezialmethoden wie die DNA-Bildzytometrie oder die Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung angewendet. Die Immunzytochemie wird zur exakten Typisierung von Tumoren genutzt.

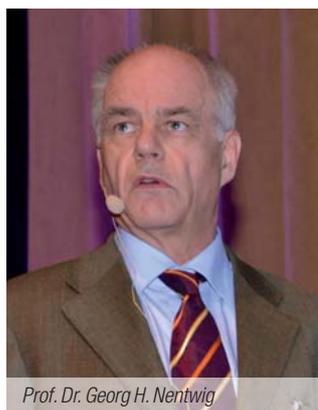
Prof. Dr. Torsten W. Remmerbach, international anerkannter Oralmediziner von der Universität Leipzig, ging sehr detailliert auf die Diagnostik und Therapie von Mundschleimhautläsionen, insbesondere die der weißen Mundschleimhautveränderungen, ein. Im Mittelpunkt standen die potenziell malignen Veränderungen. Die klassischen Methoden der Mundkrebsfrüherkennung sind die Inspektion und die Palpation sowie die chirurgische Probeentnahme. Zu den modernen Methoden zählen die Fluoreszenzdiagnostik und die Bürstenbiopsie. Im Anschluss an die BDO-Mitgliederversammlung, die unter den Mitgliedern starken Anklang fand, wurde der gesellschaftliche Abend eingeläutet. In lockerer Atmosphäre hatten die Kongressteilnehmer Gelegenheit zu einem anregenden Gedankenaustausch.

Evidenzbasierte zahnärztliche Chirurgie und Diagnostik

Der zweite Kongresstag war der Thematik der evidenzbasierten zahnärztlichen Chirurgie und Diagnostik sowie der Augmentation und Navigation gewidmet. Prof. Dr. Thomas Weischer aus Essen startete den Vortragszyklus mit seinem Vortrag über die rechtfertigende Indikation und den Zeitpunkt der CT- und DVT-Diagnostik in der oralen Chirurgie. Einen klaren Überblick über die Entscheidungskriterien für die Sofortimplantation gab Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake von der Universitätsklinik Göttingen. Das Thema der chirurgischen Lückenprophylaxe durch Wurzelspitzenresektion im Molarenbereich reflektierte Dr. Lutz Tischendorf aus Halle (Saale) anhand einer Studie von rund 3.000 Molarenresektionen unter besonderer Berücksichtigung der Parameter Verlustrate bei prä- und intraoperativen Wurzelfüllungen, Operationszeit und postoperative



Univ.-Prof. Dr. Torsten W. Remmerbach



Prof. Dr. Georg H. Nentwig



Prof. Dr. Jürgen Becker



Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz

Beschwerden sowie Erfolgsrate im Vergleich zum Einzelzahnimplantat. Im Laufe der Zeit unterlag die Operationsmethode bestimmten Modifikationen. Durchgesetzt hat sich ein kleiner Zugang zu den Wurzelspitzen. Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Molarenresektion ihren Stellenwert im therapeutischen Spektrum hat.

Einen informativen Vortrag über die aktuelle Technik, Indikationen und Strahlenbelastung der digitalen Volumentomografie hielt Prof. Dr. Dr. Stefan Haßfeld aus Dortmund. Die DVT bildet zum derzeitigen Stand eine ergänzende Röntgentechnik, die jedoch noch nicht vollständig evidenzbasiert ist. Klarer Vorteil gegenüber zweidimensionalen Röntgentechniken ist die Darstellung der abgebildeten anatomischen Strukturen in allen Raumrichtungen, die zu einem erhöhten Informationsgehalt führt. Ausführlich ging Prof. Haßfeld auf die von der DGMKG erstellten DVT-Leitlinien ein. Diese Leitlinien bilden den derzeitigen Wissensstand bezüglich Technik, Anwendung, Dosis und des rechtlichen Umfeldes ab und sollen Handlungsempfehlungen für die unterschiedlichen zahnärztlichen Teilgebiete etablieren. Eine abschließende Evidenz für viele Fragestellungen liegt jedoch noch nicht vor.



Dr. Dr. Wolfgang Jakobs unterrichtete über Sedationsverfahren in der Praxis.

Pharmakologie und Sedierung

Spannend ging es nach der Kaffeepause weiter mit Prof. Dr. Fouad Khoury von der Klinik Schellenstein, der in gewohnt anregender Weise anhand von multiplen Fallbeispielen über ausgedehnte Knochenaugmentationen im Rahmen von totalen oralen Rehabilitationen unter Verwendung von mandibulären Knochentransplantaten referierte.

Schwerpunkthemen des Nachmittagsprogramms waren die Pharmakologie und die Sedierung, die in der zahnärztlich-chirurgischen Praxis eine immer größere Bedeutung spielen aufgrund des komplexeren zahnärztlich-chirurgischen Therapiespektrums. Dr. Frank Mathers, niedergelassener Anästhesist aus Köln und Leiter des Kölner Instituts für dentale Sedierung, stellte die Sedierungsmöglichkeiten mittels Lachgas dar. Ziele der Sedierung sind neben der Anxiolyse, Analgesie und Anamnese auch fehlende kardiale Probleme, fehlende Atemprobleme und fehlende Nebenwirkungen sowie eine hohe Sicherheit. Ausführlich ging der Referent auf die Indikationen der unterschiedlichen Sedierungsformen ein – von leichter Sedierung, moderate Sedierung über tiefe Sedierung bis hin zur Vollnarkose. Die meisten Eingriffe in zahnärztlichen Praxen erfolgen in Lokalanästhesie und nur wenige Interventionen erfolgen in Sedierung oder in Vollnarkose. Die Anwendung der Lachgas-sedierung durch Zahnärzte setzt eine mindestens zweitägige Schulung auf diesem Gebiet voraus. Kontraindikationen der Lach-



gassedierung sind Augen-OP mit Glaseinschlüssen im Glaskörper, Chemotherapie, Darmverschluss, schwerste Lungenerkrankungen sowie Vitamin B12 Folsäure-Mangel.

Prof. Dr. Dr. Bernhard Frerich von der Universitätsklinik Rostock widmete sich ausführlich dem Thema der Nervenschädigungen. Im Rahmen zahnärztlicher Behandlungen stehen die Schädigungen von Trigeminusästen im Vordergrund, die umso erfolgreicher therapiert werden können, je zügiger die notwendigen Maßnahmen eingeleitet werden. Neben der Klassifikation von Nervschäden wurde die Vorgehensweise bei Sensibilitätsstörungen erläutert, die dank moderner diagnostischer Techniken wie DVT, CT, MRT und MR-Neurografie sicherer erfasst werden können.

Der nachfolgende Vortrag von Dr. Dr. Wolfgang Jakobs umfasste die Sedationsverfahren in der ambulanten oralchirurgischen Praxis. Es wurden die Stadien der Sedierung und die Risikogruppen in Anlehnung an die ASA Klassifikation dargestellt sowie die obligatorischen und fakultativen Parameter bei der Durchführung einer Sedation.

Der abschließende Themenblock Pharmakologie befasste sich mit den Analgetika und Antibiotika im perioperativen Einsatz (Prof. Dr. Gerhard Wahl/Bonn), den alten und neuen oralen Antikoagulantien (Priv.-Doz. Dr. Sirak Petros/Leipzig), der rheumatologischen Pharmakotherapie und Oralchirurgie (Prof. Dr. Jochen Jackowski/Witten) und der Bisphosphonattherapie (Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz/Wiesbaden). Nicht nur den zahnärztlichen Kollegen wurde ein hochwertiges Fortbildungsprogramm geboten, auch den zahnärztlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen wurden auf den Gebieten der chirurgischen Assistenz, des Abrechnungswesens, der Hygiene und des Qualitätsmanagements Möglichkeiten einer weiterführenden Qualifikation geboten.

Im kommenden Jahr wird der Berufsverband Deutscher Oralchirurgen sein 30-jähriges Jubiläum vom 15. bis 16. November in Berlin feiern. Auf ein interessantes und spannendes Kongressprogramm unter dem Leitthema „Oralchirurgie vernetzt“ darf man sich jetzt schon freuen.

BILDER



QR-Codes für mehr Bilder und Videos zum Kongress einfach mit dem Smartphone scannen.

VIDEOS



7. EFOSS Kongress in Mailand: „Zahn versus Implantat“

Seit Gründung der europäischen oralchirurgischen Gesellschaften im Jahre 1998 in Barcelona findet alle zwei Jahre ein internationales wissenschaftliches Treffen auf europäischer Ebene statt, um die Entwicklungen der Oralchirurgie europaweit zu präsentieren und zu diskutieren.

2012 lud Italien am 5. Oktober in seine renommierte nördliche Metropole Mailand zum 7. Treffen der European Federation of Oral Surgery Societies (EFOSS) Kollegen aus Europa und der ganzen Welt ein. Das Hauptthema der diesjährigen wissenschaftlichen Tagung befasste sich mit dem therapeutischen Spannungsfeld „Zahn versus Implantat“, welches aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet wurde. So beeinflussen sehr stark endodontologische, parodontolo-

gische und prothetische Gesichtspunkte die Entscheidung für den Zahnerhalt oder Zahnersatz durch Implantate.

Eingeläutet wurde der vormittägliche Vortragszyklus durch den spanischen Hauptreferenten José Luis Calvo Guirado mit seinem Thema über die Behandlung der periimplantären Spaltbildung bei Sofortimplantation. Rui Pereira da Costa, Hauptredner aus Portugal, gab einen sehr interessanten Einblick in die Möglichkeiten des Zahnerhalts selbst in scheinbar ausweglosen Situationen durch die Anwendung endodontischer Mikrochirurgie. Wissenschaftlich hervorragend aufbereitet referierte der englische EFOSS Repräsentant Stephen Barter über das Schicksal des Einzelzahnes unter dem Motto „Regeneration, Restauration oder Zahnersatz“.

In der Kaffeepause gab es dann die erste Möglichkeit der persönlichen Kontaktaufnahme der Teilnehmer aus unterschiedlichen europäischen Ländern. Ob es dem unübertreffbaren italienischen Kaffeegenuss oder der mediterranen Lebensfreude zuzuschreiben ist, auf jeden Fall wurde angeregt parliert, diskutiert und argumentiert.

Fortgesetzt wurde die Vortragsreihe durch den deutschen Hauptreferent, Alessandro Ponte, der als ehemaliger Assistent von Prof. Fouad Khoury in dessen Vertretung über das höchst interessante Thema „Zahntransplantation versus Knochentransplantation“ unter Beachtung physiologischer Richtlinien, therapeutischer Grenzen und Langzeitresultate sprach.

Dass bei einem Zahnverlust nicht nur klassische prothetische Konzepte und die Implantatherapie gefragt sind, sondern auch Lösungen mittels kieferorthopädischer Zahnreposition eine Rolle spielen, zeigte in sehr anschaulicher Weise Jason Motta Jones aus Italien auf – eine nicht immer leichte Entscheidung gerade in der Therapie von Erwachsenen.

Guillaume Penel, Hauptreferent aus Frankreich, gab dem immer wieder bedeutenden Thema „Zahnärztlich-chirurgische Therapie bei Patienten unter Bisphosphonat Medikation“ eine Plattform. Ausgelotet wurde der Einsatz von Implantaten bei Patienten, die mit Bisphosphonaten behandelt werden. Einen interessanten Einblick in die Oral- und Kieferchirurgie in Kuba gab zum Abschluss der EFOSS Tagung der in Kuba tätige Oralchirurg Felipe Basulto.

Organisatorisch betrachtet, hätte sich sicherlich so mancher nicht italienischer Teilnehmer eine stärkere Präsentation des EFOSS Kongresses, der in die Jahrestagung der italienischen oralchirurgischen Gesellschaft eingebettet war, im Sinne einer europäischen wissenschaftlichen Gemeinschaft gewünscht. Alles in allem war dieser Kongress nicht nur wissenschaftlich anspruchsvoll, er ermöglichte auch den Austausch von Kollegen aus unterschiedlichen europäischen Ländern – gelebtes Europa im wahrsten Sinne des Wortes.

Der nächste EFOSS Kongress findet vom 2.–4. Oktober 2014 wieder auf deutschem Boden statt. Diesmal ist der Veranstaltungsort Berlin, wo im Hotel Estrel zeitgleich auch die BDO-Jahrestagung und der IADH-Weltkongress ausgetragen werden. Der Berufsverband Deutscher Oralchirurgen und die Arbeitsgemeinschaft für Behindertentherapie laden Sie schon jetzt herzlich zu dieser einmaligen Veranstaltung nach Berlin ein.



© Giancarlo Liguori

Parodontologie-Curriculum in Hamburg

Der parodontologische Herbstkurs 2012 fand vom 2. bis 4. November 2012 in der norddeutschen Metropole Hamburg statt. Ziel des Kooperationsprojektes von BDO und DGMKG ist die Vermittlung von theoretischen und praktischen Lerninhalten des gesamten parodontologischen Spektrums mit Schwerpunkt der Parodontalchirurgie für die weitergebildeten Ärzte und Zahnärzte.

Im Mittelpunkt des Vormittages des ersten Fortbildungstages stand die chirurgische Parodontologie. Dr. Jochen Tunkel, niedergelassener Fachzahnarzt für Parodontologie und Oralchirurgie, referierte über das komplexe Thema der Mukogingivalchirurgie. Bevor das Skalpell zum Einsatz kommt, sollte der Operateur sich Zeit für eine eingehende Diagnostik und Therapieplanung nehmen. So ging Kollege Tunkel zunächst auf die Indikationen parodontaler Rezessionsdeckung ein, von erhöhter Zahnhalsensibilität bis hin zu progressiven Rezessionen. Ausführlich wurden die Parameter besprochen, die das postoperative Ergebnis beeinflussen. Elongation und Rotation von Zähnen, Dicke, Spannung und Positionierung des Mukosallappens beeinträchtigen das Resultat ebenso wie die Operationsmethode und die Kompetenz des Operateurs.

Spannend wurde es bei der Vorstellung der Therapiemöglichkeiten parodontaler Rezessionsdeckung. Ob klassische Operationstechniken wie koronaler und lateraler Verschiebelappen mit und ohne Bindegewebsstransplantat oder fortgeschrittene Operationstechniken wie die Envelope und Tunneltechnik, immer gilt es, die richtige Indikation für die jeweilige Operationsmethode zu stellen. Nicht durchgesetzt hat sich die gesteuerte Geweberegeneration im Rahmen von Rezessionsdeckungen. Alternativ zum autologen Bindegewebsstransplantat kommen mehr und mehr allogene Spendertransplantate zum Einsatz, deren Praxistauglichkeit durch Langzeituntersuchungen jedoch noch bestätigt werden muss.

Diskutiert wurde auch die Anwendung von Wachstumsfaktoren. Emdogain, so der Referent, ist kein Bindegewebsersatz. Jedoch führt Emdogain in Kombination mit einem Bindegewebsstransplantat zu einem Attachmentgewinn, was gerade bei tiefen Rezessionen von Vorteil ist. Untersuchungen zufolge scheint Emdogain auch die Rezidivrate zu reduzieren.

Thema des Nachmittagsprogramms war die resektive Parodontalchirurgie, die in ihrer vollen Dimension in anschaulicher Weise von Dr. Stefan Schnitzer, Fachzahnarzt für Parodontologie und Oralchirurgie, präsentiert wurde. Nach Vermittlung der Grundlagen der präoperativen konservativen Parodontologie wurden die Indikationen und die jeweiligen Operationstechniken der resektiven Parodontalchirurgie aufgezeigt. Klassische Indikationen sind neben der Taschenelimination ästhetische Gründe, Retentionsverluste und Furkationsbefall. Eine nicht behandelte Furkationsbeteiligung erhöht das Risiko einer parodontal-pathologischen Progredienz. Die Entscheidung für die Anwendung der resektiven Therapie im Rahmen der Furkationsbe-

handlung ist abhängig vom Verhältnis des Furkationsgrades zum interproximalen Knochenverlust. Die resektiven Therapieoptionen sind die Wurzelamputation, die Hemisektion und die Tunnelierung. Zusammenfassend ist zu sagen, dass die resektive Parodontalchirurgie im alltäglichen parodontologischen Behandlungsspektrum häufiger indiziert ist als die regenerative Parodontalchirurgie.

Parodontitis und Mundschleimhautrekrankungen

Themenblock des zweiten Kurstages war die Parodontitis und die nicht plaqueassoziierten Mundschleimhautrekrankungen. Privatdozent Dr. Henrik Dommisch von der parodontologischen Abteilung der Universitätsklinik Bonn ging ausführlich auf die Grundlagen der Diagnostik der Parodontitis und der roten und weißen Mundschleimhautrekrankungen ein. Zu den nicht plaqueinduzierten gingivalen Erkrankungen gehören die spezifischen bakteriellen Infektionen, die viralen Infektionen, pilzbedingte gingivale Erkrankungen, gingivale Erkrankungen genetischen Ursprungs, systemische Erkrankungen, traumatische Läsionen, Präkanzerosen sowie Fremdkörperreaktionen.

Praxisorientiert referierte am Nachmittag Dr. Karl-Ludwig Ackermann aus Filderstadt über die Rolle der Parodontologie in der Perioimplantat-Prothetik. Analog zur Parodontitis ist die bakterielle Besiedlung die wesentliche Ursache für die periimplantäre Infektion. Weitere Risikofaktoren wie genetische Prädisposition, systemische Erkrankungen, Mundhygiene u.a. beeinflussen den Therapieerfolg nachhaltig. Eine erfolgreiche perioimplantatprothetische Behandlungsstrategie basiert auf einer eingehenden Diagnostik und Planung, einem durchdachten chirurgischen Prozedere und einer sorgfältigen klinisch-prothetischen Rekonstruktion sowie einem individualisierten Betreuungsprogramm für den Patienten. Moderne mikrobiologische und molekularbiologische Tests erlauben eine sichere Analyse des aktuellen Bakterienspektrums und der genetischen Prädisposition. Diese zusätzlichen diagnostischen Informationen ermöglichen eine weitere individuelle Optimierung der parodontologischen und implantologischen Therapiemaßnahmen. Am dritten und letzten Kurstag referierte Privatdozentin Dr. Pia Merete Jervoe-Storm von der Abteilung für Parodontologie der Universitätsklinik Bonn über die regenerative Parodontitistherapie. Ausgehend von biologischen Aspekten der parodontalen Wundheilung wurden Möglichkeiten und Grenzen der parodontalen Regeneration dargestellt.

In diesem Jahr werden wieder zwei Kurse im Rahmen der parodontologischen curriculären Fortbildung angeboten. Der Frühjahrskurs findet vom 26.–28. April 2013 in Düsseldorf (Hotel Hyatt) statt. Der Herbstkurs ist für November 2013 geplant. Interessierte Kollegen und Kolleginnen erhalten auf der BDO-Webseite www.oralchirurgie.org weiterführende Informationen.

Knochenaufbaumaßnahmen richtig planen

Gabi Schäfer

Für dieses Jahr wird ein neues „Patientenschutzgesetz“ erwartet, das nach den im §630c BGB geplanten Änderungen unter anderem den Behandelnden verpflichtet, JEDEN Patienten vor der Behandlung über von ihm selbst zu tragende Kosten korrekt und umfassend in TEXTFORM zu informieren. Insbesondere bei geplanten Knochenaufbaumaßnahmen im Rahmen von Implantationen kann das schon mal verwirrend werden, wie man an der Leistungsbeschreibung der GOZ-Nr. 9100 sieht:

„Lagerbildung, Glättung des Alveolarfortsatzes, ggf. Entnahme von Knochen innerhalb des Aufbaugesbietes, Einbringen von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial) und Wundverschluss mit vollständiger Schleimhautabdeckung, ggf. einschließlich Einbringung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren einschließlich Fixierung

1. Die Leistung nach Nummer 9100 ist für die Glättung des Alveolarfortsatzes im Bereich des Implantatbettes nicht berechnungsfähig.
2. Neben der Leistung nach Nummer 9100 sind die Leistungen nach der Nummer 9130 nicht berechnungsfähig.
3. Wird die Leistung nach Nummer 9100 in derselben Kieferhälfte neben der Leistung nach Nummer 9110 erbracht, ist die Hälfte der Gebühr nach Nummer 9100 berechnungsfähig.
4. Die Leistung nach Nummer 9010 in derselben Kieferhälfte neben der Leistung nach Nummer 9120 erbracht, ist ein Drittel der Gebühr nach Nummer 9100 berechnungsfähig.“

Wer meint, wie bisher die GOÄ-Nummern „Ä2254 – Implantation von Knochen“ und „Ä2255 – Verpflanzung von Knochen“ ansetzen zu können, hat übersehen, dass im §6 (2) GOZ auch der Zugriff auf die GOÄ neu geregelt wurde und diese Positionen nur noch im Zusammenhang mit Kieferbrüchen abrechnungsfähig sind. Fühlt man sich in diesem Neuland unsicher, kann man im LEO-DENT-Kommentar unter www.abrechnungswissen.de das Folgende zur GOZ-Nr. 9100 nachlesen:

„Die therapeutische Zielrichtung, die sich hinter dieser Gebührennummer verbirgt, ist der Aufbau (Volumenzunahme) des Alveolar-knochens. Dabei wird nicht unterschieden, ob dieser Aufbau horizontal (Aufbau der ‚Dicke‘) und/oder vertikal (Aufbau der Höhe) erfolgt. Auch erfolgt keine Definition des Umfangs dieser Maßnahmen. Das Vorhandensein von Zähnen oder Implantaten wird nicht vorausgesetzt, aber auch nicht ausgeschlossen. Ebenso wird der Grund für die Augmentation nicht eingeschränkt. So kann dies die Vorbereitung des Kieferknochens für eine Implantation von Zahn-implantaten sein, aber auch der Kieferaufbau als präprothetische Maßnahme, um eine bessere Ästhetik im Bereich von Brückengliedern zu erreichen. Das gleichzeitige Implantieren von Zahnimplantaten und das Augmentieren des Alveolar-knochens im gleichen Gebiet sind nicht ausgeschlossen. Die Beschreibung der GOZ-Nr.

4110 („Auffüllen von parodontalen Knochendefekten ...“) impliziert, dass die Defekte nicht größer sein dürfen, für die eine regenerative Therapie eines Parodontiums noch geeignet ist. Sind die Defekte größer, liegt die therapeutische Zielrichtung im Aufbau des Alveolarfortsatzes. Dies löst die Berechnung der GOZ-Nr. 9100 aus. Entsprechend 6 Abs. 2 der GOZ dürfen die GOÄ-Nr. 2253, 2254 und 2255 nur im Zusammenhang mit der Behandlung von Kieferbrüchen berechnet werden, weshalb deren Berechnung im Rahmen einer regenerativen Therapie ausgeschlossen ist.“

Gebiet	Art	Anz	Materialbezeichnung
16-14	Spongiosa	1	NanoBone 0,6-2mm 1,2 ml
16-14	Membran	1	Bio-Gide-Membran 25x25mm
Summe Materialkosten: €			
Gebiet	Geb.-Nr.	Anz	Bezeichnung
16-14	A2007	3	Entfernen von Fäden
16-14	0090	3	Intraorale Infiltrationsanästhesie
16-14	Anästhetikum	3	Anästhetikum
16-14	0110	0	Zuschlag OP-Mikroskop
16-14	0530	1	Zuschlag bei ambulanter OP
16-14	3300	1	Nachbehandlung n. chir. Eingriff
16-14	9100	1	Augmentation (1/3 Gebühr)
16-14	9120	1	Sinuslift extern
16-14	Nahmaterial	1	Atraum. Nahmaterial
Summe Honorar: €			
Summe Material & Honorar: €			

Wie sieht das nun in einem konkreten Beispiel aus? Sie sehen im Bildschirmabdruck eine Planung mit der Synadoc-CD. Dazu wurden einfach die gewünschten Maßnahmen (Sinuslift, Membran usw.) mit der Maus angeklickt und auf das Zahnschema übertragen. Die Gebührenpositionen auf der rechten Seite erscheinen dann automatisch und korrekt. Man sieht, dass die Augmentation bei einem externen Sinuslift mit einem Drittel der Gebühr angesetzt wurde und auch der OP-Zuschlag und der Zuschlag bei Verwendung eines OP-Mikroskops nicht fehlen. So kann auch derjenige richtig planen, der die Bestimmungen nicht alle präsent hat.

Unter www.synadoc.ch können sich Interessierte über Probed-CD, Online-Schulung und das im Frühjahr stattfindende Abrechnungsseminar „GOZ? Einfach gut!“ weiter informieren.



Gabi Schäfer

Als Seminarleiterin schulte sie während der letzten 20 Jahre in mehr als 2.400 Seminaren 60.000 Teilnehmer in allen Bereichen der zahnärztlichen und zahntechnischen Abrechnung. Ihre praxisnahe Kompetenz erhält sie sich durch bislang mehr als 950 Vor-Ort-Termine in Zahnarztpraxen, wo sie Dokumentations- und Abrechnungsdefizite aufdeckt und beseitigt und Zahnärzten in Wirtschaftlichkeitsprüfungen beisteht.

Monatliches Update zu Fachgebieten

Neue Spezialisten-Newsletter von ZWP online

Neben den bereits bestehenden Newslettern hat ZWP online ab sofort das Angebot an monatlichen Updates zu Spezialthemen der Zahnmedizin erweitert. Sieben neue Newsletter, u.a. Implantologie und Endodontie, kommen hinzu. Gerade für Spezialisten ist es unausweichlich, im eigenen Tätigkeitsschwerpunkt immer auf dem aktuellsten Stand zu sein. Die Informationsbeschaffung und -selektion ist im normalen Praxisalltag angesichts der allgemeinen Informationsflut nicht immer ganz so einfach. Hier setzen die neuen Spezialisten-Newsletter von ZWP online an, die seit Januar zusätzlich zu dem bereits bestehenden Newsletter-Portfolio erscheinen. Die Spezialisten-Newsletter unterscheiden sich sowohl in Layout und Struktur, aber vor allem durch ihre thematische Fokussierung vom sonstigen Angebot.



Darüber hinaus enthalten sie neben Nachrichten ein thematisches Video sowie die E-Paper-Verlinkung zur aktuellen Ausgabe der entsprechenden Fachpublikation aus dem Portfolio der OEMUS MEDIA AG. Auftakt der neuen Reihe bildete am 23. Januar 2013 der Spezialisten-Newsletter „Implantologie“. Darüber hinaus gibt es die Newsletter Oralchirurgie, Parodontologie, Endodontologie, Laserzahnmedizin, Cosmetic Dentistry, Kieferorthopädie, Zahntechnik und Zahnärztliche Assistenz. Jetzt anmelden!



Hier geht es zur Newsletter-Anmeldung – QR-Code einfach mit dem Smartphone scannen

Studie zu LKG-Spalten

Vitamin B verringert Auftreten von Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten

Auch Patienten der Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums Leipzig ist es zu danken, dass das Entstehen von Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten immer besser verstanden wird. Sie konnten an Studien der Universität Bonn teilnehmen, deren Ergebnisse zeigten: Das Auftreten dieser Spalten ist stärker an Erbinformationen gebunden als bislang bekannt.

„Die Ursache der Spaltbildungen war bisher in den meisten Fällen nicht exakt bekannt“, so Prof. Dr. Dr. Alexander Hemprich, Direktor der Leipziger Universitätsklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie. „Neben genetischen wurden auch Umwelteinflüsse vermutet. Doch der genetische Einfluss scheint größer zu sein, als bisher angenommen wurde. Immerhin kann man fast die Hälfte aller Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten, die nicht im Rahmen anderer Syndrome auftreten, auf genetische Veränderungen auf dem

Chromosom 8 zurückführen. Das sind wirklich sehr hilfreiche Hinweise. Denn wenn zwei Menschen zusammenkommen, die beide diese Veränderungen auf dem 8. Chromosom haben, wissen die beiden, dass der Weg zur Spaltbildung bei dem daraus entstehenden Kind etwas stärker gebahnt ist“, so Prof. Hemprich. Für den Leipziger Experten ist es wichtig, dass weiter an der Identifizierung von äußeren Einflüssen und genetischen Faktoren geforscht wird. Die Erkennt-



Prof. Dr. Dr. Alexander Hemprich

nisse aus diesen Studien können langfristig dazu beitragen, z. B. die Wirkung von Vitamin-B-Komplexen bei der Spaltbildung zu manifestieren: „Wir wissen, dass Vitamin B, hochdosiert vom Beginn des Kinderwunsches bis hin zum Ende des dritten Schwangerschaftsmonats verabreicht, die Wahrscheinlichkeit einer Spaltbildung deutlich absenken lässt.“

Quelle: Universitätsklinikum Leipzig AÖR

CAMLOG Kongress

Faszination Implantatprothetik



Nach den überwältigenden Erfolgen in den Jahren 2009 und 2011 veranstaltet CAMLOG am 20. April 2013 erneut einen Zahntechnik-Kongress. Faszination Implantatprothetik hat sich in der Zahntechnik und darüber hinaus einen klangvollen Namen gemacht und bürgt für die hohe Qualität dieses Veranstaltungskonzepts. Als Kongressort hat CAMLOG dieses Mal Darmstadt gewählt. Ständige Veränderung ist eine der wenigen Gewissheiten, die Wirtschaft, Märkte und unternehmerisches Handeln heute prägt. Die Fähigkeit, zukunftsorientiert zu denken und zu handeln, ist eine der großen Herausforderungen unserer Zeit. Die Zahntechnik befindet sich in einem technologischen Wandel, der tief greifende Veränderungen in den Arbeitsprozessen mit sich bringt. Diesem Wandel trägt CAMLOG durch ein Kongressprogramm Rechnung, das zukunftsgerichtete Technolo-



gien würdig, aber auch den bewährten „Goldstandard“ als Maßstab für die Innovationen anlegt. Der Kongress ist in die Hauptthemenblöcke „Die Ebenen der Funktion“ und „Faszination Mensch“ unterteilt, für die hochkarätige Referenten aus der Hochschule, der niedergelassenen Praxis und der Zahntechnik verpflichtet wurden. Weitere Informationen unter Tel.: 07044 9445-603 oder unter www.faszination-implantatprothetik.de

Quelle: CAMLOG Vertriebs GmbH

Schonende Alternative für Jung und Alt

Implantologiekurse für Ein- und Umsteiger

Auch 2013 bietet das Implantologenteam der K.S.I. Bauer-Schraube wieder praxisorientierte Implantologiekurse speziell für Ein- und Umsteiger an. Nach dem bewährten KSI-Kurskonzept wird in kleinen Gruppen fundiertes Wissen über die Implantologie von der Planung bis zur Endversorgung vermittelt und in min-

destens vier Live-OPs demonstriert. Besonders viel Zeit ist für den „Hands-on-Teil“ reserviert, bei dem das Erlernete praktisch umgesetzt und gefestigt wird. Für dieses Kursangebot gibt es 17 Fortbildungspunkte.

Für Frühbucher, die sich mind. acht Wochen vor ihrem Wunschtermin anmelden, reduziert sich die Kursgebühr von 650 € auf nur 400 €.

Termine 2013: 22./23. März, 19./20. April, 24./25. Mai, 21./22. Juni, 13./14. September, 11./12. Oktober, 8./9. November und 6./7. Dezember

K.S.I. Bauer-Schraube GmbH
Tel.: 06032 31912
info@ksi-bauer-schraube.de
www.ksi-bauer-schraube.de



Neubau der Leipziger Universitätszahnmedizin eröffnet

Hochmoderne Zahnklinik an historischer Stätte

Nach erfolgreichem Umzug und Inbetriebnahme wurde Anfang November letzten Jahres der Neubau der Universitätszahnmedizin des Universitätsklinikums Leipzig feierlich eröffnet. Mehr als 350 Gäste, darunter viele niedergelassene Zahnmediziner, konnten sich vor Ort von den verbesserten Bedingungen für die Patientenversorgung, die zahnmedizinische Ausbildung und für innovative Forschung in der Zahnheilkunde überzeugen.

Der markante Neubau im Zentrum Leipzigs bietet dafür jetzt auf vier Etagen und 4.500 Quadratmetern Nutzfläche neue Räume mit modernster Ausstattung und ausgefeilter Logistik im Hintergrund. In nur 15 Monaten Bauzeit entstand hier für fast 18 Millionen ein freundlicher und komfortabler Klinikbau.

Eine mit dem Neubau verbundene Verbesserung ist die weitere Vernetzung der Zahnmedizin mit anderen Einrichtungen der Universitätsmedizin. Die fünf zahnmedizinischen Kliniken und Polikliniken sind jetzt auch räumlich enger an die Kliniken für Augenheilkunde und Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, aber auch an das Institut für Anatomie herangerückt. „Die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die wir bereits seit Jahren leben, ist jetzt nachhaltig für die Zukunft gesichert“, sagte dazu zur Eröffnung Prof. Alexander Hemprich, Direktor der Klinik

für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie. Im Namen seiner Kollegen und Mitarbeiter dankte er für die Investition in den nicht zu vernachlässigenden „zahn- und mundbezogenen Teil der Gesamtmedizin“ und verwies darauf, dass der Zahnmedizin vor allem vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung heute eine wachsende Bedeutung zukommt. Dem trägt das UKL gemeinsam mit der Medizinischen Fakultät durch eine der modernsten Zahnkliniken Rechnung, mit deren Einweihung jetzt eine der ältesten universitären zahnmedizinischen Einrichtungen Deutschlands modernisiert wurde. Vor 130 Jahren begann hier die akademische Ausbildung mit sieben Studenten, heute sind es 408 Studierende, die in der neuen Klinik an modernsten Werkstatt- und Behandlungsplätzen patientennah ausgebildet werden.



siert wurde. Vor 130 Jahren begann hier die akademische Ausbildung mit sieben Studenten, heute sind es 408 Studierende, die in der neuen Klinik an modernsten Werkstatt- und Behandlungsplätzen patientennah ausgebildet werden.

Quelle: Universitätsklinikum Leipzig AöR



Jubiläumstagung der DGKZ e.V. in Berlin

Cosmetic Dentistry – State of the Art

Unter dem Thema „Cosmetic Dentistry – State of the Art“ lädt die Deutsche Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e.V. (DGKZ) am 26. und 27. April 2013 zu ihrer Jubiläumstagung anlässlich ihres 10-jährigen Bestehens nach Berlin ein. Auch in diesem Jahr werden hochkarätige Referenten aus Wissenschaft und Praxis einen Überblick über nahezu die gesamte Bandbreite der ästhetisch/kosmetisch orientierten Zahnmedizin geben. Es gab in den letzten Jahren kaum eine zahnärztliche Veranstaltung, in der nicht auch ästhetisch/kosmetische Gesichtspunkte der zahnärztlichen Therapie beleuchtet worden wären, und auch zahnärztliche Fachpublikationen widmen sich der Thematik in zahlreichen Beiträgen. Eines wird dabei immer wieder deutlich – die Qualität der zahnärztlichen Leistung ist entscheidend für den Erfolg. Um den Selbstzahler, der eine vor allem kosmetisch motivierte Behandlung wünscht, zufriedenstellen zu können, bedarf es absoluter High-End-Zahnmedizin. Da in diesem Zusammenhang eine intensive Fortbildung unabdingbar ist, bietet die DGKZ im Rahmen ihrer Jahrestagung auch in diesem Jahr erneut ein anspruchsvolles Programm. Ständen in den letzten Jahren u.a. spezialisierte Themen wie Funktion, rot-weiße Ästhetik sowie Keramik- und Kompositrestaurationen im Mittelpunkt, hat man sich mit der Jubiläumstagung das Ziel gesetzt, einen möglichst umfassenden Überblick über die aktuellen Standards und Trends in der ästhetisch/kosmetisch orientierten Zahnmedizin zu geben sowie Marketing-Aspekte und wirtschaftliche Fragen zu beleuchten.

Im Rahmen des Pre-Congress-Programms am Freitag finden kombinierte Theorie- und Demonstrationskurse zu den Themen „Veneers von A-Z“ mit Dr. Jürgen Wahlmann sowie „Chirurgische Aspekte der rot-weißen Ästhetik“ mit Prof. Dr. Marcel Wainwright statt.

Parallel zum zahnärztlichen Programm gibt es an beiden Kongresstagen auch ein Programm für die zahnärztliche Assistenz.

Weitere Informationen und Anmeldung:

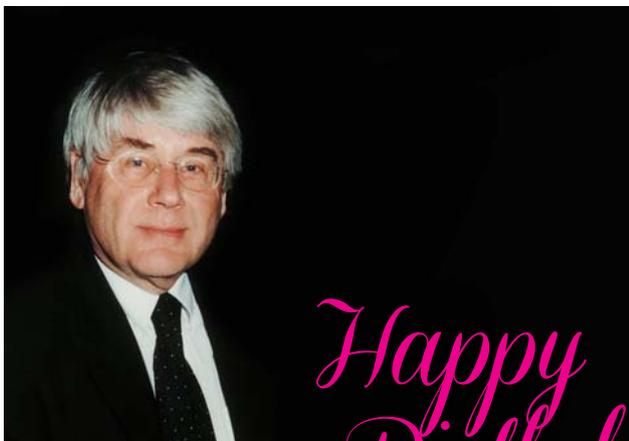
OEMUS MEDIA AG

Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig

Tel.: 0341 48474-308

event@oemus-media.de

Dr. Horst Luckey feiert 70. Geburtstag



Happy Birthday

Am 14. Januar 2013 vollendete Dr. Horst Luckey aus Neuwied, Past-Präsident und jetziger Ehrenpräsident des Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen BDO, sein 70. Lebensjahr.

Dr. Luckey ist Gründungsmitglied des BDO und war nach seiner Wahl zum ersten Vorsitzenden des Verbandes von 1983 bis 2008 ununterbrochen 25 Jahre als Bundesvorsitzender des BDO tätig. In seiner Amtszeit hat Horst Luckey wesentliche Weichenstellungen für die Etablierung des Fachzahnarztes für Oralchirurgie innerhalb der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde initiiert.

Der Weitsicht und dem großen Einsatz des Vorsitzenden Dr. Luckey ist es zu verdanken, dass berechnete Anliegen der Oralchirurgen in der schwierigen Gründungsphase nach Etablierung der Weiterbildung Oralchirurgie durchgesetzt werden konnten. Ohne das kämpferische Moment, das Kollege Luckey immer dann einbringen konnte, wenn es galt, existenzielle Interessen der Oralchirurgen und des Verbandes zu vertreten, wäre die Gründung des BDO eine Episode geblieben.

Die Qualität der oralchirurgischen Weiterbildung im vollen Umfang zu sichern unter Einbeziehung der Traumatologie des Fachgebietes und unter Einschluss klinischer Ausbildungsabschnitte stand immer im Fokus der Arbeit des BDO und war Grundlage des berufspolitischen Engagements von Dr. Luckey.

Die Basis für die Sicherung einer leistungsfähigen Oralchirurgie als operatives Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde war dabei



Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Dr. Dr. Wolfgang Jakobs und Dr. Horst Luckey (v.l.n.r.).

das Oberlandesgerichtsurteil von Zweibrücken, das die volle chirurgische Kompetenz des Zahnarztes auf Grundlage des Zahnheilkundengesetzes rechtlich absicherte. Ohne den BDO und ohne die Standfestigkeit und die Vision des Vorsitzenden Dr. Luckey hätte es diese Grundsatzentscheidung, die von fundamentaler Bedeutung für die gesamte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde war und ist, nicht gegeben. Bereits unmittelbar nach Verbandsgründung war der BDO bestrebt, eine internationale Zusammenarbeit mit oralchirurgischen Verbänden und Fachverbänden zu erreichen. Nicht nur im europäischen Ausland wurden Kontakte zu Fachverbänden und oralchirurgischen Berufsverbänden hergestellt. Hervorzuheben bleibt die enge, freundschaftliche Verbindung des BDO zu oralchirurgischen Kollegen in den USA, dem Mutterland der „Oral-Surgery“, die Verbindungen zur IFDAS der „International Federation of Dental Anesthesiology Societies“.

Dr. Horst Luckey hat als Bundesvorsitzender des BDO immer das Ziel verfolgt, das Spektrum oraler Chirurgie in Deutschland im internationalen Vergleich am Leistungsspektrum der „Oral-Surgery“ zu orientieren.



Dr. Luckey gibt anlässlich des 25. BDO-Jahreskongresses (2008) ein Interview.

Der BDO ist weiterhin Gründungsmitglied der EFOSS „European Federation of Oral Surgery Societies“, der europäischen Dachorganisation oralchirurgischer Gesellschaften. Dr. Luckey war auch Präsident der EFOSS von 2006 bis 2009. Horst Luckey hat europäische Kooperationen der Fachkollegen bereits zu einem Zeitpunkt gefördert, als die freie Berufsausübung für Zahnärzte in der EU noch Zukunftsvision war. Der BDO war unter seinem Vorsitz Organisator und Gastgeber europäischer und internationaler Kongresse. Der Weltkongress für zahnärztliche Anästhesie 1994 in Trier wurde vom BDO organisiert sowie zahlreiche europäische Kongresse für zahnärztliche Anästhesie sowie der Europäische Kongress für Oralchirurgie der EFOSS 2002.

Nicht unerwähnt bleiben darf bei den Verdiensten Horst Luckey's die wichtige und auch notwendige Annäherung der beiden chirurgischen Verbände DGMKG und BDO. Auf Einladung des damaligen Präsidenten der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Weitkamp, kamen beide Verbände erstmals zusammen, um gemeinsam eine moderne, zukunftsfähige Weiterbildungsordnung „Orale und maxillo-faziale Chirurgie“ zu entwerfen. Ziel war es, den „Dualismus“ von Kieferchirurgie und Oralchirurgie in Deutschland zu beenden, da alle Be-



BDO-Gründungsmitglied Dr. Luckey mit jetzigem BDO-Präsidenten Dr. Dr. Jakobs.

teiligten der festen Überzeugung waren und sind, eine gemeinsame Weiterbildungsordnung stärke die operative Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde insgesamt. Eine gemeinsame Weiterbildung in „Oraler und maxillo-fazialer Chirurgie“ zu schaffen, war die Vision von Dr. Luckey und ist berufspolitisches Ziel des BDO. Wenn auch dieses Ziel momentan in Deutschland noch nicht umgesetzt wurde, steht außer Frage, dass zukünftig nur eine an Medizin und Zahnheilkunde orientierte Weiterbildung eine zukunftsfähige operative Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde garantieren kann. In Frankreich wurde inzwischen eine dem damaligen Konzept entsprechende oralchirurgische Weiterbildung mit Zugang von Medizin oder Zahnmedizin etabliert. Dr. Luckey hat als Bundesvorsitzender des BDO die gemeinsamen Gespräche mit der DGMK auch dazu genutzt, die Beziehung der beiden Verbände zueinander nachhaltig zu verbessern.

Mit großer Freude kann anlässlich des diesjährigen 30-jährigen Gründungsjubiläums des BDO festgehalten werden, dass der in der Vergangenheit oft von kontroversen und harten berufspolitischen Auseinandersetzungen geprägte Umgang der beiden Verbände DGMK und BDO heute als kollegial, offen und freundschaftlich zu bezeichnen ist und sich Kooperationen in vielen Bereichen entwickelt haben.

Der BDO war unter der Führung von Dr. Luckey immer offen für die Zusammenarbeit mit allen berufspolitischen Gruppen, Kammern und Verbänden, wenn es galt, die operative Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde als wesentlichen Bereich der Zahnheilkunde zu fördern.

25 Jahre engagiert berufspolitisch tätig zu sein und die Entwicklung eines Verbandes, seine Etablierung auf nationaler und internationaler Ebene oft gegen erhebliche Widerstände durchzusetzen, bedurfte der Fähigkeit und Persönlichkeit eines BDO-Vorsitzenden, der sich stets geradlinig, engagiert und aus tiefer Überzeugung visionär für die Belange der operativen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde eingesetzt hat.

Die Zusammenarbeit mit Dr. Luckey ist immer geprägt von Kollegialität, einem freundschaftlichen, vertrauensvollen und respektvollen Miteinander. Es ist ihm in den vielen Jahren als Bundesvorsitzender immer gelungen, in Grundsatzentscheidungen und wichtigen Sachfragen zu gemeinsamen Lösungen zu finden, die in kontroverser aber fairer Diskussion unter seiner Führung erarbeitet wurden und dann vom Vorstand geschlossen vertreten werden konnten. Dr. Luckey ist als Kollege und Freund immer verlässlich, offen, ehrlich, liberal im positivsten Sinne, dabei in keiner Weise beliebig, sondern stets seinen Werten verpflichtet. Er hat als Vorsitzender Grundsatzentscheidungen nie allein nach Tagesaktualität getroffen, sondern seinen Grundüberzeugungen mehr als dem Zeitgeist vertraut; eine Eigenschaft, die leider immer weniger Entscheidungsträger in Politik und Berufspolitik auszeichnet.

Horst Luckey erfreut sich an seinem 70. Geburtstag ausgezeichnete Gesundheit und körperlicher Fitness. Er ist sportlich aktiv, mit großer Leidenschaft fährt er Mountainbike, gerne überquert er Alpenpässe. Nachdem er seine beruflichen Verpflichtungen reduzieren konnte, bleibt inzwischen mehr Zeit für dieses Hobby, das ihm sogar eine Medaille bei den „world medical games“ eingebracht hat. Im Namen des gesamten Vorstands, im Namen aller Mitglieder des BDO gratuliere ich meinem Vorgänger im Amt und lieben Freund ganz herzlich zu seinem 70. Geburtstag, verbunden mit dem herzlichen Dank für die bisherige herausragende Arbeit für den BDO und die operative Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

Ich wünsche dem Jubilar weiterhin Gesundheit, Glück, mehr Zeit für Reisen, Oldtimer und Mountainbike und viele aktive Jahre als Ehrenpräsident des BDO.

Ad multos annos!

Dr. Dr. Wolfgang Jakobs, Bundesvorsitzender BDO

ANZEIGE

*Werden Sie Autor
für das „Oralchirurgie Journal“*



Bitte kontaktieren Sie Georg Isbaner

✉ g.isbaner@oemus-media.de



Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Das Jahr ist noch jung – also noch Zeit genug, um in Ruhe die eigenen privaten Unternehmungen und natürlich auch verschiedene Fortbildungen zu planen. Bei dieser Gelegenheit möchten wir Sie auch darauf hinweisen, dass wir dem Wunsch vieler unserer Mitglieder/-innen nachgekommen sind, neben den gewohnten nachfolgenden Fortbildungsankündigungen auch eine Jahresübersicht unserer Fortbildungsaktivitäten des BDO für unsere Kollegen/-innen anzubieten, die wir Ihnen in Kürze als Printversion per Post übersenden werden. Manche unserer Veranstaltungen werden Ihnen sicherlich aus eigener Erfahrung bzw. aus den fortlaufenden Ankündigungen des Fortbildungskalenders unseres Oralchirurgie Journals bereits bekannt sein, so z.B. die beliebten Curricula Implantologie und Parodontologie, die ein Teil des Continuing Education Programm des BDO bzw. auch ein Teil des gemeinsamen Masterstu-

diengangs Implantologie mit der DGMKG darstellen. Abgesehen davon können diese einzelnen Bausteine übrigens bei Interesse und zur Wiederauffrischung der Kenntnisse auch einzeln (außerhalb eines Curriculums) gebucht werden.

Zusätzlich haben wir einige regionale Veranstaltungen aufgenommen, um den Mitgliedern vor Ort ebenso interessante Fortbildungsmöglichkeiten anbieten zu können. Weitere aktuelle oder kurzfristig angesetzte Kurse und Aktivitäten sind auch jederzeit unserer BDO-Website www.oralchirurgie.org zu entnehmen. Ebenso werden wir Sie bei aktuellen Anlässen über den E-Mail-Verteiler informieren.

Wir hoffen daher auf regen Zuspruch und freuen uns auf ein Wiedersehen mit Ihnen bei den verschiedenen Veranstaltungen.

Mit besten kollegialen Grüßen
Dr. Mathias Sommer

Fortbildungsveranstaltungen des BDO 2013

Baustein Bildgebende Verfahren „Continuing education program“

23.02./13.04.2013 Fach- und Sachkunde im Strahlenschutz DVT-Diagnostik Teil 1

Ort: Cranium Privatinstitut für Diagnostik, Hürth/Köln

09.03./13.07.2013 Fach- und Sachkunde im Strahlenschutz DVT-Diagnostik Teil 2

Ort: Cranium Privatinstitut für Diagnostik, Hürth/Köln

Referenten: Prof. Dr. Torsten W. Remmerbach, Dr. Andreas Ziggel, Dr. Axel Roschker, Dr. Markus Blume

Kursgebühr: Teil 1 und Teil 2 für Mitglieder des BDO 779,- € zzgl. MwSt.

Anmeldung: Cranium Privatinstitut für Diagnostik, Frau Konak/Frau Damm, Tel.: 02233 610888, www.kopfdiagnostik.de

Beide Kursteile müssen in einem zeitlichen Abstand von mindestens drei Monaten belegt werden.

Baustein Anästhesiologie „Continuing education program“

01.–03.03.2013/ Workshop „Conscious Sedation for Oral Surgery“ mit Live-OPs

28.–30.06.2013 inkl. Reanimationsübungen und erweiterten lebensrettenden Sofortmaßnahmen (Airway-Management) in Anlehnung an die Guidelines for „Conscious Sedation“

Ort: Speicher

Referent: Dr. med. Dr. med. dent. Wolfgang Jakobs

Anmeldung: Tel.: 06562 9682-0

Weitere Fortbildungsveranstaltungen

13.03.2013 Fortbildung Rhinosinusitis/Dentogene Sinusitis – Vorstellung der neuen Leitlinien Rhinosinusitis.

Veranstaltung des Landesverbandes BDO Nordrhein in Kooperation mit dem Landesverband HNO-Ärzte Nordrhein.

Ort: Köln

Referenten: Priv.-Doz. Dr. Dr. Julia Vent (Universität Heidelberg Campus Mannheim), Dr. Mathias Sommer (Köln, BDO Nordrhein)

Anmeldung: Praxis Dr. Mathias Sommer: info@praxis-wdr-arkaden.de

Weitere Fortbildungsveranstaltungen

22./23. 03. 2013 Resektive Parodontalchirurgie Teil I
Praktischer Kurs – flache Knochendefekte bei schwerer PA

Ort: Hürth
 Referenten: Prof. Dr. Dr. Beikler, Dr. Stefan Schnitzer, Dr. Andreas Ziggel
 Anmeldung: Cranium Privatinstitut für Diagnostik, Frau Konak/Frau Damm,
 Tel.: 02233 610888, www.kopfdiagnostik.de

26.–28. 04. 2013 Curriculum Parodontologie BDO/DGMKG

Ort: Düsseldorf
 Anmeldung: www.oralchirurgie.org

26.–28. 04. 2013 Curriculum Implantologie BDO/DGMKG

Ort: Düsseldorf
 Anmeldung: www.oralchirurgie.org

04. 05. 2013 Erfolg durch richtige Endodontie – Erfolg durch richtige Implantologie

Am Freitag, dem 3. Mai, laden wir zum Abendessen mit Weinprobe ein,
 an dem sowohl Teilnehmer als auch Aussteller teilnehmen können.

Ort: Kloster Eberbach, Eltville im Rheingau
 Anmeldung: Dr. Edgar Spörlein, Tel.: 06151 138416, info@dr-spoerlein.de

22./23. 06. 2013 Aufbaukurs für „Zahnmedizinische Fachangestellte“
Instrumentenaufbereitung in Anlehnung an das Curriculum der
„Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung – DGSV“

Lehrgang mit abschließender Prüfung

Ort: Speicher
 Referenten: Rudolf Drautzburg, Matthias Neumann, Michael Mayer
 Anmeldung: Privatklinik für zahnärztliche Implantologie und ästhetische Zahnheilkunde – IZI,
 IZI-GmbH.Speicher@t-online.de

Bitte beachten Sie auch die chirurgischen Fortbildungen der DGMKG.



Dr. Mathias Sommer
 Fortbildungsreferent
 Elstergasse 3, 50667 Köln
 E-Mail: info@praxis-wdr-arkaden.de



Dr. Martin Ullner
 Fortbildungsreferent
 Burgeffstraße 7a, 65239 Hochheim
 E-Mail: martin.ullner@praxis-ullner.de



Dr. Markus Blume
 Fortbildungsreferent
 Uhlstraße 19–23, 50321 Brühl
 E-Mail: ZAMBlume@aol.com

Kongresse, Kurse und Symposien

Datum	Ort	Veranstaltung	Info/Anmeldung
12.–16. 03. 2013	Köln	35. IDS – Internationale Dental-Schau	www.ids-cologne.de
12./13. 04. 2013	Rom, Italien	Giornate Romane – Implantologie ohne Grenzen	Tel.: 0341 48474-308 Fax: 0341 48474-390 www.giornate-romane.info
26./27. 04. 2013	Berlin	IMPLANTOLOGY START UP 2013	Tel.: 0341 48474-308 Fax: 0341 48474-390 www.startup-implantology.de
26./27. 04. 2013	Berlin	14. EXPERTENSYMPOSIUM „Innovationen Implantologie“	Tel.: 0341 48474-308 Fax: 0341 48474-390 www.innovationen-implantologie.de
07./08. 06. 2013	Warnemünde	Ostseekongress/ 6. Norddeutsche Implantologietage	Tel.: 0341 48474-308 Fax: 0341 48474-390 www.ostseekongress.com
15./16. 11. 2013	Berlin	30. Jahrestagung des BDO	Tel.: 0341 48474-308 Fax: 0341 48474-390 www.zwp-online.info/events

Oralchirurgie Journal

Berufsverband Deutscher Oralchirurgen

Sekretariat: Katrin Schmitz
Bahnhofstraße 54 · 54662 Speicher
Tel. 06562 9682-15 · Fax 06562 9682-50
izi-gmbh.speicher@t-online.de
www.izi-gmbh.de

Impressum

Herausgeber: OEMUS MEDIA AG
in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband Deutscher Oralchirurgen

Verleger: Torsten R. Oemus

Verlag:
OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig
Tel. 0341 48474-0
Fax 0341 48474-290
kontakt@oemus-media.de
www.oemus-media.de

Deutsche Bank AG Leipzig · BLZ 860 700 00 · Kto. 150 150 100

Verlagsleitung:

Ingolf Döbbecke · Tel. 0341 48474-0
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner (V.i.S.d.P.) · Tel. 0341 48474-0
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller · Tel. 0341 48474-0

Chefredaktion:

Univ.-Prof. Prof. (Griffith Univ.) Dr. Torsten W. Remmerbach
remmerbach@oemus-media.de

Redaktion:

Georg Isbaner · Tel. 0341 48474-123
g.isbaner@oemus-media.de
Carla Senf · Tel. 0341 48474-335

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. Jochen Jackowski, Universität Witten/Herdecke; Prof. Dr. Fouad Khoury, Privatklinik Schloss Schellenstein; Prof. Dr. Georg Nentwig, Universität Frankfurt am Main; Prof. Dr. Gerhard Wahl, Universitätsklinik Bonn; Prof. Dr. Thomas Weischer, Universität

Duisburg-Essen; Dr. Peter Mohr; Dr. Dr. Wolfgang Jakobs, Speicher;
Priv.-Doz. Dr. Dr. Rainer Rahn, Frankfurt am Main;
Dr. Daniel Engler-Hamm, München

Herstellung:

Sandra Ehnert · Tel. 0341 48474-119

Korrektorat:

Ingrid Motschmann, Frank Sperling · Tel. 0341 48474-125

Druck:

Messedruck Leipzig GmbH, An der Hebemärchte 6, 04316 Leipzig

Erscheinungsweise:

Das Oralchirurgie Journal – Berufsverband Deutscher Oralchirurgen
– erscheint 2013 mit 4 Ausgaben. Es gelten die AGB.

Verlags- und Urheberrecht:

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

Grafik/Layout: Copyright OEMUS MEDIA AG





30. Jahrestagung des BDO

ORALCHIRURGIE VERNETZT

15./16. NOVEMBER 2013 | BERLIN, MARITIM HOTEL

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz/Wiesbaden



FESTVORTRAG

Prof. Dr. rer. nat. Matthias Neubert/Mainz, Institut für Physik
Thema: Kosmologie und Quantenphysik

VERANSTALTER

BDO Berufsverband
Deutscher Oralchirurgen e.V.
Bahnhofstraße 54
64662 Speicher
Tel.: 06562 9682-0
Fax: 06562 9682-50
www.oralchirurgie.org

ORGANISATION/ANMELDUNG

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

REFERENTEN U.A.

Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas/Mainz
Prof. Dr. Kurt Ebeleseder/Graz
Prof. Dr. Dr. Nils-Claudius Gellrich/Hannover
Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz/Wiesbaden
Prof. Dr. Dr. Stefan Haßfeld/Dortmund/Witten-Herdecke
Prof. Dr. Dr. Frank Hölzle/Aachen
Prof. Dr. Jochen Jackowski/Witten-Herdecke
Dr. Dr. Wolfgang Jakobs/Speicher
Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel/Bochum
Prof. Dr. Hans-Christoph Lauer/Frankfurt am Main
Prof. Dr. Frauke Müller/Genf
Prof. Dr. Dr. Rudolf Reich/Bonn
Prof. Dr. Torsten W. Remmerbach/Leipzig
Priv.-Doz. Dr. Christoph Schindler/Dresden
Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake/Göttingen
Prof. Dr. Frank Schwarz/Düsseldorf
Prof. Dr. Anton Sculean, M.Sc./Bern
Priv.-Doz. Dr. Dr. Volker Thieme/Bremen
Prof. Dr. Heinz H. Topoll/Münster
Prof. Dr. Thomas Weischer/Essen
Prof. Dr. Stefan Wolfart/Aachen

SCAN MICH



Impressionen
29. Jahrestagung des
BDO

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

Foto: © BerlinPictures

JETZT PROGRAMM ANFORDERN!

FAXANTWORT // 0341 48474-390

Bitte senden Sie mir das Programm
zur 30. Jahrestagung des BDO
am 15./16. November 2013 in Berlin zu.

E-MAIL-ADRESSE

PRAXISSTEMPEL

DENTSPLY Implants – das neue ,Powerhouse' in der Implantologie

DENTSPLY Implants ist die Verbindung zweier erfolgreicher und innovativer Unternehmen der dentalen Implantologie: DENTSPLY Friadent und Astra Tech Dental.

DENTSPLY Implants bietet mit ANKYLOS®, dem ASTRA TECH Implant System™ und XiVE® ein umfassendes Angebot an Implantaten, FRIOS® Augmentationsprodukte, Guided Surgery, CAD/CAM-Technologien wie patientenindividuelle ATLANTIS™ Abutments und das *steps*® Programm für die professionelle Praxisentwicklung.

DENTSPLY Implants baut auf die Grundwerte der Aufgeschlossenheit, ein sorgfältiges wissenschaftliches Fundament, den Nachweis klinischen Langzeiterfolgs und

eine starke Kundenorientierung. Unsere bisherigen DENTSPLY Friadent- und Astra Tech Dental-Kunden dürfen versichert sein, dass die ihnen bekannten erstklassigen Produkte weiterhin verfügbar sein werden.

Wir vertrauen darauf, dass sich Zahnärzte und Zahntechniker in aller Welt für DENTSPLY Implants als ihren neuen Partner der Wahl entscheiden werden – für integrierte Implantatlösungen, engagierten Support und eine bessere Versorgung ihrer Patienten.

Begleiten Sie uns auf dem Weg in eine neue Dimension der Implantologie.

TREFFEN SIE UNS IM
DENTSPLY VILLAGE,
HALLE 11.2,
STAND K28 – M39

IDS
2013

ANKYLOS®

ASTRA TECH
IMPLANT SYSTEM

XiVE®

ATLANTIS™

FRIOS®

EXPERTEASE™

Facilitate™

steps®