

ORALCHIRURGIE JOURNAL



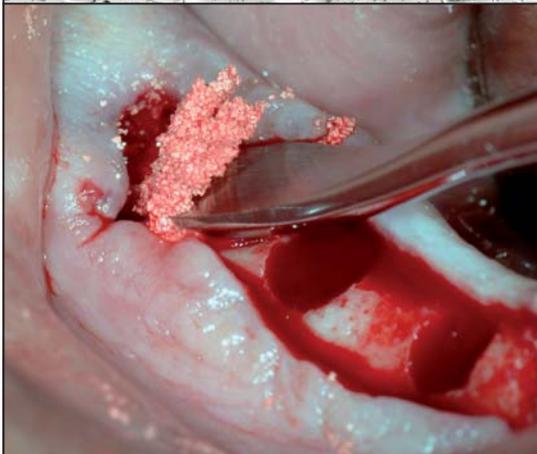
| Special
| Marktübersicht
| Anwenderbericht

Risikogebiet Kieferhöhle – Anatomie, Chirurgie und Fehlerquellen
Chirurgieeinheiten | Piezo-Geräte

Die minimalinvasive Schalenteknik zur
Knochenaugmentation | Kasuistik: Ästhetik erlangen mit
einem ausgewählten System | Einsatz von Kurzimplantaten
bei Hypästhesie des N. alveolaris inferior

| Fortbildung

Griechische Gesellschaft für Oralchirurgie gegründet | Ästhetische
Aspekte in der Implantologie | Stiftungsprofessur für Marburger
Zahnklinik | Fortbildungsveranstaltungen des BDO 2009



Chirurgische Konzepte,
Therapiestrategien und
OP-Planung





Think Endo cordless!



Kein Kabel. Volle Power. Entran setzt neue Maßstäbe im Bereich Cordless Endodontics und verbindet ein Höchstmaß an Ergonomie mit gewohnter W&H-Qualität. Für die Wurzelkanalaufbereitung stehen Ihnen zahlreiche Features zur Verfügung wie z. B. die drehmomentgesteuerte, automatische Richtungsänderung sowie 5 Drehmomentstufen für NiTi-Feilen. Nutzen Sie die Vorteile für mehr Behandlungssicherheit. Und genießen Sie mit Entran absoluten Freiraum – selbst im engsten molaren Bereich.

W&H Deutschland, ☎ 08682/8967-0 oder unter wh.com

entran

Endodontie. Kabellos!

EDITORIAL



Chirurgische Konzepte, Therapiestrategien und OP-Planung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Chirurgie per se ist ein solides Handwerk, das wir alle gelernt haben und auf dessen Basis man gut arbeiten kann. Dass nur sauberes und exaktes Arbeiten zum Erfolg führt, hat wohl jeder mehr oder weniger leidlich erfahren müssen. Lange galt die Chirurgie deshalb auch als innovationsfeindlich. Mit dem Nachlassen der traumatologischen Herausforderungen fehlte der Anreiz.

Dies hat sich durch die Implantologie nun völlig geändert. Implantologie ohne die Behebung knöcherner und weichteiliger Defizite ist nicht möglich. So stellen heute die Implantologie und die Augmentationschirurgie die innovativsten Gebiete der Zahnmedizin dar, was sich schon lange in der höchsten Zahl an Veröffentlichungen widerspiegelt. Dies zeigt sich auch in der Vielzahl von diagnostischen Hilfen, Operationsmethoden, Gerätschaften, Materialien und anderem mehr. Die Übersicht zu behalten, das für die eigene Praxis wichtige zu erkennen, wird dabei immer bedeutender, um nicht zeit- oder kostenintensive Fehlentscheidungen zu treffen. Man kann es nicht bestreiten: Die Möglichkeiten, die wir heute haben, sind großartig. Immer wieder muss ich jedoch sehen, wie zu leichtgläubig weitreichende Entscheidungen getroffen werden. Benutzen Sie also vor allem Ihren gesunden Menschenverstand, seien Sie kritisch, nutzen Sie die vielfältigen Fortbildungsangebote und lesen Sie Fachliteratur, bevor Sie sich für eine bestimmte Methode entscheiden. Das ist gut für Ihre Patienten, Ihre Zeit und Ihren Geldbeutel obendrein. Dass Ihnen dabei möglichst wenige Fehler unterlaufen, wünscht Ihnen
Ihr

Dr. Dr. Peter A. Ehrl



DREI EX-MÄNNER, ZWEI PUDEL
EIN **LIEBHABER**
UNDEIN SICHERES **IMPLANTAT**

Das Leben bringt Veränderungen. Camlog bleibt stabil.
Weitere Infos: www.camlog.de

a perfect fit[®]

camlog

INHALT

Editorial

- 3 **Chirurgische Konzepte, Therapiestrategien und OP-Planung**
Dr. Dr. Peter A. Ehrh

Special

- 6 **Risikogebiet Kieferhöhle – Anatomie, Chirurgie und Fehlerquellen**
Prof. Dr. Hans Behrbohm

Marktübersicht

- 14 **Drehen oder Schwingen – das ist hier die Frage**
Redaktion
- 15 **Anbieter und Produkte Chirurgieeinheiten**
- 15 **Anbieter und Produkte Piezo-Geräte**

Anwenderbericht

- 16 **Die minimalinvasive Schalenteknik zur Knochenaugmentation**
Dr. Gerhard Iglhaut
- 20 **Kasuistik: Ästhetik erlangen mit einem ausgewählten System**
Dr. Arndt Happe

- 24 **Einsatz von Kurzimplantaten bei Hypästhesie des N. alveolaris inferior**
Prof. Dr. Mauro Marincola,
Vincent Morgan, DMD,
Prof. Andrea Cicconetti, Jessica Betz

Fortbildung

- 38 **Griechische Gesellschaft für Oralchirurgie gegründet**
Dr. med. dent. Chrisostomos Lazarakopoulos
- 40 **Ästhetische Aspekte in der Implantologie**
Dr. Mathias Sommer
- 42 **Stiftungsprofessur für Marburger Zahnklinik**
Redaktion
- 46 **DVT-Technik für alle**
Dr. Markus Blume
- 46 **„Zukunft braucht Herkunft“**
Redaktion
- 48 **Fortbildungsveranstaltungen des BDO 2009**
- 32 **Herstellerinformationen**
- 50 **Kongresse, Impressum**



Lesen Sie die aktuelle Ausgabe des
Oralchirurgie Journals als E-Paper unter:

ZWP online
www.zwp-online.info

Risikogebiet Kieferhöhle – Anatomie, Chirurgie und Fehlerquellen

Die Kieferhöhle stellt eine besondere Grenzregion zwischen der HNO, der Zahnmedizin und der MKG dar. Besonders durch die modernen Techniken der Implantologie und den Aufbau ungenügender Implantatlager durch einen Sinuslift hat sich diese Grenze verschoben.

Prof. Dr. Hans Behrbohm/Berlin

■ Während einerseits jeder Zahnarzt einer möglichen Antrumfistel im Rahmen einer Zahnextraktion mit gemischten Gefühlen entgegenseht, wird die Kieferhöhle heute zunehmend in die zahnärztlichen Strategien einbezogen. Dabei entstehen ganz neue Fragen, die ein interdisziplinäres Denken erfordern: Welche Auswirkungen hat eine chronische Rhinosinusitis auf ein Implantat? Sollte diese zunächst in welchem Intervall und mit welcher Technik über welchen Zugang saniert werden? Wie viel Lift kann man einer Kieferhöhle zumuten? Was wird aus deren Mukoziliarapparat nach Anheben der Schneider'schen Membran? Wie verhalte ich mich bei einer Verletzung der Schneider'schen Membran?

Die Kieferhöhle macht von der Geburt bis zum Erwachsenenalter einen erheblichen Gestaltwandel durch. Der kindliche Gesichtsschädel ist dabei nicht etwa nur eine miniaturisierte Ausgabe des Erwachsenenschädels, sondern weist bestimmte Unterschiede auf. Die Recessus alveolaris sind bis zur zweiten Dentition nicht ausgebildet. Hier befinden sich die Zahnanlagen. Das Höhen-Verhältnis von Kieferhöhle und Siebbein ist anders als beim Erwachsenen 1:1, die Infundibula ethmoidalia sind eng und kurz (Abb. 2, 3a und b). Für den Hals-Nasen-Ohrenarzt ist die Kieferhöhle ein Teil des Systems der Nasennebenhöhlen. Die Kieferhöhle wird durch das vordere Siebbein – auch laterale Nasenwand genannt – mit der Nase verbunden. Die Kieferhöhle wird von respiratorischer Schleimhaut ausgekleidet, welche Becherzellen und seromuköse Drüsen enthält. Diese produzieren ein Sekret, das auf sogenannten Sekretstraßen des Mukoziliarapparates aus der Kieferhöhle in die Nase bewegt wird. Dabei mündet die Kieferhöhle nicht direkt in die Nase, sondern in einer schmalen trichterförmigen, dreidimensionalen Raum, der in sagittaler Richtung in der lateralen Nasenwand verläuft – das Infundibulum ethmoidale. Dieses führt zum Hiatus semilunaris in die Nase, was klinische Bedeutung hat, da fast alle rhinogenen Kieferhöhlenentzündungen in diesem vorderen Siebbein entstehen.

Endoskopische Anatomie

Die Kieferhöhle ist ein Paradigma für die endoskopische Orientierung in Kavitäten. Sie besitzt eine Py-

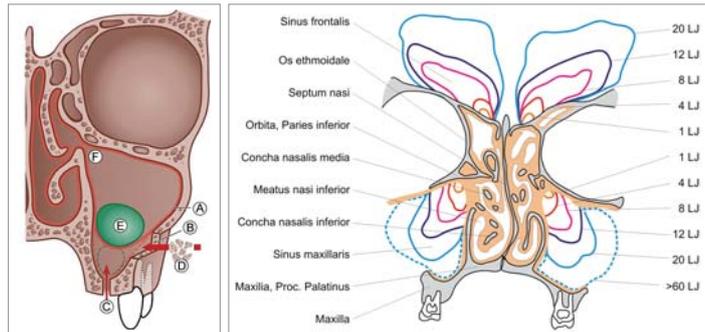


Abb. 1: „Grenzlinie Kieferhöhle“. Ⓐ Schneider'sche Membran. Ⓑ Weg zum direkten Sinuslift. Ⓒ Weg zum indirekten Sinuslift. Ⓓ Implantationsmaterial zum Knochenaufbau. Ⓔ Kieferhöhlenzyste im Recessus alveolaris. Ⓕ Infundibulum ethmoidale. – **Abb. 2:** Pneumatisation der Kiefer- und Stirnhöhle im Kindesalter.

ramidenform und kann entweder über ein supra- und infratubinales oder einen Zugang über die Fossa canina endoskopiert werden. Kieferhöhlenhinterwand, -dach und seitliche Recessus verschmelzen zunächst im Bild der 0° -Optik, besonders mit Weitwinkelleffekt zu einem Bild, welches der Betrachter dreidimensional interpretieren muss. Die Qualität der endoskopischen Diagnostik und operativen Therapie hängt stark von den verwendeten optischen Systemen ab. Diese ist nach eingehenden vergleichenden Untersuchungen bei dem Hopkins-Stablinnen-System der Karl Storz-Endoskope am besten.

Rhinogene Entzündungen

Es werden drei Formen der Rhinosinusitis unterschieden, die akute, akut-rezidivierende und chronische Rhi-

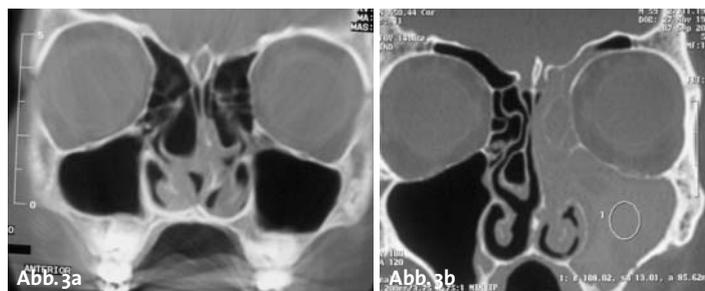


Abb. 3 a und b: Vergleich zweier koronarer CT-Schnitte durch den vorderen Gesichtsschädel eines Kleinkindes (a) und eines Erwachsenen mit chronischer Rhinosinusitis links (b). a) Concha bullosa bds, Zahnanlagen bds, der Recessus alveolaris ist nicht ausgebildet, das Siebbein besitzt etwa die gleiche Höhle wie die Kieferhöhle, die Infundibula ethmoidalia sind eng und kurz.

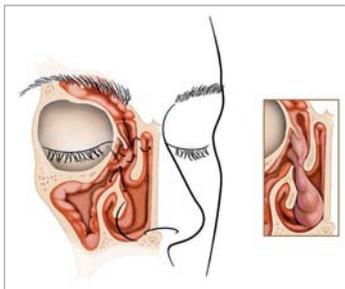


Abb. 4: Im vorderen Siebbein befindet sich das pathogene Zentrum der akuten und rezidivierenden Rhinosinusitis, die sich von hier u.a. auf die Kieferhöhlenschleimhaut über den Mechanismus einer Obstruktion von Ventilation und Sekretdrainage ausbreitet.

nosinusitis. Während unter der akuten Rhinosinusitis ein entzündlicher Prozess verstanden wird, der durch eine behinderte Ventilation und Drainage der Nasennebenhöhlen ausgelöst wird, muss für die chronische Rhinosinusitis eine immunologisch bedingte Schleimhautentzündung, die über verschiedene aktivierte Mediatorzellen abläuft, angenommen werden. Die Folge ist ein Umbau der Schleimhaut mit Verdickung, Sekretstau oder Polypen. Nasenpolypen sind häufig eosinophilen-assoziiert und mit Komorbiditäten, wie einem Asthma bronchiale und einer Analgetikaintoleranz kombiniert. Sie entstehen eigentlich nie wirklich in der Nase, sondern im Siebbein und fallen von dort der Schwerkraft und dem Weg des geringsten Widerstandes folgend in die Nase vor. Dabei verlegen Sie auch das Kieferhöhlenostium und führen zur Schleimhautentzündung. Eine Sonderform ist der Choanalpolyp. Er entsteht in der Kieferhöhle, führt zu einer Druckusur der lateralen Nasenwand und verlegt dann die Choane. Die Entfernung erfolgt heute meist durch eine endoskopische Operation, die allerdings keine optisch toten Winkel dulden darf, da eine unvollständige Abtragung immer zu Rezidiven führt (Abb. 6). Einen aktuellen Behandlungsstandard zur Rhinosinusitis definiert die S2-Richtlinie der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie (AMWF-Reg.-Nr. 017/049).

Endoskopische Chirurgie der Kieferhöhle

Prinzipiell kann der Zugang zum Cavum maxillae über drei verschiedene Wege und deren Kombination erfolgen (Abb. 7):

- Zugang über die Fossa canina (1)
- supratubinaler Zugang (2)
- infratubinaler Zugang (3)

Die verschiedenen Zugänge sollten bei einigen Indikationen, z.B. der endoskopischen Chirurgie von benignen und malignen Tumoren, unbedingt kombiniert werden, um optisch tote Winkel zu vermeiden, die sonst die Ursache von Residual- bzw. Rezidivkrankungen sein können (Abb. 8).

Innovationen der endoskopischen Chirurgie der Kieferhöhle

Die biostatische endoskopische Chirurgie des Siebbeins (BES) nach Behrbohm ist eine neue Methode,

NSK

VarioSurg

Leistungsstarkes Ultraschall-Chirurgiesystem mit Licht

Das NSK VarioSurg offenbart zahlreiche kompromisslose Vorteile, von denen der größte die kraftvolle und exakte Schneidleistung ist. Das System unterstützt nicht nur die Ultraschallkavitation von Kühlmittellösung, sondern sorgt mit einem erstklassigen Lichthandstück für eine erweiterte Ausleuchtung des Behandlungsfeldes. Eine große Auswahl an Aufsätzen ermöglicht einen vielseitigen Einsatz des Gerätes.



Handstück mit Licht

VarioSurg Komplettsset mit Licht

inklusive Handstück,
Sterilisationskassette
und Basis-S Set

€ 5.950,00*

Basis-S Set,
bestehend aus SG1, SG3,
SG5, SG6D, SG7D, SG11,
Aufsatzhalter



*Unverb. Preisempfehlung zzgl. MwSt.

NSK Europe GmbH

Elly-Beinhorn-Str. 8, 65760 Eschborn, Germany
TEL: +49 (0) 61 96/77 606-0, FAX: +49 (0) 61 96/77 606-29

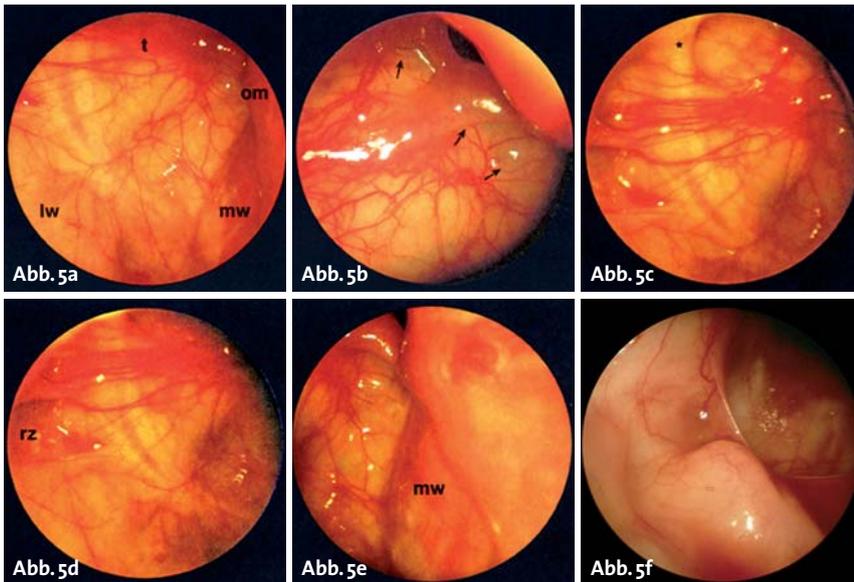


Abb. 5: Endoskopische Anatomie der Kieferhöhle. **a)** Einblick in die rechte Kieferhöhle. Das Bild setzt sich aus Anteilen der medialen (mw) und lateralen Wand (lw), der Rückwand und des Daches (t) zusammen. Das Ostium (om) befindet sich bei 1 Uhr (0°-Optik, 4 mm, Karl Storz, Tuttlingen). **b)** Einstellen des Ostiums. Vor dem Ostium fließen die Sekretstraßen (Pfeile) der Kieferhöhle zusammen, das Sekret wird auf der Schleimhaut sichtbar (0°-Optik, 4 mm, Karl Storz, Tuttlingen). **c)** Einstellen des Kieferhöhlendaches. Die Kontur des Canalis des N. infraorbitalis (*) ist sichtbar (30°-Optik, 4 mm, Karl Storz, Tuttlingen). **d)** Blick in den Recessus zygomaticus (rz) bei 9 Uhr (30°-Optik, 4 mm, Karl Storz, Tuttlingen). **e)** Beurteilung der medialen Kieferhöhlenwand (mw). Sie wölbt sich typischerweise als flache Prominenz in das Cavum maxillae. Bei 12 Uhr erscheint das Ostium (30°-Optik, 4 mm, Karl Storz, Tuttlingen). **f)** Blick in den Recessus alveolaris. Sichtbar sind Zahnwurzeln, die in die Kieferhöhle hineinragen (0°-Optik, 4 mm, Karl Storz, Tuttlingen).

die zwischen den „tragenden“ und nur kompartimentierenden Zell-Wänden des Siebbeins unterscheidet und das Ziel hat, postoperative Atelektasen zu vermeiden. Die Kieferhöhle ist eine dem Siebbein funktionell nachgeschaltete Kavität und insofern von einem offenen und stabil weiten Siebbein abhängig (Abb. 9). Die Ballondilatation ist eine Methode zur Öffnung obstruierter Ostien der Nasennebenhöhlen (Abb. 10). Über einen Ballonkatheter wird ein Führungsdraht z.B. in das Infundibulum ethmoidale vorgeschoben. Über diesen Führungsdraht wird dann der Ballonkatheter platziert und unter der Kontrolle eines Manometers mit einem Druck von 2 bis 16 at für einige Minuten gefüllt. Es gibt bereits mehrere Ballongenerationen mit einigen deutlichen Unterschieden in Details der Anwendung und Indikation (weitere Hinweise beim Verfasser).

Polypen und Zysten sollten gezielt abgetragen und die parietale Schleimhaut möglichst geschont werden. Kommt es bei einem Anheben der Schneider'schen Membran zu einer Verletzung, sollte von einer Augmentation des Kieferhöhlenbodens in gleicher Sitzung Abstand genommen werden. Die Schleimhaut sollte so adaptiert werden, dass eine rasche und vollständige Epithelisierung im Rec. alveolaris ermöglicht wird. Nach drei bis vier Wochen kann von einer abgeschlossenen Wundheilung bei gut adaptierten Schleimhautlefen ausgegangen werden. Im Zweifelsfall ist es auch möglich, die Wundheilung durch eine Kieferhöhlenendoskopie über einen Minitrokar schnell und atraumatisch zu beurteilen. Eine Anhebung des Kieferhöhlenbodens von bis zu 1 cm hat keine negativen Auswirkungen auf den mukoziliären Selbstreinigungsmechanismus der Kieferhöhle.

Schleimhautreparation und Schleimhautverletzungen

Die Kieferhöhlenschleimhaut besitzt eine große Reparatursfähigkeit. Das gilt für akute und chronische Entzündungen, die nach Wiederherstellung von Ventilation und Drainage ganz überwiegend ausheilen. Nur in Ausnahmefällen ist heute eine primäre „radikale“ Ausräumung der Mukosa des Cavum maxillae indiziert.

Kieferhöhlenzysten

Im Bereich der Kieferhöhle werden die „rhinogenen“ von den odontogenen Zysten unterschieden. Ob es sich um eine echte Zyste, die von respiratorischem Epithel gebildet wird, eine Pseudozyste oder einen zystisch degenerierten Polypen handelt, ist meist nicht entscheidend. Es sollte aber im Sprachgebrauch zwischen einer Zyste und einer Zelle unterschieden werden.

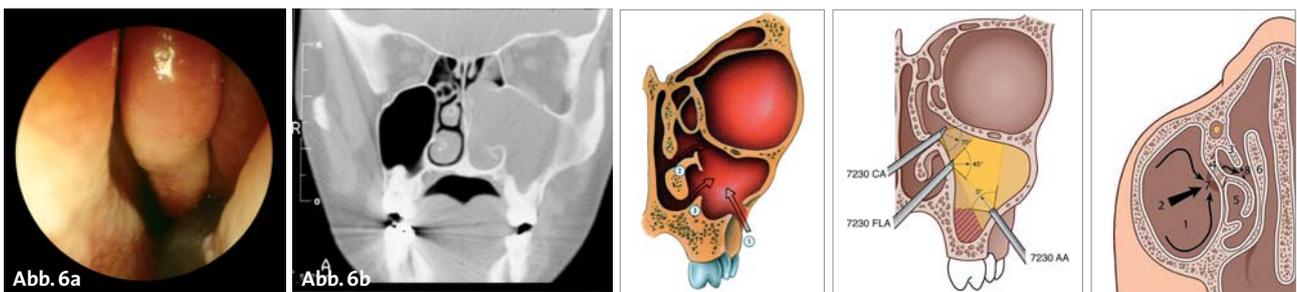


Abb. 6a und b: Choanalpolyp im CT und endoskopischem Bild. – **Abb. 7:** Zugänge zum Cavum maxillae. – **Abb. 8:** Endoskopische „Ausleuchtung“ des Cavum maxillae über die in Abb. 7 beschriebenen Zugänge mit der 0°, 45°- und 70°-Optik. Rote Schraffur: Gefahr optisch „toter Winkel“. – **Abb. 9:** Die biostatische Chirurgie erhält die statischen Zell-Wände des Siebbeins zur dauerhaften Öffnung z.B. des Zugangs zur Kieferhöhle.

Dr. Iglhaut-Kursserie

REVOLUTIONÄRE KNOCHEN- AUGMENTATION

Die minimalinvasive metallfreie Schalenteknik für die horizontale und vertikale Knochenaugmentation in einem Schritt ohne Knochenblock

LERNEN SIE IN DEM SPEZIALKURS DIE VORTEILE DER KNOCHENAUGMENTATION MIT SONICWELD RX[®]

- Die sehr einfache Ultraschallfixierung resorbierbarer Pins und Membranen / Folien aus PDLLA, welche eine extreme Stabilität hervorruft.
- Die Vermeidung von Nachteilen, die durch schwieriges Handling entstehen, sowie die geringe Traumatisierung für den Patienten.
- Die minimalinvasive horizontale und vertikale Knochenaugmentation durch rigide Fixierung biologisch abbaubarer Pins und Membranen / Folien.
- Die revolutionäre Schalenteknik: Knochenblockaugmentation ohne Knochenblockentnahme.



Schalentechnik nach Dr. Iglhaut



Membrane und Pins aus PDLLA



Schalentechnik mit 0,3 mm PDLLA-Folie

„Ich arbeite nun seit einem Jahr mit der Schalenteknik. In diesem Zeitraum wurde von mir kein Knochenblock mehr eingesetzt.“

Dr. Gerhard Iglhaut

„Die metallfreie Technik stellt für mich keine Alternative dar, sondern ein Muss – da eine weitere OP für mich nicht in Frage kommt.“

Ein zufriedener Patient



Definition Zyste: Es handelt sich um einen epithelialen Hohlraum, der von Flüssigkeit gefüllt ist und die anatomisch präformierten Grenzen nicht überschreitet (Abb. 11 bis 13).

Definition Zele (griech. Bruch): Eine Zele führt zur Zerstörung anatomisch präformierter Grenzen eines Raumes, z.B. als Pneumato-, Muko-, Pyo- oder Hämatozele. Zysten führen nur dann zu Schmerzen, wenn sie zwischen zwei gegenüberliegenden knöchernen Wänden liegen, quasi von diesen komprimiert werden. Zysten stören ab einer Größe von 1,5 cm den mukoziliären Transport messbar und sollten entfernt werden (Abb. 14a–d). Zysten oder Polypen im Recessus alveolaris sollten vor einem Sinuslift endoskopisch entfernt werden. Da der Eingriff selektiv die Zyste entfernt und die parietale Schleimhaut schont, sollte dies vier Wochen vor einer geplanten Implantatversorgung stattfinden. Jedoch hängt die Schleimhautreaktion maßgeblich von dem Operationstrauma ab.

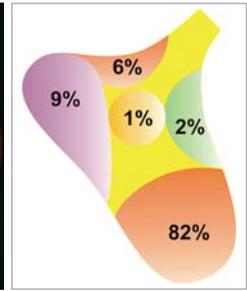
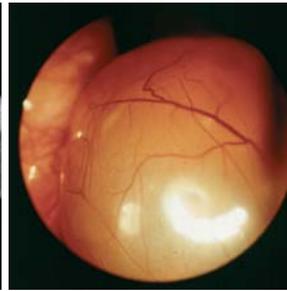
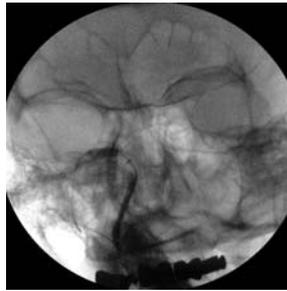


Abb. 10: Dilatation eines Kieferhöhlenostiums. Gefüllter Ballon im Infundibulum ethmoidale rechts. – **Abb. 11:** Rhinogene Kieferhöhlenzyste. – **Abb. 12:** Lokalisation von Kieferhöhlenzyste (Behrbohm 2005).

- sanguinolente Sekretion/Epistaxis
- Halbseitenkopfschmerz.

Mykosen

Mykosen der Kieferhöhle sind nicht selten und häufig die Folge einer Zahnwurzelbehandlung. Es werden die seltenen invasiven, vital bedrohlichen (z.B. bei Immunsuppression oder HIV-Infektionen) von den nichtinvasiven Mykosen meist mit einem isolierten Lokalbefund unterschieden. Pathognomonisch ist ein röntgendichter Pilzball, der sich oft um Reste von zinkoxidhaltigem Wurzelfüllmaterial bildet. Die Besiedlung erfolgt mit *Aspergillus fumigatus* oder *flavus*. Eine weitere Folge ist die saprophytische Kolonisation. Die Therapie richtet sich danach, welche der beiden Formen vorliegt.

In jedem Fall findet einerseits eine histologische Sicherung des Befundes und andererseits eine mykologische Bestimmung des Pilzes und seiner Vitalität statt.

Invasive Mykosen werden hochdosiert antimykotisch (z. B. mit Amphotericin B), systemisch und chirurgisch behandelt. Dabei muss der befallene Knochen nach onkologischen Prinzipien bis ins Gesunde entfernt bzw. weggeschliffen werden.

Bei nichtinvasiven Formen genügt eine endoskopische Entfernung des Pilzballs und des entzündlichen Granulationsgewebes über ein supraturbinales Fenster oder über einen Zwei-Wege-Eingriff ohne antimykotische Therapie.

Tumoren

Das heimtückische an Tumoren der Nasennebenhöhlen ist, dass sie meist erst bei fortgeschrittener Ausdehnung Symptome verursachen.

Leitsymptome sind:

- einseitige nasale Obstruktion
- tympanale Ventilationsstörungen

Benigne Tumoren

Papillome

Über die optimale chirurgische Therapie speziell von invertierten Papillomen bestand in den letzten Jahren eine Kontroverse. Während auf der einen Seite die Tumoren über Zugänge wie z.B. eine laterale Rhinotomie, die Fossa canina oder ein midfacial degloving angegangen wurden, haben sich die Vorteile der endoskopischen Mikrochirurgie durchgesetzt. Die Methode der Wahl ist heute ein endoskopisches, endonasales Vorgehen, welches allerdings, keine „optisch toten“ Winkel dulden darf. Dazu sind Mehr-Wege-Eingriffe z.B. über ein supra- und infraturbinales Fenster oder in Kombination mit dem Weg über die faciale Kieferhöhlenwand zweckmäßig. Es gibt das Prinzip der vollständigen optisch kontrollierten Ausräumung der gesamten Schleimhaut wegen der Ma-

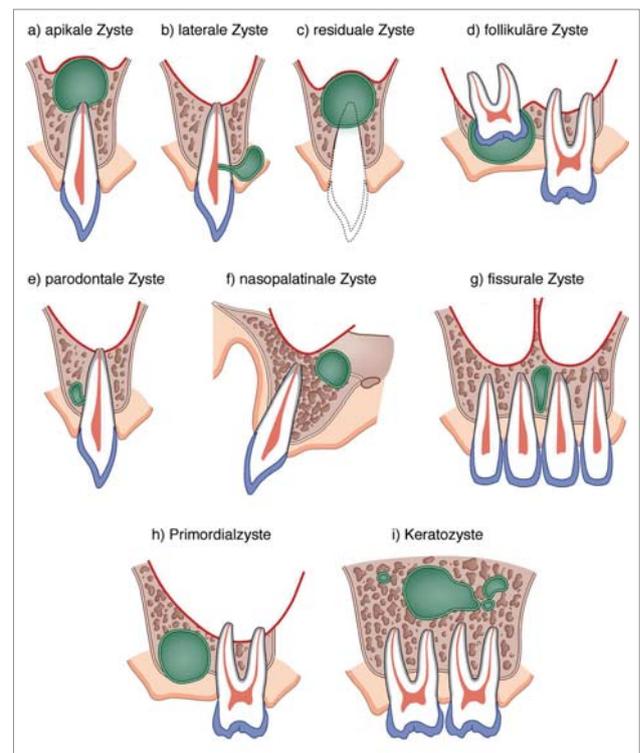


Abb. 13: Die wichtigsten dentogenen Zysten des Oberkiefers.

NanoBone®

Knochenaufbau in neuer Dimension

Gute Gründe für NanoBone®:

- extrem schnelle Knochenbildung
- vollständiges Remodelling
- leistungsstark durch Nanostruktur
- synthetisch und sicher



VERTRIEBSPARTNER

BEGO Implant Systems GmbH & Co.KG
Tel.: +49(0)4 2112 02 82 46

m&k GmbH | Bereich Dental
Tel.: +49(0)3 64124 81 10

DENTAURUM IMPLANTS
Tel.: +49(0)72 31180 30

DCV-INSTRUMENTE GmbH
Tel.: +49(0)74 64122 00

HERSTELLER

ARTOSS GmbH | Friedrich-Barnewitz-Straße 3 | 18119 Rostock | Deutschland
Tel.: +49(0)381154345-701 | Fax: +49(0)381154345-702
eMail: info@nanobone.de | Web: www.nanobone.de



Abb.14 a–d: Abtragen einer kleinen und großen Kieferhöhlencyste. **a und b)** über die Fossa canina **b)** über ein infraturbinales Fenster, om – Ödematöses Ostium maxillare.

lignisierungstendenz des Tumors und der Gefahr des Karzinoms im Papillom.

Ameloblastome

Es handelt sich um die häufigsten odontogenen epithelialen Neoplasien. Sie besitzen ein langsames, aber invasives lokales Wachstum, werden aber den benignen Tumoren zugerechnet. Der Tumor besitzt selbst bei Anwendung onkologischer Operationsprinzipien eine sehr starke Rezidivneigung. Sein radiologisches Erscheinungsbild ist recht variantenreich und manchmal schwer differenzialdiagnostisch von odontogenen Zysten zu differenzieren.

Angiomatöse Tumoren

Tumorausläufer von juvenilen Angiofibromen können in das Cavum maxillae vordringen, haben ihren Ausgangspunkt aber immer am Keilbeinkörper. Hinweise liefert bereits die aufmerksame Beurteilung des Proc. pterygoideus, wo das nutritive Tumorgefäß verläuft. Bei Verdacht auf einen vaskularisierten Tumor muss dessen hämodynamische Aktivität durch eine MR-Angiografie, bzw. selektive Subtraktionsangiografie bestimmt werden. Im Rahmen der Angiografie kann der Tumor embolisiert werden, um nach einem Intervall von zwei bis drei Tagen endoskopisch entfernt zu werden. Eine PE ist sinnlos und obsolet, da sie keine zuverlässige Information über die lokal stark differierende Histopathologie liefert und zudem mit einem großen Blutungsrisiko verbunden ist.

Malignome

Die häufigsten Malignome der Kieferhöhle sind epitheliale Tumoren, wie Plattenepithel-Karzinome, adenoid-zystische oder Adenokarzinome (Abb. 17a–c). Einerseits erfolgt die Bestimmung der Tumorausdehnung mit der Computertomografie, andererseits muss die Ausdehnung der Tumorerkrankung mit einem Staging (MRT – Hals, Abdomen, Thorax) bestimmt und mit der TNM-Klassifikation „codiert“ werden. Die Tendenz zur Ausbildung hämatogener und lymphogener Metastasen wird < 10% angegeben, enthebt aber nicht vor der Verantwortung einer individuellen Entscheidung z.B. in der Frage einer begleiten-

den Neck dissection. Je nach individuellem Befund sollte im Rahmen eines interdisziplinären Tumorkonzeils über die Indikation einer primären Operation, Strahlen-Chemotherapie, Sandwich- oder Brachytherapie entschieden werden.

Traumatologie

Die Kieferhöhle ist bei Mittelgesichtsfrakturen entweder im Rahmen einer Le Fort I- oder II-Fraktur oder einer Blow-out- oder Jochbeinfraktur mit Beteiligung des Orbitarandes häufig betroffen. Die Indikation ergibt sich aus dem Befund der Computertomografie bzw. Funktionsausfällen, wie z.B. Sensibilitätsstörungen durch Kompression des N. infraorbitalis oder Doppelbildern und Motilitätsstörungen.

Bei den Blow-out-Frakturen hat sich ein primäres endoskopisches Vorgehen über ein supratubinales Fenster sehr bewährt (Abb. 18). Ein Teil der frischen Frakturen kann auf diese Weise reponiert werden. Je nach endoskopischem Befund ist es möglich, sofort auf einen alternativen Zugang, z.B. über einen Subzililiarschnitt oder die Kieferhöhle zu wechseln. Im Rahmen des endoskopischen Vorgehens kann Septumknorpel gewonnen werden, der sich für die Rekonstruktion des Orbitabodens besonders empfiehlt.

Fremdkörper

Im Rahmen von Verkehrsunfällen, Pfählungs- oder Schussverletzungen kommt es zu perforierenden Verletzungen der Kieferhöhle. Dabei können Glassplitter von geborstenen Frontscheiben sogar unbemerkt eindringen und oft Jahre unbemerkt verbleiben. Projektile



Abb. 15: Papillom der Kieferhöhle mit Ausdehnung in den mittleren Nasengang. – **Abb. 16:** Ameloblastom in Rec. alveolaris.

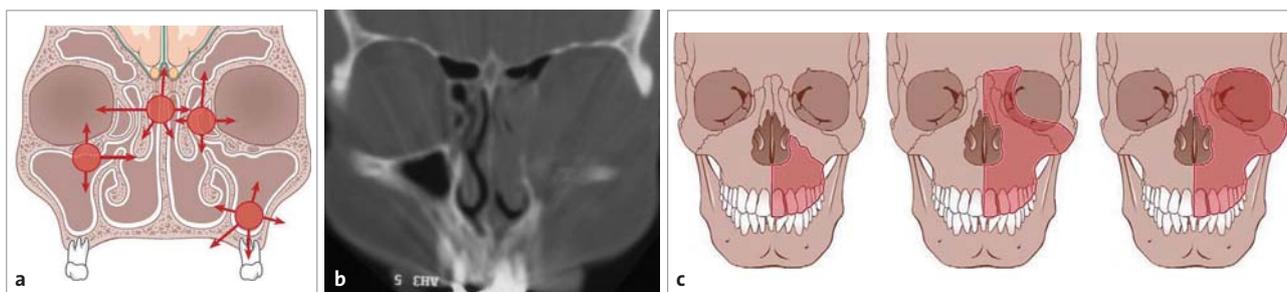


Abb. 17: a) Häufigste Lokalisationen von Malignomen der Nasennebenhöhlen. b) CT eines Kieferhöhlenkarzinoms mit Einbruch in die Orbita und das Siebbein. c) Resektionsgrenzen bei Oberkiefermalignomen (nach Behrbohm, Kaschke, Nawka, HNO-Kurzlehrbuch, Thieme 2009).

durchschlagen oft die Hinterwand der Kieferhöhle nicht und bleiben dort oder vor der knöchernen Schä-

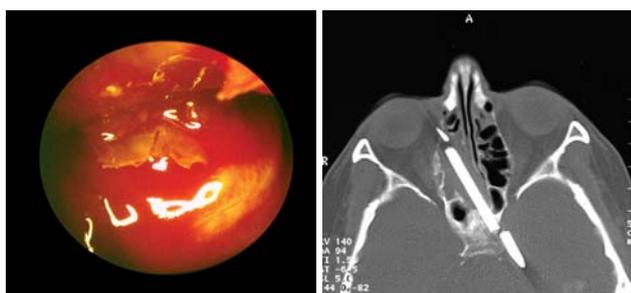


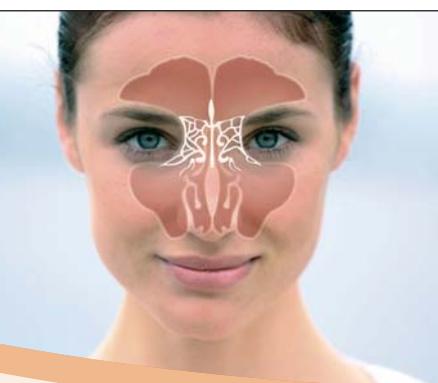
Abb. 18: Blow-out-Fraktur im endoskopischen Bild. Der Bruchsack kann oft endoskopisch reponiert werden. – **Abb. 19:** Perforierender Fremdkörper des Mittelgesichts und der Schädelbasis mit Beteiligung der Kieferhöhle.

delbasis liegen, wo sie endoskopisch entfernt werden können (Abb. 19). Ein besonderer Fall ist der einer Patientin, die in ihrem fünften Lebensjahr eine perforierende Verletzung der Schädelbasis zwischen A. carotis und N. opticus mit einem Schiefergriffel erlitt. Die Entfernung des großen peripheren Anteils erfolgte erst nach 55 Jahren durch eine endoskopische Operation. ■

KONTAKT

Prof. Dr. Hans Behrbohm
 Privatpraxis KU61
 Kurfürstendamm 61
 10707 Berlin
 Web: www.Ku61.de

ANZEIGE



Nose, Sinus & Implants

Neue interdisziplinäre Synergien zwischen Rhino- und Neurochirurgie sowie Implantologie

20./21. November 2009 | Berlin | Hotel Palace Berlin/Charité Berlin

- Separates Programm für HNO-Ärzte
- Separates Programm für MKG- und Oralchirurgen, Zahnärzte
- Interdisziplinäres Podium
- Präparationskurse und Workshops

Informationen zum Programm erhalten Sie unter:
 OEMUS MEDIA AG
 Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
www.oemus.com
www.zwp-online.info/events
 Tel.: 03 41/4 84 74-3 08

Referenten

Prof. Dr. Hans Behrbohm/Berlin (DE)
 Prof. Dr. Klaus-U. Benner/Germering (DE)
 Prof. Dr. Paolo Castelnovo/Varese (IT)
 Prof. Dr. Oliver Kaschke/Berlin (DE)
 Prof. Dr. Hans Scherer/Berlin (DE)
 Prof. Dr. Daniel Simmen/Zürich (CH)
 Prof. Dr. Heinz Stammberger/Graz (AT)
 Prof. Dr. Marcel Wainwright/Düsseldorf (DE)
 Priv.-Doz. Dr. Dr. Steffen G. Köhler/Berlin (DE)
 Priv.-Doz. Dr. Gero Strauss/Leipzig (DE)
 Dr. Dr. Yusuf Özmen/Delmenhorst (DE)
 Dr. Achim W. Schmidt, M.Sc./München (DE)

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. Hans Behrbohm/Berlin (DE)
 Prof. Dr. Oliver Kaschke/Berlin (DE)
 Priv.-Doz. Dr. Dr. Steffen G. Köhler/Berlin (DE)

Workshops zu folgenden Themen

3-D-Diagnostik | Sinuslift
 Knochenchirurgie | Laser
 Augmentationstechniken

Fortbildungspunkte Ärzte/Zahnärzte

Bis 17 Fortbildungspunkte der Berliner Ärztekammer.
 Bis zu 8 Fortbildungspunkte nach BZÄK und DGZMK.

FAXANTWORT
03 41/4 84 74-2 90

✘ Bitte senden Sie mir das Programm zu **Nose, Sinus & Implants** am 20./21. November 2009 in Berlin zu.

Praxisstempel

Drehen oder Schwingen – das ist hier die Frage

Die chirurgische Bearbeitung von Knochen setzt langjährige Erfahrung, eine ruhige Hand und entsprechendes Geschick beim Behandler voraus. In der oralen Chirurgie dreht es sich immer wieder um den Erhalt von Strukturen, was nach Möglichkeit durch eine minimalinvasive Behandlung gewährleistet werden sollte. An die Geräte werden aus diesem Grund ähnlich hohe Ansprüche gestellt.

Redaktion

■ Dank minimalinvasiver chirurgischer Operationstechniken kann das Gewebe geschont und die Häufigkeit postoperativer Komplikationen gesenkt werden. Um das zu realisieren sind zwar grazile aber auch hochleistungsfähige Geräte nötig. Gerade im Bereich der „traditionellen“ Oralchirurgie (rotierende und oszillierende Instrumente) kann auf langjährige Erfahrung und ausgereifte Systeme zurückgegriffen werden. Auf der Suche nach der perfekten Chirurgieeinheit hat der Behandler dank einer Vielzahl an verfügbaren Geräten die Qual der Wahl. Dieses eine, perfekte Gerät wird es wohl nicht geben, da dieses immer an den individuellen Bedürfnissen und dem Behandlungsprofil des Arztes angepasst sein muss. Schließlich stellt jeder unterschiedliche Anforderungen an Haptik, Ergonomie oder auch Design, auch wenn für die eigentliche Kaufentscheidung immer noch Funktionalität und die technischen Möglichkeiten die größte Rolle spielen werden. Auch das Preis-Leistungs-Verhältnis sollte hierbei nicht außer Acht gelassen werden. Bei der Knochenbehandlung ist es wichtig, dass dieser möglichst schonend und effizient bearbeitet wird. Im Detail wird also von den Geräten verlangt, dass Motordrehzahl und Drehmoment optimal zusammenarbeiten. Weitere wichtige Punkte sind die tägliche Reinigung und Wartung: Lassen sich die Geräte vom Praxispersonal leicht auseinanderbauen, reinigen und wieder zu-



sammensetzen und sind sie autoklavierbar? Aus einer Fülle an Produkten gilt es also, das für sich geeignete herauszusuchen. Piezo-Geräte sind bereits seit einigen Jahren auf dem Vormarsch und aus der dentalen Chirurgie kaum noch wegzudenken. Dank Ultraschall ermöglichen sie die Durchtrennung von Knochengewebe nahezu ohne Druck, wodurch das angrenzende Weichgewebe maximal geschont wird, was auch für den Patienten wesentlich angenehmer ist. Geringere Gefäßverletzungen und postoperative Schwellungen bedeuten im Nachgang eine schnellere Wundheilung und ein reduziertes Infektrisiko. Auf struktureller und zellulärer Ebene schädigen Piezo-Geräte den Knochen weniger als herkömmliche Systeme. Ferner helfen sie durch ihre effiziente laminare Kühlung thermische Schäden zu reduzieren. Die Auswahl an Geräten ist auf beiden Seiten groß und entwickelt sich beständig fort, sodass jeder Behandler seine Arbeitsmethoden kontinuierlich optimieren sollte. Die nachstehende Übersicht soll Ihnen dabei helfen, das für Sie ideale Produkt zu wählen, um Ihre Patienten bestmöglich behandeln zu können. ■

Anmerkung der Redaktion

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



Chirurgieeinheiten

Firma	Modellname	Hersteller	Vertrieb	Induktionsmotor/bürstenlos		Motorsystem		Kühlung		Garantie	Preis in €
				Kohlebürsten-Motor	extern	intern	nicht erforderlich	1 Jahr	2 Jahre		
Acteon	I-Surge	Satelec (Acteon Group)	Acteon Germany GmbH, Fachhandel	●	●			●			3.990,00
	Implant Center (Kombigerät)	Satelec (Acteon Group)	Acteon Germany GmbH, Fachhandel	●	●			●			8.490,00
ADSystems	BMS Implant-Endo Motor II	Esacrom S.r.l.	American Dental Systems	●	●			●			2.890,00
	SurgySonic Moto	Esacrom S.r.l.	American Dental Systems	●	●			●			ca. 6.990,00
Astra Tech	W&H Implant Unit SI 923	W&H Dentalwerk GmbH	Astra Tech GmbH	●	●			●			ca. 2.420,00
Bien-Air	Chiropro 980	Bien-Air Dental SA, Schweiz	Dentaldepts/Fachhandel	●			●	●**			4.788,00
BIOMET 3i	OSSEOCISION™	NSK, Japan	BIOMET 3i/ Deutschland GmbH	●	●	●		●			3.686,00
BTI	DrillTech	W&H Dentalwerk Bürmoos GmbH	BTI Deutschland GmbH	●	●			●			2.995,00
DENTSPLY Friadent	FRIOS® Unit S/i	W&H exkl. für DENTSPLY Friadent	DENTSPLY Friadent (Friadent GmbH)	●	●			●			2.190,00
HKM	Surgi Set Basic	HKM Dentale Medizinische Produkte	HKM, ZL-Microdent, Wolf Dental	●	●	●		●			2.520,00
	Surgi Set Pro 500	HKM Dentale Medizinische Produkte	HKM, ZL-Microdent	●	●	●		●			4.900,00
IMTEC	AEU-7000IM	Aseptico	IMTEC Europe GmbH	●	●	●		●			ca. 2.999,00
	AEU-707 Av2	Aseptico	IMTEC Europe GmbH	●	●			●			ca. 1.499,00
KaVo	INTRASurg 300	KaVo Dental GmbH	Fachhandel	●	●	●		●			3.478,00
	INTRASurg 300 plus	KaVo Dental GmbH	Fachhandel	●	●	●		●			4.641,00
	INTRASurg 1000	KaVo Dental GmbH	Fachhandel	●	●	●		●			6.020,00
	INTRASurg 1000 Air	KaVo Dental GmbH	Fachhandel	●	●	●		●			7.740,00
MIS	MCU-MIS	W&H Dentalwerk	MIS Implant Technologies GmbH	●	●			●			2.350,00
Nemris	Implanteo	Anthogyr	Nemris GmbH & Co. KG	●	●	●		●			ca. 2.995,00
Nobel Biocare	OsseoSet™ 200	Welt Deutschland GmbH & Co. KG	Nobel Biocare Deutschland GmbH	●	●	●		●			4.300,00
Nouvag	SM 12	Nouvag AG	Dentaldepot	●	●	●		●			ca. 2.400,00
	MD 10	Nouvag AG	Dentaldepot	●	●	●		●			ca. 2.200,00
	MD 20	Nouvag AG	Dentaldepot, BioHorizons GmbH	●	●	●		●			ca. 2.700,00
	Micro-Dispenser 8000	Nouvag AG	Dentaldepot		●	●	●		●		ca. 2.200,00
NSK	Surgic XT	Nakanishi Inc., Japan	Dentalfachhandel, Straumann GmbH	●	●	●		●			ca. 3.200,00
	Surgic XT Plus	Nakanishi Inc., Japan	Dentalfachhandel, Straumann GmbH	●*	●	●		●			ca. 4.200,00
o.m.t	Surgi Set Basic Plus	thomas harscher medical device factory	o.m.t GmbH	●		●		●			2.499,00
OSSTEM	OSM2	W&H Dentalwerk	OSSTEM Germany GmbH	●	●	●		●			2.830,00
Straumann	SEM 2	Nouvag AG	Straumann GmbH	●	●	●		●			2.990,00
W&H	elcoMED SA-200C	W&H Deutschland	Dentalfachhandel	●	●			●			6.165,00
	implantMED	W&H Deutschland	Dentalfachhandel, m&k, MIS, BEGO	●	●			●			2.390,00
thomas harscher medical device factory	Surgi Set Basic Plus	thomas harscher medical device factory	thomas harscher medical device factory, Wolf Dental	●	●	●		●			ca. 2.980,00
XO-Care	XO Osseo-System	XO CARE A/S	GPS GmbH	●	●	●		●			ca. 4.300,00
Zimmer Dental	Surgical Motor System	W&H Dentalwerk	Zimmer Dental GmbH	●	●			●			2.350,00

* mit Licht ** Motor: 18 Monate

Piezo-Geräte

Firma	Modellname	Hersteller	Vertrieb	Steuerung der Schwingfrequenz		Schwingungsamplitude		Art d. Instrumenten-		Garantie	Preis in €
				automatisch elektronisch	manuell	horizontal	vertikal	extern	intern		
Acteon	ImplantCenter (Kombigerät)	Satelec by Acteon Group	Acteon Germany GmbH, Fachhandel	●							ab 8.940,00
	PIEZOTOME	Satelec by Acteon Group	Acteon Germany GmbH, Fachhandel	●		●		●			ab 4.500,00
ADSystems	Surgy Sonic II	American Dental Systems GmbH	American Dental Systems GmbH	●			●				3.990,00
EMS	Piezon Master Surgery	EMS Schweiz Nyon	EMS München	●		●	●	●			ca. 5.950,00
mectron	PIEZOSURGERY®	mectron S.p.A.	mectron Deutschland Vertriebs GmbH	●		●	●	●			5.290,00
NSK	VarioSurg	NSK Nakanishi Inc.	Fachhandel	●		●	●	●			ca. 5.950,00***

*** zzgl. MwSt.

Die minimalinvasive Schalenteknik zur Knochenaugmentation

Zum präimplantologischen Knochenaufbau steht die ultraschallgestützte SonicWeld-Technologie – eingeführt durch Dr. Gerhard Iglhaut – zur Wahl. Der dreidimensionalen Kieferkammrekonstruktion kam die Festigkeit der resorbierbaren PDLLA-Membran zugute. Das Ziel, knöcherne Blocktransplantate zu vermeiden, konnte der Autor mit dieser Methode schon in mehr als 40 Fällen sehr erfolgreich umsetzen.

Dr. Gerhard Iglhaut/Memmingen

■ Die Wiederherstellung eines geeigneten Implantatlagers nach Zahnverlust hängt von einer Vielzahl von wichtigen Faktoren ab: Der kompletten knöchernen Wiederherstellung des Knochendefekts mit ausreichender Knochengüte und Knochenvolumen wurde zunächst das Hauptaugenmerk zugewandt. Die Bedeutung wichtiger Sekundärfaktoren wie z.B. eines harmonischen Weichgewebsverlaufs mit dickem Morphotyp, einer vitalen Blutversorgung sowie eines narbenarmen und spannungsfreien Wundverschlusses in der ästhetischen Zone wurden und werden jedoch oft unterschätzt.

In der Wiederherstellung von Knochendefekten haben sich heute Auflagerungsplastiken mit Knochenblöcken bewährt und zu einem wichtigen Standardverfahren etabliert. Dennoch sollte die Indikationsstellung enggestaffelt sein:

– Die Verwendung von Knochentransplantaten bedeutet immer ein zweites Operationsfeld mit möglichen negativen Begleiterscheinungen wie Schmerzen, Morbidität, Infektionsgefahr und Narbenbildung.

– Die Operation birgt die Gefahr der Wunddehiszenz mit Verlust des Transplantates.

– Zellarme kortikale Blöcke können nur bedingt knöchernen Integration zeigen.

– Während der Fräsung des Implantatbettes kann es folglich zum Ablösen des Transplantates von der knöchernen Unterlage kommen.

– Spongiöse Knochenblocktransplantate aus der Hüftregion zeigen starke Resorptionstendenzen.

Um dies zu vermeiden, entwickelte Khoury eine Methode des horizontalen und vertikalen Knochenaufbaus mit kortikalen Knochenscheiben, die er aus Blocktransplantaten der Retromolarregion nahe der Linea obliqua entnahm. Damit gelingt es, einen dreidimensionalen, lagestabilen Raum zur Wiederherstellung des Alveolarkammes aufzubauen. So lässt sich eine volumenstabile, resorptionsarme Knochenregeneration bei deutlich geringerem Knochenbedarf erzielen. Der größte Nachteil besteht allerdings in den gehobenen technischen Anforderungen, die diese technisch sensitive Methode an den Operateur stellt. Weiter kann dem

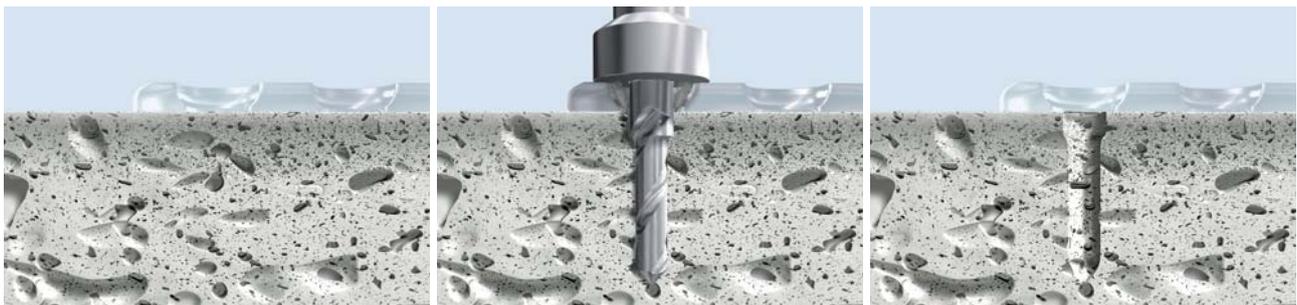


Abb. 1–5: Osteosynthese mit SonicWeld Rx. – Abb. 1: Platte/Mesh erwärmen und anpassen. – Abb. 2: Loch vorbohren. – Abb. 3: SonicPin Rx aufsetzen.

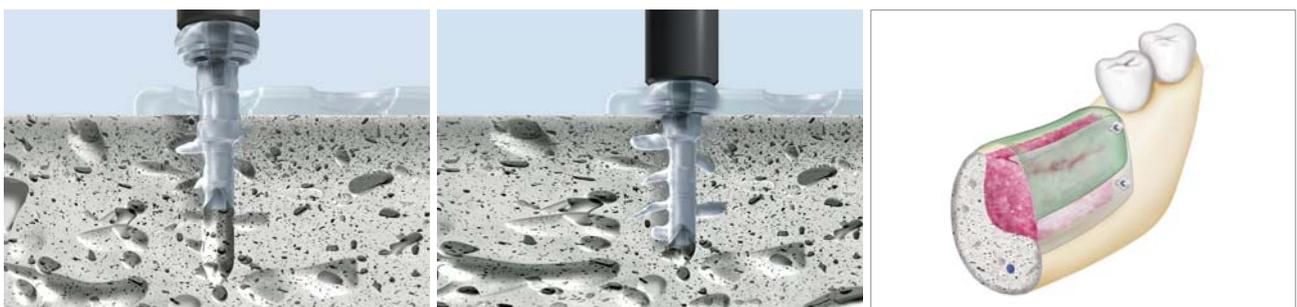


Abb. 4: Die Sonotrode bringt den SonicPin Rx mittels Ultraschall zur Verflüssigung an der Oberfläche und somit zum Eingleiten. – Abb. 5: Der SonicPin Rx verbindet sich mit der Platte/Mesh und dringt in die knöchernen Hohlräume ein. – Abb. 6: Schematische Grafik der Schalenteknik mit vollständig synthetischem resorbierbarem Material (klar: die PDLLA-Membran, seitlich mit SonicPins Rx angeschweißt, grün: Kollagenmembran).

Der Alleskönner

ein Implantat – fünf austauschbare Aufbauverbindungen

Der 1,5° bakteriendichte, mikrobewegungsfreie und spaltfreie Konus. Das Original mit über 10 Jahren der Verbindungserfolg in Deutschland.

€ 79,00

je Index Implantat mit Einbringer/Labortransfer und Verschlusschraube, fünf austauschbare Aufbauverbindungen

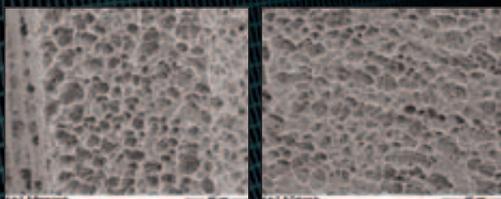
€ 59,00

je Non-Index Implantat mit Einbringer/Labortransfer und Verschlusschraube, drei austauschbare Aufbauverbindungen

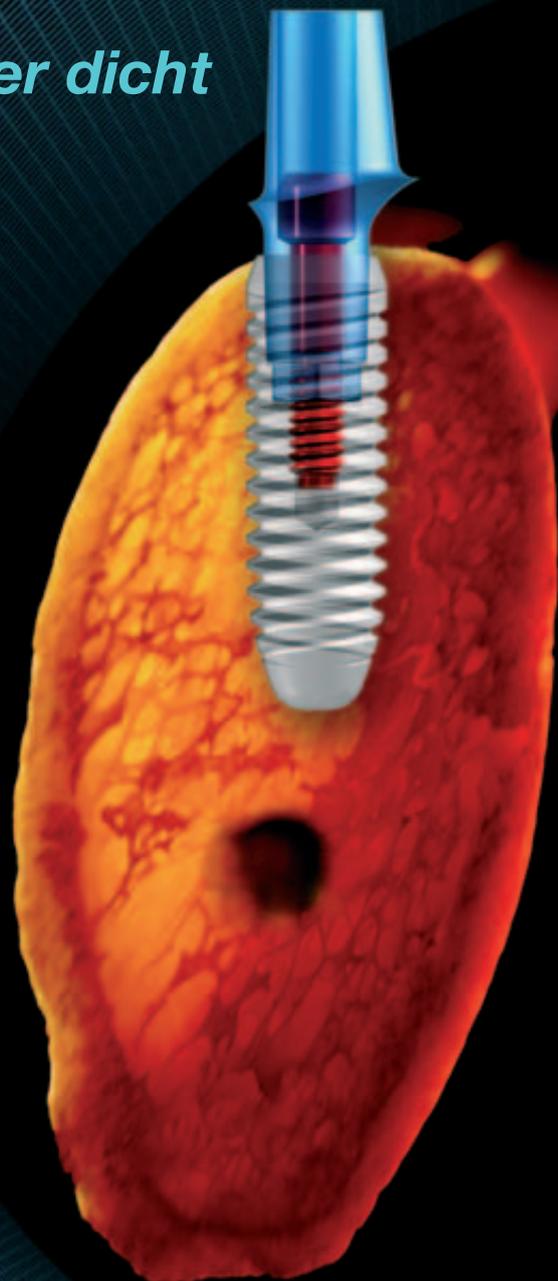
Deutsch-Schweizer Fertigung und Know-how
Kein Mengenzwang

Immer sicher – Immer dicht

- interne 1,5° Konusverbindung mit fünf kompatiblen Aufbau-Verbindungs-Möglichkeiten und 1,5° Bicon-Konus-kompatibel
- bakteriendichte Verbindung auf krestaler und subkrestaler Ebene, maximal 2 oder 3 mm Austrittsprofil aus dem Sulkus
- 2-fach Gewindedesign zur erhöhten Oberfläche
- 0,1% Gewindesteigung zur Erhöhung der Primärstabilität
- Kompressionsgewinde zur Knochenverdichtung
- variabel und vom Behandler oder Techniker zu bestimmende prothetische Stufe
- Aufbau- und Implantat-Verbindung ohne Mikrospace
- TapLoc® und TwistLoc® Verbindung ohne Schrauben oder Kleben
- Fertigung auf 0,001mm Toleranzen für präzise Übertragungen und Passgenauigkeiten
- PeriSchluss® Implantatschulter zum Knochen-erhalt, Knochenzuwachs und dem Erhalt des Weichgewebes
- KonusTip für eine schonende und sichere Sinusbodenelevationsinsertion
- OsteoActive® Oberfläche für schnelles und sicheres Einheilen und Osteointegration



Osteo ACTIVE



Einfach perfekt!

k3pro
KONUS DENTAL IMPLANTS

Information & Distribution

Argon DENTAL
Mainzer Str. 346, D-55411 Bingen am Rhein
Fon: 06721-3096-0, Fax: 3096-29
www.KONUS-IMPLANTATE.de, info@KONUS-IMPLANTATE.de

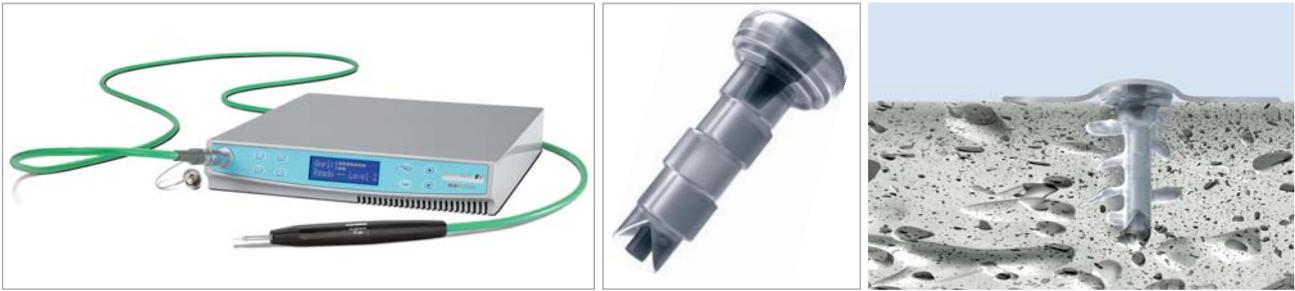


Abb. 7: Herzstück der SonicWeld-Technologie: Der SonicWelder Rx erzeugt genau definierte Ultraschallimpulse, welche die SonicPins an deren Oberfläche zum Einschmelzen bringen. – **Abb. 8:** Die SonicPins Rx sind spezielle kleine resorbierbare Nägelchen. – **Abb. 9:** SonicWeld-Membranen können auf die zuvor gesetzten SonicPins Rx aufgeschweißt werden. So ist das Setzen der Pins unter voller Sicht möglich.

Patienten eine traumatische Transplantatentnahme nicht erspart bleiben.

Mit der SonicWeld-Rx®-Technologie eröffnete sich für den Operateur erstmals eine Methode, eine stabile 3-D-Rekonstruktion mit verformbaren, resorbierbaren Schalen durchzuführen. Als besonders vorteilhaft erwies sich, dass sich für den Patienten und Behandler der Zweiteingriff erübrigt. Bei diesem Verfahren erzeugt ein Ultraschallgenerator eine genau definierte Frequenz, welche über eine Sonotrode gebündelt wird. Wird nun ein resorbierbarer Pin auf ein vorgebohrtes Bohrloch aufgesetzt, so sorgt die Schwingung für eine Verflüssigung der Pinoberfläche an dessen Rändern und führt so zu einem Eingleiten des Pins in das Bohrloch. Durch die Änderung des Aggregatzustandes dringt der Pin auch in die knöchernen Hohlräume vor, die von einer gewöhnlichen Knochenschraube niemals erreicht werden könnten. Das erklärt eine bislang ungekannt hohe initiale Festigkeit. Weiter verbindet sich der Pinkopf mit dem Implantatträger Membran oder Platte und sorgt mit einem Verblockungsmechanismus für ein ein-drucksvoll stabiles dreidimensionales Konstrukt. Im Gegensatz zu früheren resorbierbaren Pins ist das Ein-

bringen (besser Einschmelzen) der SonicPins Rx technisch sehr einfach und Pinbrüche treten praktisch nicht mehr auf. Spezielle Winkelsonotroden sorgen dafür, dass Pins auch in anatomisch schwer zugänglichen Regionen problemlos einzusetzen sind. Mittels Glättsonotroden können Materialüberstände oder Überwürfe geglättet und mit dem ortständigen Knochen verschweißt werden.

Mehr noch als die Festigkeit der resorbierbaren Pins beeindruckte den klinischen Praktiker noch die Rigidität der SonicWeld-Membranen. Die Membranen lassen sich durch Aufwärmen sehr gut vorformen und formgenau einstellen. Einmal abgekühlt, behalten sie die gewählte Form verlässlich bei und fallen nicht wieder in ihre Ursprungsform zurück. Die dreidimensionale Formstabilität ist ein prinzipielles Unterscheidungsmerkmal zu den sonst üblichen Membranen am Markt. So lag die Überlegung praktisch auf der Hand, die kortikalen Knochenscheibchen der bislang praktizierten Schalenteknik durch die rigiden und formstabilen synthetischen Membranen aus reinem, amorphen PDLLA (Poly-D-L-Laktid) zu ersetzen. Das Augmentat selbst ist eine Mischung zu ca. 50/50 % aus partikuliertem Eigenknochen

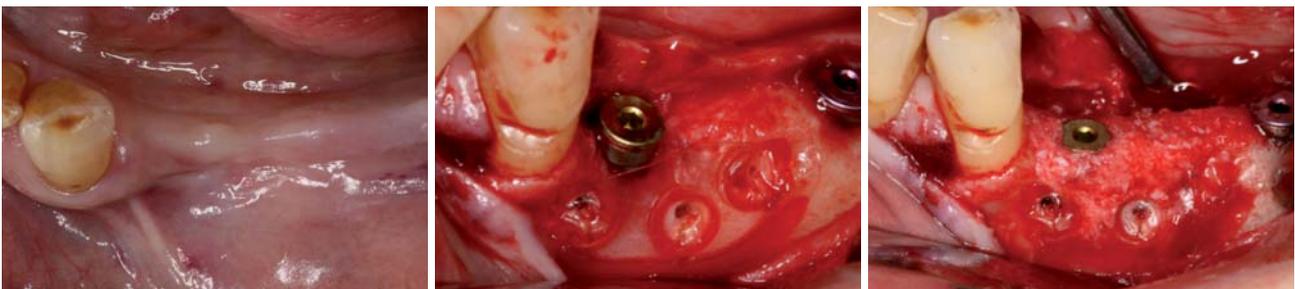


Abb. 10: Ausgangssituation eines bukkalen Defektes in Regio 34–36. – **Abb. 11:** Seitlich unterstützte Sofortimplantation mit 0,1 mm-PDLLA-Membran. – **Abb. 12:** Komplette 3-D-Volumenrekonstruktion.

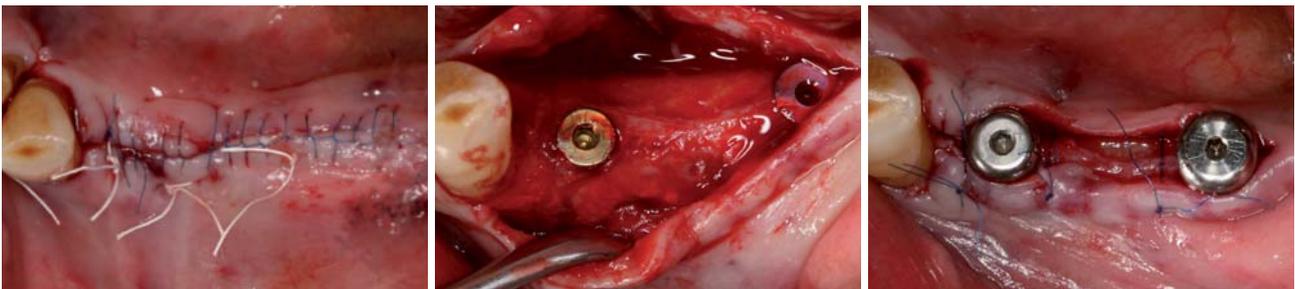


Abb. 13: Ein spannungsfreier Wundverschluss ist ein Schlüsselfaktor. – **Abb. 14:** Auch sechs Monate nach der OP ist das Rekonstruktionsergebnis stabil. – **Abb. 15:** Verschiebelappenplastik für eine stabile Weichgewebsstruktur.

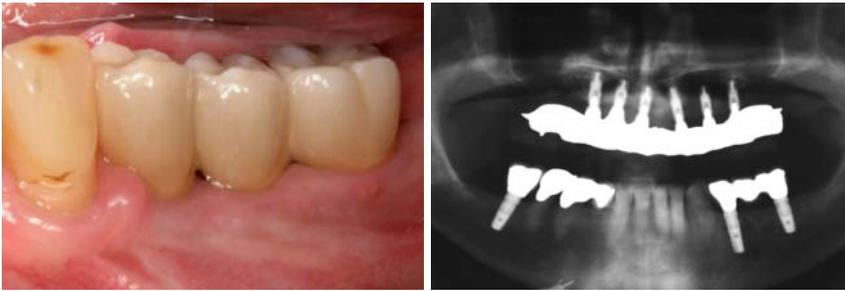


Abb. 16: Prothetische Versorgung. – Abb. 17: OPG ein Jahr post OP.

und deproteinierter, boviner Knochenmatrix (BioOss®). Für den Patienten kann damit der Entnahmeeingriff auf ein Minimum reduziert werden und für den Operateur entfällt die technikintensive Präparation der Knochen-scheibchen. Ein weiterer positiver Effekt ist dabei die Tatsache, dass es dem Operateur möglich ist, zuerst die SonicPins Rx unter voller Sicht in die Augmentatregion einzubringen und erst dann die resorbierbare Membran auf die zuvor gesetzten SonicPins aufzuschweißen.

In der kritischen Abdeckung des Kieferkamms nutzt der Autor diffusionsfördernde Kollagenmembranen oder auch Kollagenschwämmchen, die ihm die bestmögliche Durchblutung der Inzisionsregion und speziell des Wundlappens gewährleisten. Sollten dennoch Wundheilungsstörungen oder Dehiscenzen auftreten, so wird die kollagenbedeckte Wundregion immer dazu tendieren, sich durch sekundäre Wundheilung wieder zu verschließen. Ein Verlust des Augmentates ist somit vermeidbar.

Ein primärer Wundverschluss ist in der Regel mit minimalinvasivem Weichgewebsmanagement zu erreichen. Entscheidend ist ein spannungsfreier Gewebelappen, der die Augmentatregion frei von Bewegung bedeckt. Eine sorgfältige und gewebeschonende Präparation dieses Gewebelappens stellt einen Schlüsselfaktor für den Operationserfolg dar. Ziel muss es sein, dass sich die postoperative Weichgewebssituation nach der Operation in Farbe und Form ähnlich wie vor der OP darstellt. Erst dann hat der Operateur wirklich sorgfältig gearbeitet und kann die bestmögliche Prognose für seinen Patienten erwarten.

In der Nahttechnik wird vom Autor zwischen Halte- und Adaptionnähten unterschieden. Die Haltenähte bestehen aus PTFE und werden nahe der mukogingivalen Grenze innerhalb der befestigten Schleimhaut gesetzt. Sie halten den Lappen lagestabil und nehmen die muskulären Zugkräfte auf. Krestal sorgen sehr feine Adaptionnähte aus Seralene 6.0 bis 7.0 für perfekte Adaption der Wundränder und sichern eine komplikationslose und geschlossene Ausheilung. In ständigen bundesweiten Kursen werden solche Details geschult und auch realitätsnah am Tierkiefer geübt (nähere Informationen unter www.adsystems.de).

Der Gedanke geht bereits in Richtung Prophylaxe von Knochenschwund: Wenn ich mir als Kliniker vergegenwärtige, dass man nach einem Jahr bereits einen Knochenverlust von rund 50 % horizontal vorfinden wird, wovon 2/3 bereits in den ersten drei Monaten aufgetreten sind, so muss ich immer bei der Extraktion eines Zahnes an mein Folgekonzept denken. Ziel sollte es sein, Atrophien erst gar nicht entstehen zu lassen, sondern sofort mit einem resorbierbaren Platzhalter für stabile räumliche Verhältnisse zu sorgen und die Alveole knöchern zu füllen. ■

■ KONTAKT

Dr. Gerhard Iglhaut
Bahnhofstraße 20
87700 Memmingen
E-Mail: dr.iglhaut@t-online.de

Das Original

jetzt auch mit Hohlkehle

Neu



K.S.I.

20 Jahre Langzeiterfolg

K.S.I. Bauer-Schraube

Eschenstraße 14 • 61351 Bad Nauheim

TL 06032/31912 • FX 06032/4507

Kasuistik: Ästhetik erlangen mit einem ausgewählten System

Implantate dienen als Ersatz für verlorene Zähne – klar. Verlorene Zähne heißt auch immer Verlust von Knochen – das weiß man. Je nach Volumenverlust sind vor der Insertion von Implantaten, insbesondere im ästhetischen Bereich, häufig rekonstruktive Maßnahmen an Knochen und Weichgewebe erforderlich. Gerade nach Augmentationen ist die Implantation jedoch anspruchsvoll und bedarf großer Sorgfalt, da der transplantierte Knochen zum Beispiel im Rahmen von Blockaugmentationen in der Regel noch nicht vollständig revitalisiert und umgebaut ist.

Dr. Arndt Happe/Münster

■ Eine wichtige Rolle spielt der Kontakt zwischen Implantat und Knochen. Auf der einen Seite ist eine hohe Primärstabilität erforderlich und andererseits darf insbesondere der kortikale Knochen nicht zu stark komprimiert werden. Das Makrodesign des XiVE® Implantats (DENTSPLY Friadent) ist auf die unterschiedliche Dichte der Knochenschichten abgestimmt. Der Teil des Implantates, der im spongiösen Knochen liegt, verfügt über ein sehr effektives, selbstschneidendes Gewinde. Dadurch kann die erforderliche Primärstabilität auch in Knochen mit reduzierter Qualität erreicht werden. Im zervikalen Bereich ist der Implantatkörper nahezu parallelwandig und die Gewindgänge weniger stark ausgeprägt, wodurch eine zu starke Kompression des Knochens, die damit verbundene Überbelastung und die daraus möglicherweise resultierende Atrophie vermieden wird. Zusammen mit dem Spiralbohrer krestal und dem Gewindeschneider kann man eine auf die Knochenqualität ab-

gestimmte Präparation des Implantatlagers erreichen. Neben dem Makrodesign ist für den Erfolg auch das Mikrodesign des Implantates nicht zu vernachlässigen. Die seit vielen Jahren bewährte FRIADENT® plus Oberfläche ist gestrahlt und geätzt. Dies ermöglicht eine gute Benetzung mit Blut bzw. Fibrin als wichtige Voraussetzung für eine rasche Osseointegration. Die Oberfläche erfüllt somit nach dem allgemeinen wissenschaftlichen Konsens die Anforderungen einer modernen Implantatoberfläche.

Oft sind es die kleinen, unscheinbaren und eventuell als unwichtig eingestuften Details, die ein System ausmachen. Die Bedeutung derartiger Aspekte wird zum Teil erst im Laufe der Anwendung bemerkt. Dies soll am Beispiel der knochenspezifischen Aufbereitung für eine atraumatische Platzierung im harten sowie augmentierten Knochen illustriert werden. Eine wichtige Rolle spielt dabei die Gestaltung der Vorbohrer. Die XiVE® Spiralbohrer haben im Bereich der Boh-



Abb. 1–3: Der Verlust des Zahnes 12 führte zum horizontalen und vertikalen Knochenabbau. Die Narbenbildung infolge einer Wurzelspitzenresektion erschwerte die Situation zusätzlich.



Abb. 4: Entnahme eines Knochenblocks aus der retromolaren Region. – **Abb. 5:** Mithilfe des Knochenblocks und Knochenersatzmaterial wird die Kontur des Kieferkamms wiederhergestellt. – **Abb. 6 und 7:** Die Kollagenmembran deckt den augmentierten Bereich ab.

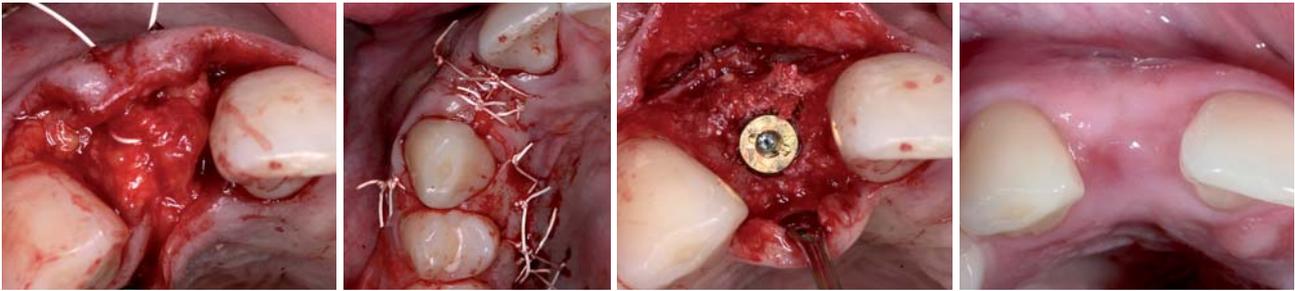


Abb. 8: Der Verschluss erfolgt zweischichtig. – **Abb. 9:** Gestieltes Bindegewebestransplantat zur Augmentation des Weichgewebes. – **Abb. 10:** Vier Monate nach der Augmentation wurde das XiVE® Implantat inseriert. – **Abb. 11:** Die Augmentation von Knochen und Weichgewebe war erfolgreich und bietet eine gute Ausgangsbasis für ein ästhetisches Gesamtergebnis.

erspitze eine Anphasung. Sie wurde so gestaltet, dass ein ruhiges Einfahren des Spiralbohrers in den Bohrstollen gewährleistet ist. Die Laufruhe des Bohrers ist bei der Aufbereitung des Implantatbettes von entscheidender Bedeutung, da so beispielsweise auch das Beschädigen dünnerfazialer Knochenstrukturen und eine Lockerung von noch nicht vollständig integrierten Knochenstransplantaten vermieden werden kann.

Die prothetischen Optionen für eine erfolgreiche Ästhetik

Neben diesen chirurgischen Aspekten müssen Implantatsysteme eine optimale prothetische Versorgung gewährleisten. Dabei spielt neben funktionellen Aspekten heute die Ästhetik eine Schlüsselrolle. Basierend auf den Wünschen der Patienten nach perfekten ästhetischen Lösungen muss ein zeitgemäßes Implantatsystem eine Versorgung mit vollkerami-

schen Komponenten ermöglichen. Das Material der Wahl ist Zirkoniumdioxid. In-vitro-Versuche haben gezeigt, dass Aufbauten aus Zirkoniumdioxid signifikant höhere Bruchfestigkeiten haben als Aufbauten aus Aluminiumoxidkeramiken.¹ Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass Zirkoniumdioxid im Vergleich zu Titan eine bessere Gewebeeintegration ermöglicht und eine geringere Plaqueakkumulation hat.^{2,3} Die lichteoptischen Eigenschaften von Keramik sind ohne Frage besser als bei metallischen Aufbauten. Im sichtbaren Bereich und insbesondere bei dünner Gingiva erreicht man mit Abutments aus Zirkoniumdioxid deutlich bessere Ergebnisse. Das gräuliche Durchschimmern metallischer Abutments durch das Weichgewebe gehört der Vergangenheit an. Der CERCON® Aufbau des XiVE® Implantatsystems ist einer der wenigen auf dem Markt, die vollständig aus Zirkoniumdioxid gefertigt sind. Ein Verkleben mit einer Metallbasis ist nicht notwendig, wodurch eine potenzielle Fehlerquelle ausgeschaltet werden kann. Präklinische Versuche haben gezeigt, dass es auch nach multiplen Wechselbelastungen keine Lockerungen des Aufbaus oder der Halteschraube gibt. Dies deckt sich mit meinen klinischen Erfahrungen. Als weiterer Vorteil kann die Möglichkeit des direkten Aufbrennens der Dentalkeramik zur Individualisierung des Aufbaus genannt werden. An einem Beispiel aus meiner Praxis möchte ich den Weg zu einer nachhaltigen und kosmetisch anspruchsvollen Versorgung zeigen.

Fallbericht

Ein 22-jähriger Patient verlor aufgrund einer Längsfraktur den Zahn 22. Dem vorausgegangen sind verschiedene endochirurgische Interventionen alio loco. Aufgrund der endoparodontalen Läsion und der vorausgegangenen chirurgischen Interventionen ging horizontal und vertikal offenbar viel Knochensubstanz verloren. Es blieben Vernarbungen und Defektheilung bestehen (Abb. 1–3). In Anbetracht der primär gesunden Nachbarzähne ist die einzig vertretbare Therapie eine implantatgetragene Krone. Bei diesem Befund ist die Insertion eines Implantates ohne Knochenaufbau nicht möglich. Mithilfe eines Blocktransplantats aus der retromolaren Region von 48 (Abb. 4) wurde der Defekt zunächst augmentiert. Zusätzlich kamen noch Knochen-

ANZEIGE

OEMUS MEDIA AG
Veranstaltungen 2009

6. Leipziger Forum für Innovative Zahnmedizin
4./5. September 2009 in Leipzig ▶▶ www.event-fiz.de

EUROSYMPOSIUM/4. Süddeutsche Implantologietage
18./19. September 2009 in Konstanz ▶▶ www.eurosymposium.de

39. Internationaler Jahreskongress der DGZI
9./10. Oktober 2009 in München ▶▶ www.event-dgzi.de

26. Jahrestagung des BDO
13./14. November 2009 in Berlin ▶▶ www.event-bdo.de



Abb. 12: Das Freilegen des Implantates erfolgt mit der „Split-finger-technique“. – **Abb. 13:** Der individualisierte CERCON® Aufbau und die Keramikkrone vor der Eingliederung. – **Abb. 14:** Die eingegliederte Krone. – **Abb. 15:** Perfekter Sitz von Implantat und Krone.

ersatzmaterial und eine Kollagenmembran zur Anwendung (Abb. 5–7). Das Augmentat wurde schließlich zweischichtig mit einem gestielten Bindegewebs-Transplantat aus dem palatinalen Bereich von 13 und 14 gedeckt (Abb. 8 und 9). Die Entnahmestelle kommunizierte mit dem OP-Bereich. Das gestielte Transplantat wurde in den defizitären Bereich einrotiert, wodurch der Bereich zusätzlich weichgewebig augmentiert und eine zweischichtige Deckung des Knochenaugmentates gewährleistet werden konnte. Die Implantatinsertion (XiVE® 3,8x13) fand vier Monate nach der Augmentation statt (Abb. 10). Nach drei Monaten gedeckter Einheilung (Abb. 11) erfolgte die mikrochirurgische Freilegung mittels „Split-finger-technique“ (Abb. 12). Im entsprechenden Laborprozess wurde der CERCON® Aufbau individualisiert, die Vollkeramikkrone hergestellt (Abb. 13)

und nach dem Einschrauben des Abutments die Krone adhäsiv befestigt (Abb. 14). Das abschließende Röntgenbild dokumentiert die Arbeit (Abb. 15). ■

Zahntechnische Leistungen durch:
ZT Andreas Nolte, Münster.

Eine Literaturliste kann in der Redaktion angefordert werden.

■ KONTAKT

Dr. Arndt Happe

Schützenstraße 2, 48143 Münster

Tel.: 02 51/4 50 57

E-Mail: info@dr-happe.de

ANZEIGE

20% Rabatt
55 €
statt 69 €

IMPLANTOLOGIE
Handbuch

'09

- » Rund 300 Seiten
- » über 350 farbige Abbildungen
- » Produktvorstellungen
- » Marktübersichten
- » Klinische Fallberichte

Faxsendung an
03 41/4 84 74-2 90

Jetzt bestellen!

Bitte senden Sie mir das aktuelle Handbuch Implantologie '09 zum Preis von 55 €. Der Preis versteht sich zzgl. MwSt. und Versandkosten. (Rückgabe nur in unversehrtem Zustand innerhalb von 7 Tagen.)

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon/Fax:

E-Mail:

Unterschrift:

Praxisstempel

o2m113

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

CU 3/09

Fragen Sie nach unserer
„Rückkauf-Aktion“!

The Power of Piezo Bone Surgery

- 3-mal höhere Ultraschalleistung für eine weltweit einzigartige Schnelligkeit
- Mit großem, benutzerfreundlichen 5,7"-Touchscreen und progressivem Multifunktionsfußschalter mit PiezoTouch-Funktion (exklusiv bei Satelec)
- Leistungsstarke LED-Lichthandstücke für eine optimale OP-Sicht mit 100.000 Lux

Jetzt mit Licht!

PIEZOTOME
Piezo • Ultrasonic • Surgery • Unit

- **2 Funktionsmodi:**
Piezotome - speziell für die Knochenchirurgie (Schonung des Weichgewebes)
Newtron - für konventionelle Behandlungen (Periimplantitis, Paro, Endo etc.)
- Automatische Erkennung des Piezotome- oder Newtron-Handstücks

IMPLANTCENTER
Piezo • Ultrasonic • Surgery & Implantology Unit

- **3 Funktionsmodi:**
Piezotome - für die präimplantologische Chirurgie
I-Surge - leistungsstarker Implantologie-Mikromotor (100 bis 40.000 UpM)
Newtron - für konventionelle Ultraschall-Behandlungen

Umfangreiches Instrumenten-Sortiment (optional) für alle Satelec Indikationen wie Bone Surgery, Externer Sinuslift sowie:



Infos unter:
HOTLINE: 0800 / 728 35 32
oder bei Ihrem Depot!
Besuchen Sie uns unter:
www.de.acteongroup.com



Einsatz von Kurzimplantaten bei Hypästhesie des N. alveolaris inferior

In den letzten zehn Jahren wurde in der oralen Implantologie ein besonderes Merkmal auf Implantate mit einer reduzierten Länge (> 10 mm) gelegt und somit die alten Richtlinien über die notwendige Implantatlänge infrage gestellt (Renouard 2006). So haben Kurzimplantate mit bestimmten Designmerkmalen gezeigt, dass ihr klinischer Langzeiterhalt vergleichbar mit dem der konventionellen, längeren Implantaten ist (Gentile 2005).

Prof. Dr. Mauro Marincola/Rom, Vincent Morgan, DMD/Boston, Prof. Andrea Cicconetti/Rom, Jessica Betz/Bingen

■ Ein 52 Jahre alter männlicher Patient stellte sich in unserer Praxis vor und schilderte uns seine vergangene Behandlungsgeschichte. Vor ca. sechs Jahren wurde er in einer anderen Praxis im Unterkiefer Regio 35–37 und Regio 44–46 mit Implantaten einer uns nicht bekannten Länge und unbekanntem Hersteller versorgt. Laut seiner Schilderung bekam er nach der Insertion der Implantate Beschwerden. Der Patient beschrieb diese Beschwerden „Stromschläge ähnelnd“ und der damalige Behandler beschloss, nach Feststellung einer linken und rechten Hypästhesie des N. Alveolaris inferior, die Implantate wieder zu entfernen. Seitdem musste sich der Patient mit einer einfachen Modellgussprothese arrangieren, konnte sich mit der Qualität aber nie zufriedengeben und beschloss so, dieses Problem wieder in unserer Praxis anzugehen. Da wir in unseren Praxen schon sehr lange Zeit (seit 1997) erfolgreich mit den UltraShortImplants ($< 8,0$ mm) des Bicon Implantatsystem arbeiten, beschlossen wir auch in diesem sehr speziellen Fall mit diesen Implantaten den Patienten zu versorgen. Nach vorhergehender Röntgenaufnahme (Abb. 1), Ausmessung und Aufklärung des Patienten entschlossen wir uns, die Region der Prämolaren 34, 35, 44, 45 mit Bicon Implantaten mit einer Länge von 6,0 mm und einem Durchmesser von 4,5 mm zu verwenden und die Region der Molaren 36, 37, 46, 47 mit Bicon Implantaten mit einer Länge von 6,0 mm und einem Durchmesser von 5,0 mm zu versorgen. Diese 6,0 mm langen Implantate sollten genügend Abstand zum N. alveolaris inferior haben, um dem Patienten eine feste Versorgung mit Einzelzahnimplantaten und späterer restaurativer Versorgung mit Integrierten Abutment Kronen (IAC) ohne erneute Beschwerden zu ermöglichen. Der Zahn 34 muss aufgrund einer gescheiterten Wurzelkanalbehandlung und anschließendem Bruch während der Im-

plantationssitzung entfernt und durch ein Sofortimplantat ersetzt werden. Zahn 47 wurde eine Woche zuvor extrahiert und erhält ein verzögertes Sofortimplantat mit kombinierter Augmentation der Alveolarkavitäten des entfernten Molaren. Der Patient erhielt vor dem Eingriff nur eine Infiltrationsanästhesie. Grundsätzlich arbeiten wir im Unterkiefer nicht mit einer Leitungsanästhesie, um dem Patienten die Möglichkeit zu geben, uns eine evt. Sensibilität des Alveolarnervs anzuzeigen. Gerade bei diesem speziellen Fall ist uns das Empfinden des Patienten sehr wichtig, um eine erneute Hypästhesie des Alveolarnervs von vornherein zu vermeiden. Nach Entfernung der Wurzel 34 und Freilegung der Regio 35–37 als auch der Regio 44–47 wird mit dem Pilotbohrer ($\varnothing 2,0$ mm) bei 1.100/min und mit externer Wasserkühlung eine Pilotosteotomie in Richtung linguale Knochenwand präpariert (Abb. 2). Um die korrekte Position der späteren Implantate sicherzustellen, verwenden wir eine Bohrschablone, die uns die mesio-distale Position der Implantate vorgibt. Die optimale Position dieses Implantates wird 2 mm unterhalb des Knochenkammes erzielt, kann aber, abhängig von der vorzufindenden Knochenqualität und Knochenhöhe, zwischen 1 und 6 mm unterhalb des Knochenkammes eingesetzt werden. Dieses ermöglicht dem Implantologen den Implantatkörper in eine schützende Position einzubetten und den okklusalen Stress komplett von der Implantatschulter zu nehmen (Bozkaya 2004, Coelho 2007, Marincola 2008). Die Pilotbohrung erfolgt somit in eine Tiefe von 8 mm, die folgenden mechanischen Bohrer (Winkelstückbohrer, Abb. 3) weiten den Durchmesser der Pilotosteotomie in 0,5-mm-Schritten aus. Die Winkelstückbohrer besitzen zwei vertikale Schneidflächen, die mit nur 50/min ohne externe Wasserkühlung atraumatisch den Kno-

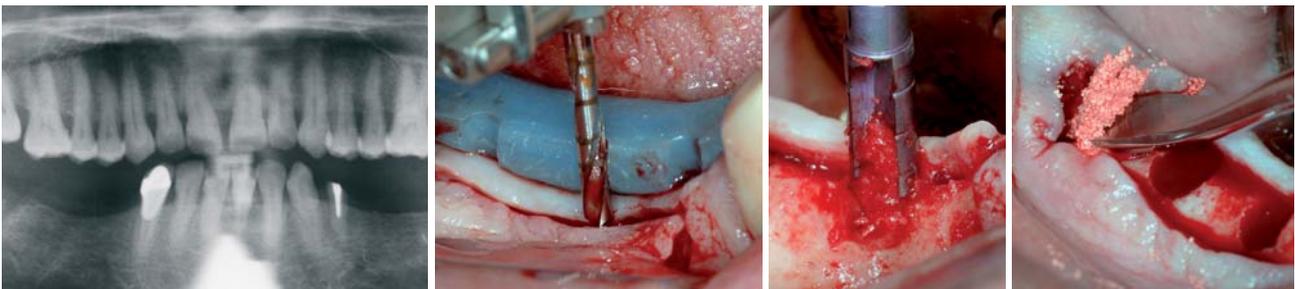
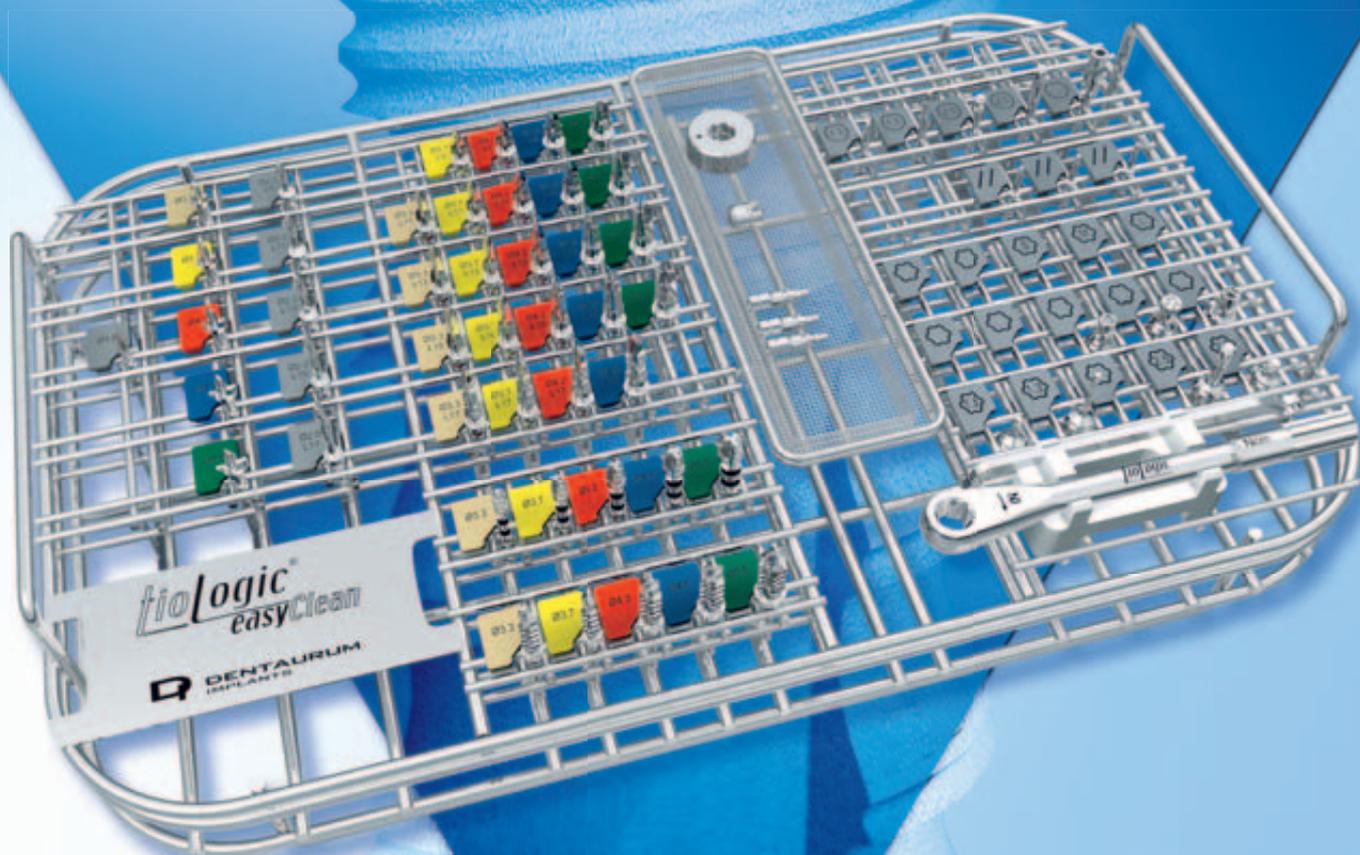


Abb. 1: Ausgangssituation. – **Abb. 2:** Pilotbohrung unter Verwendung einer Bohrschablone. – **Abb. 3:** Winkelstückbohrer sammeln autologen Knochen. – **Abb. 4:** Osteotomie in Regio 47 wird mit SynthoGraft™ aufgefüllt.

tiologic®

easyClean Reinigen – ganz einfach



Weltneuheit

Endlich möglich:
die maschinelle Aufbereitung des komplett bestückten Chirurgie-Tray



ausgezeichnet mit dem Siegel für **hohe Kundenorientierung**

D **DENTAURUM**
IMPLANTS

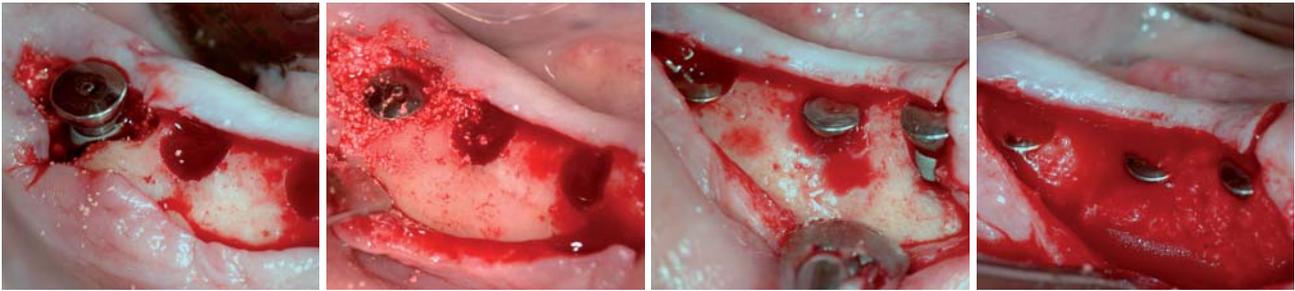


Abb. 5: Implantat in Regio 47 ist inseriert. – **Abb. 6:** Implantat in Regio 47 wird mit SynthoGraft™ bedeckt. – **Abb. 7:** Implantate in Regio 44, 45 und 46 in situ. – **Abb. 8:** Implantate in Regio 44, 45 und 46 sind komplett eingebettet.

chen abbauen (Chess, J.T. et al. 1990). Dieser autologe Knochen sammelt sich in den Kammern des Bohrers, wird aufbewahrt und für die Abdeckung der Osteotomie oder bei Augmentationsverfahren, wie z.B. bei vestibulären Knochendefekten oder bei einem internen Sinuslift verwendet. Ein weiterer sicherheitstechnischer Aspekt dieser Bohrer ist, dass sie an der Spitze nicht schneiden und somit Perforationen oder Nerventraumatisierungen vermeiden. Auch die Gefahr von Knochenschädigungen, z.B. durch Überhitzung, wird eliminiert. Bei dieser geringen Umdrehungsgeschwindigkeit der Bohrer ist es sehr wichtig, dass der Motor die Geschwindigkeit reduzieren kann, ohne den Torque zu drosseln. Man verwendet daher entsprechende Untersetzungswinkelstücke, um einen Torque von mindestens 38 Ncm zu erhalten und um mit ausreichend Kraft – gerade im sehr robusten Unterkieferknochen – arbeiten zu können. Nacheinander präparieren wir die Osteotomie für unsere geplanten Bicon Implantate. In unserem Fall werden Kurzimplantate mit einer Länge von 6,0 mm und einem Durchmesser von 4,5 und 5,0 mm benutzt. Diese Implantate bestehen aus einer Titaniumlegierung (TiAl6V4) und sind zusätzlich mit der Integra-CP™ Oberfläche versehen. Diese Oberfläche ist sandgestrahlt, säuregeätzt und zusätzlich durch ein Ionisierungsverfahren mit einer Mischung aus Kalziumphosphat und Hydroxylapatit beschichtet. Unsere Osteotomie endet mit dem 4,5 mm (für die Prämolarenregion) bzw. mit dem 5,0 mm Winkelstückbohrer (für die Molarenregion). Bei dem Bicon Implantat handelt es sich um ein sogenanntes PressFit Implantat, bei dem die Insertion wie folgt durchgeführt wird: Die Implantate werden mithilfe eines aus chirurgischem Teflon bestehenden Einheimpfosten (der jedem Implantat beiliegt) in die Osteotomie inseriert. Dieser Einheimpfosten dient – wie schon erwähnt – zum manuellen Inserieren des Implantates sowie, in gekürzter Form, als Verschluss des Implantatschachtes bei der gedeckten Einheilung, zum Schutz vor Einwachsen von Knochen- und Weichgewebematerial. Da die Implantate durch Einklopfen in ihre Endposition gebracht werden, kommt ein Pin (Implantat Platzierungsspitze \varnothing 3,0 mm) zum Einsatz, welcher auf den abgewinkelten Multifunktionsgriff aufgeschraubt und über diesen, mithilfe eines chirurgischen Hammers (Gewicht 250 g), die Implantate endgültig inseriert werden. Das einzigartige Design des Implantates ermöglicht eine straffe Retention (Primärstabilität) in der Osteotomie, ohne jedoch die Knochenwände zu komprimieren. Dieses erfolgt durch die unzähligen Mikrokontakte, die sich

entlang der Plateaukanten entwickeln. Der Verschluss der Implantatschächte fand in diesem Fall jedoch nicht mit den chirurgischen Einheimpfosten, sondern mit sehr flachen temporären Abutments (\varnothing 4,0 mm x H 2,5 mm) statt. Die Befestigung dieser Abutments erfolgt ebenfalls durch Einklopfen mit dem abgewinkelten Multifunktionsgriff, einer Abutment-Platzierungsspitze und dem chirurgischen Hammer (Gewicht 250 g), wodurch die bakteriedichte 1,5° Locking-Taper Konusverbindung zwischen Implantaten und Abutments aktiviert wird. Da in diesem Fall nicht ausreichend autologer Knochen gesammelt wurde, verwendeten wir zusätzlich das Knochenaufbaumaterial SynthoGraft™. Das Knochenaufbaumaterial wurde in diesem Patientenfall zum einen als Füllung für die distale Alveole des extrahierten 47ers benutzt (Abb. 4) und zum Zweiten zur kompletten Abdeckung der Implantate vor Nahtverschluss verwendet (Abb. 5–8). Bei der Abdeckung und dem Auffüllen der Sloping Shoulder (abgeschrägten Implantatschulter) wurde eine Sandwichtechnik angewendet, bei der wir zuerst den gesammelten autologen Knochen und anschließend das angemischte Knochenaufbaumaterial SynthoGraft™ verwendeten. Das Anmischen von SynthoGraft™ erfolgt mit dem Eigenblut des Patienten und muss für mindestens zwei bis drei Minuten durchgeführt werden, um eine breiähnliche Konsistenz des Materials zu erzielen. Nachdem der autologe Knochen aufgebracht und mit einem sterilen, erbsengroßen Tupfer auf einem Nadelhalter angedrückt wird, überdeckt man die Oberfläche mit SynthoGraft™. Die Verwendung einer Membran ist hier nicht angebracht und so erfolgt der endgültige Nahtverschluss. Die anschließende Röntgenaufnahme stellt zur Kontrolle den Abschluss der zweiphasigen, chirurgischen Technik dar (Abb. 9). Nach dreimonatiger Einheilung der acht Implantate erfolgt die Transfer-Abformung zur weiteren prothetischen Versorgung des Patienten. Geplant sind hierbei acht integrierte Abutment Kronen (IAC). Bei dieser Art von Versorgung handelt es sich um Einzelkronen, die im Labor mit Hybridkeramik (Diamond Crown, DRM, Brandford) chemisch direkt auf die zuvor präparierten Titanium-Abutments aufgebaut werden. Somit entsteht eine absolut spalt- und schraubenfreie Restauration. Die Implantate werden freigelegt und die temporären Abutments mithilfe einer herkömmlichen Extraktionszange durch gleichzeitige Rotations- und Abziehbewegungen entfernt. Nach Entfernung (Abb. 10) wird die Osseointegration mithilfe von Positionierungspins überprüft und

Keystone Dental. Einfach genial, genial einfach.

Keystone Dental macht es Ihnen als implantologisch tätigen Zahnarzt leicht. Wir bieten die gesamte implantologische Produktpalette aus einer Hand, alles ist aufeinander abgestimmt: 3D-Diagnostik, navigiertes Implantieren, vollintegrierte chirurgische und restaurative Farbcodierung, intuitiv zu handhabendes Chirurgie-Set und Produkte zur gesteuerten Regeneration. Keystone Dental steht für beste Qualität und ästhetische Resultate zum fairen Preis, für einfache Handhabung, klinische Flexibilität und lebenslange Garantie. So zaubern wir Ihren Patienten das schönste Lächeln auf die Lippen. www.keystonedental.de

Keystone Dental GmbH . Jägerstraße 66 . D-53347 Alfter
Tel.: 0 22 22-92 94-0 . Fax: 0 22 22-97 73 56 . E-Mail: info@keystonedental.de



Implantatsysteme



Implantatsoftware



Regenerationsprodukte

**Keystone**
dental

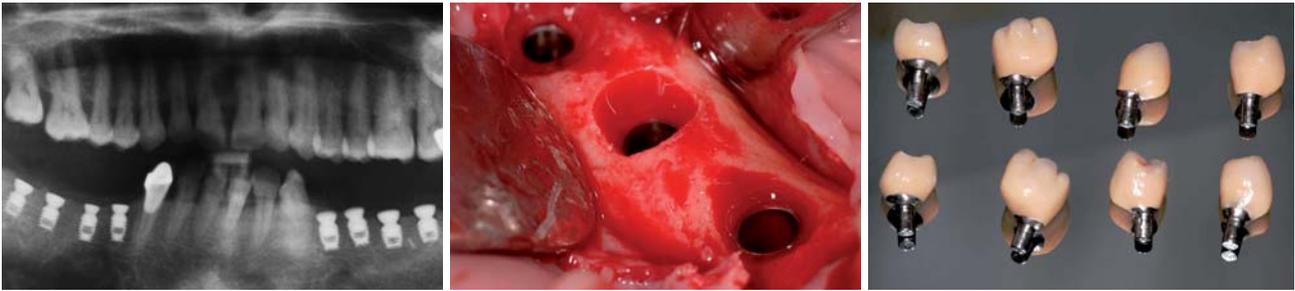


Abb. 9: Röntgenaufnahme nach Implantation. – **Abb. 10:** Nach Freilegung und Entfernung der Einheilpfosten. – **Abb. 11:** Fertiggestellte Schrauben-, zement- und spaltfrei integrierte Abutment Kronen (IAC).

ergibt eine vollständige Einheilung aller acht Implantate. Die Transferabformung erfolgt auf Knochenkammniveau mit acht Abdruckpfosten, mit dazugehöriger Abdruckhülse und dem Laboranalog. Die Abdruckpfosten werden mit den Abdruckhülsen nur auf Fingerdruck inseriert und darüber eine Doppelmischabformung genommen. Um eine korrekte Übertragung der Implantatposition zu gewährleisten, sollten die Abdruckpfosten im Implantat stecken geblieben sein und nur die Abdruckhülsen in der Abformung stecken. Die Abdruckpfosten werden zusammen mit dem Laboranalog in die Abdruckhülsen in der Abformung gesteckt und so dem Labor überliefert. Dieses stellt ein herkömmliches Meistermodell her und kann mit der Herstellung der acht integrierten Abutment Kronen (IAC) beginnen. Bei der Herstellung ist der Labortechniker vollkommen frei bei der individuellen Gestaltung des Weichgewebeprofiles, da er eine Abformung auf Knochenkammniveau erhält und nicht von der schon ausgeformten Gingiva abhängig ist (Marincola et al. 2001). Die fertiggestellten integrierten Abutment Kronen (IAC) (Abb. 11) werden sterilisiert und können als absolut keim-, spalt- und schraubenfreie, zeiteffektive Restauration in den Mund des Patienten eingesetzt werden (Abb. 12 und 13). Eine abschließende Röntgenkontrollaufnahme bestätigt den korrekten Sitz der Restaurationen (Abb. 14).

Materialien und Methoden

Die in dieser Fallstudie verwendeten Ultra Short Implantate sind von der Firma Bicon Dental Implants Ltd., Boston, und charakterisieren sich durch folgende Designeigenschaften:

Bakteriendichte Konusverbindung (Locking Taper):

Basierend auf einem bekannten biotechnischen Herstellungsprinzip bietet die 1,5°-Konusverbindung (Locking Taper) eine nachweislich bakteriendichte Versiegelung zwischen Implantat und Abutment mit einem Mikrosplatt von weniger als 0,5 Mikron (Di Carlo F., Marincola M. et al. 2008). Die bakteriendichte Versiegelung von Bicon verhindert die mikrobielle Besiedelung, welche eine Entzündung des Weichgeweberings um ein Implantat verursachen kann, die zum Knochenschwund um das Implantat führen kann. Bicon ist das einzige System mit einer bewährten bakteriendichten Versiegelung (Dibart S. et al. 2005) und erhielt hierfür als einziges System für

diese Eigenschaft eine FDA-Zulassung. Die bakteriendichte Verbindung spielt gerade bei der Verwendung von Kurzimplantaten eine sehr große Rolle, da sich nur 6 mm innerhalb des Knochens befinden. Ein eventueller Knochenabbau an Kortikalkammregio, wie von Albrektsson und anderen Autoren beschrieben, würde zu einem langsamen Verlust des Ultra Short Implantates führen. Die bakterielle Infiltration zwischen Implantat und prothetischem Aufbau spielt dabei eine entscheidende Rolle im Einklang mit biomechanischer Überlastung.

Plateau-Design:

Das Plateau- oder Fin Wurzelformdesign des Bicon Implantates bietet mindestens 30 % mehr Oberfläche als ein Schraubenimplantat derselben Größe und ermöglicht die Kallusbildung reifer Lamellenknochen zwischen den Plateaus des Implantates. Dieser lamellenartige Knochen bildet sich mit einer Geschwindigkeit von durchschnittlich 10 bis 50 Mikron pro Tag (Jack Lemons et al. 2004).

Sloping Shoulder (abgeschrägte Implantatschulter):

Die „Sloping Shoulder“ bietet eine größere Flexibilität bei der Implantatpositionierung und sorgt für eine beeindruckende Knochenkammerhaltung (Bozkaya D., Müftü S. et al. 2004). Diese Knochenkammerhaltung ergibt sich durch ein einzigartiges Platform Switching an Implantatniveau, wobei die 3,5 mm und 4,0 mm Implantate (Durchmesser) nur 2,0 mm an Knochenkammhöhe und die 4,5 mm, 5,0 und 6,0 mm Implantate 3,0 mm des Knochenkammes besetzen. Dadurch entsteht nach Ausheilung mehr Platz für den Knochen über dem Implantat, der die Unterlage für die Interdentalspapille bildet, wodurch ästhetische Gingivakonturen leicht und durchgängig erreicht werden können (Urdaneta, Marincola, 2007). Eine zweite Plattformveränderung erfolgt mit diesem System auf Abutmentniveau, wobei sich ein variierendes Ausgangsprofil 2,0 mm vom Implantathals hervorhebt. So kann z.B. auf ein 4,5 mm Implantat (Durchmesser) ein Abutment mit 3,0; 4,0; 5,0; 6,5 oder 7,5 mm Ausgangsprofil (Emergence Profile) platziert werden.

Implantatdurchmesser und Abutmentdurchmesser sind komplett voneinander unabhängig, da sich nur der Schaft des Abutments mit dem Implantatschacht verbindet.

Beim in unserem Fall verwendeten synthetischen Knochenaufbaumaterial handelt es sich um ein phasenreines Beta-Trikalziumphosphat. SynthoGraft's™ einmalige Struktur bietet erhöhte Stabilität und seine Micro-

Weltweit
500 Millionen
Dentalinjektionen jährlich mit
Lokalanästhetika
von Septodont

Seit 75 Jahren entwickelt und fertigt Septodont innovative dentalpharmazeutische Produkte. Unser unübertroffenes Know-how in der Produktion hat uns die Anerkennung von Zahnärzten auf 5 Kontinenten und von 150 Gesundheitsbehörden eingebracht. Dadurch wurden wir zum Weltmarktführer für dentale Lokalanästhesie



Weltmarktführer für dentale Lokalanästhesie

SEPTODONT GmbH, Felix-Wankel-Straße 9, 53859 Niederkassel
Telefon: 0228 - 971 26 -0, Telefax: 0228 - 971 26 66
Internet: www.septodont.de, E-Mail: info@septodont.de



Abb. 12: Integrierte Abutment Kronen in Regio 44, 45, 46 und 47. – **Abb. 13:** Integrierte Abutment Kronen in Regio 34, 35, 36, und 37. – **Abb. 14:** Finale Röntgenaufnahme.

und Nano-Porosität sorgt für rapide Gefäßbildung und subsequente Resorption. Mittlerweile befinden sich auf dem Markt verschiedene Varianten von Beta-Trikalziumphosphaten, die nicht alle gleichwertige Knochenregenerationsfähigkeiten aufweisen. Schwerwiegende Unterschiede lassen sich in der Aufbaurrate und der Qualität des Knochens feststellen. Auch bei der Resorptionsrate, während der Einheilphase des Knochenaufbaumaterials nach Einbringung in den patienteneigenen Knochen, gibt es Unterschiede (Coelho, 2009).

Diskussion

Unsere Fallstudie weist eindeutig auf die Wichtigkeit des Implantatdesigns und des Konnektions-Typs (Implantat-Abutment-Verbindung) hin. Die optimale Position dieses Implantates wird 2 mm unterhalb des Knochenkammes erzielt, kann aber, abhängig von der vorzufindenden Knochenqualität und Knochenhöhe, zwischen 1 und 6 mm unterhalb des Knochenkammes eingesetzt werden. Dieses ermöglicht dem Implantologen den Implantatkörper in eine schützende Position einzubetten, wobei Augmentationstechniken bei Knochendefekten im vestibulären Bereich einfach mit dem von der Osteotomie gesammelten Eigenknochens korrigiert werden können. Das Plateauesign und die abgeschrägte Implantatschulter (Sloping Shoulder) erlauben den Knochenausheilungsprozessen, sich wie nach einer Extraktion eines natürlichen Zahnes zu verhalten. Es bildet sich ein Blutgerinnsel um die Wände der Osteotomie, welches sich in die Plateaukavitäten und auf der Implantatschulter festsetzt. Durch die Bildung von Blutgefäßen beginnt ein physiologischer Aufbau des Knochens mit Vermeidung der Abbauprozesse durch makrophagische und osteoklastische Aktivität, die sonst typisch für Implantate mit Schrauben- oder Zylinderdesign sind (Leonard, 2009). Das Endresultat der Osteointegration ist eine komplette Einbettung des Implantatkörpers, wobei die Kommunikation zur oralen Kavität ausschließlich über die konische Implantat-Abutment-Verbindung besteht. Diese abgeschrägte Implantatschulter, die unterhalb des Knochenkammes gesetzt wird, stellt die einzige effektive Art von Platform Switching dar (Li Shi, B. et al. 2007). Der sich oberhalb des Implantathalses bildende Knochen garantiert die Stabilität und Ernährung des Weichgewebes und somit wird eine ästhetische Papillenanatomie und Weichgewebekontur beibehalten. In unserer Fallstudie wurden Im-

plantate mit einem Durchmesser von 4,5 mm (Prämolaren) sowie 5,0 mm (Molaren) verwendet und 2–3 mm unter dem Knochenkamm (subkrestal) eingesetzt. Die Schulter konvergiert zum Abutmentschaft und reduziert sich im Durchmesser auf 3,0 mm. Diese Plattformänderung erlaubt dem Knochen, über der Schulter des Implantates zu wachsen und erzielt eine dauerhafte Knochenkammerhaltung.

Verschiedene Studien weisen auf die Notwendigkeit einer Optimierung des Implantatdesigns hin, um die Funktion eines Implantates zu verbessern (Hedia HS et al., 2004; Proos K et al. 2000; Petrie CS et al. 2002). Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Schulteranatomie und der Erhöhung des Implantatdurchmessers (Renouard 2006, Li Shi 2007). Beides sind Bestandteile der Bicon Dental Implantate, die seit über 24 Jahren ein Platform Switching an der Implantatschulter und breite Durchmesser (5,0 und 6,0 mm) besitzen und damit eine hervorragende klinische Langzeitstatistik aufweisen können (Schulte, 2007).

Zusammenfassung

Kurzimplantate haben sich als wertvolle Lösung in all den Fällen erwiesen, in denen eine vertikale Knochenreduzierung nicht erlaubt, lange, konventionelle Implantate einzusetzen. Vertikale Knochenaugmentationen resultieren für viele Kliniker bis zum heutigen Zeitpunkt als schwierige Technik, die nicht immer zum erwünschten Ergebnis führt. Hinzu kommt, dass Augmentationstechniken eine geringe Patientenakzeptanz aufweisen. Short Implants mit Plateauesign haben bewiesen, auf langer Sicht genau die gleiche Erfolgsquote aufzuweisen wie konventionelle Implantate. Es ist durchaus denkbar, jegliche klinische Situation, unabhängig von der vertikalen Höhe des Kiefers, mit Short Implantaten zu versorgen. Dadurch würden unsere Chirurgen knochenschonender und damit minimalinvasiv sein. ■

Eine Literaturliste kann in der Redaktion angefordert werden.

■ KONTAKT

Prof. Dr. Mauro Marincola

Via dei Gracchi, 285

00192 Roma, Italien

E-Mail: mmarincola@gmail.com

Das Beste aus 2 Welten!

Weltweit
das erste Kombigerät
Laser plus HF



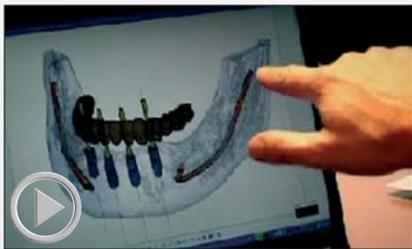
	Für alle Anwendungen:		
	Laser	HF	LaserHF
Oralchirurgie	●	●	●
Parodontologie	●	●	●
Implantologie	●	●	●
Endodontie	●	●	●
Bleaching	●	●	●
aPDT	●	●	●
LLLT	●	●	●

LaserHF

- Vereint Laser und Hochfrequenz in einem Gerät
- Voreingestellte Programme für alle Anwendungen, mit individueller Programmiermöglichkeit
- Einfache Handhabung durch duales Bedienkonzept: Touchscreen und Köcherschaltung

Sehen, was läuft – täglich neu!

Fernsehen war gestern, TV läuft heute im Internet. Rund um die Uhr, hochauflösend, rasend schnell.



Das Unternehmen Dentegris ist aus einer Initiative von Profis aus Chirurgie, Prothetik und Zahntechnik entstanden. Die Idee, ein überschaubares, sicheres und bezahlbares Implantat-System auf den Markt zu bringen wurde schnell zum Erfolgsmodell.



BioHorizons® blickt mit Stolz auf viele wissenschaftlich fundierte und evidenzbasierte Produkteinführungen. Die neuen Laser-Lok® Mikrorillen auf den Implantathälsen sind das jüngste Beispiel dieser Tradition.



Champions®-Implants entwickelt und produziert moderne zahnärztliche Implantate und Medizinprodukte und bildet zahnärztliches Personal zu deren Handhabung aus.

Heraeus Kulzer

Heraeus stellt Vertrieb von IQ:NECT ein

Die aktuelle wirtschaftliche Lage sowie die nicht erfüllten Umsatz- und Wachstumsziele seines Implantatgeschäftes haben den Hanauer Dentalhersteller Heraeus dazu veranlasst, den Vertrieb seines Implantatsystems IQ:NECT einzustellen. Die Verantwortung gegenüber seinen Kunden ebenso wie gegenüber allen Patienten, die bereits mit einem IQ:NECT Implantat versorgt wurden, nimmt Heraeus sehr ernst. Die Lieferfähigkeit für alle Zubehörteile ist für die nächsten zehn Jahre gesichert. Eine Service-Hotline, welche



die anwendungstechnische Beratung, die Betreuung von Zementierungen sowie die Unterstützung bei allen Fragen rund um das System umfasst, wurde bereits eingerichtet. Diese Hotline ist unter der Telefonnummer 0800/4763288 kostenfrei zu erreichen. Heraeus IQ:NECT-Kunden können unter dieser Nummer auch weiterhin benötigte Prothetik- oder Implantatteile bestellen.

Heraeus Kulzer GmbH

Grüner Weg 11, 63450 Hanau
E-Mail: info.implant@heraeus.com
Web: www.heraeus-dental.com

ZWP online
Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

OMNIA

Spezial-Patiententuch für Oralchirurgie

Omnia präsentiert ein neues flüssigkeitsabweisendes Patienten-Abdecktuch mit dreieckiger verklebbarer Öffnung (11x10cm). Das Tuch mit integriertem Schutzvisier, welches eine uneingeschränkte Kommunikation



zwischen Patienten und OP-Team ermöglicht, besteht aus transparenter Folie. Aufgrund der besonderen Größe von 133x200cm eignet sich dieses 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 (PR)
E-Mail: info@omniasrl.com
Web: www.omniasrl.com

American Dental Systems

Revolutionäre Knochenaugmentation – Dr. Iglhaut-Kursserie erweitert

Aufgrund der sehr erfolgreichen Kursserie zur Schalenteknik für horizontale und/oder vertikale Knochenaugmentation setzt Dr. Iglhaut sein Kursprogramm im Herbst fort. Die innovative Augmentationstechnik, basierend auf formstabilen, resorbierbaren Materialien mit Ultraschallapplikation, lässt in vielen Fällen eine Knochenblockfixation als nicht mehr notwendig erscheinen. „Ich arbeite nun seit über zwei Jahren mit der Schalenteknik. In diesem Zeitraum wurde von mir kein Knochenblock mehr eingesetzt“, so Dr. Iglhaut. Das Verwenden resorbierbarer Pins, Membranen und Folien aus PDLLA 50:50 erspart dem Patienten einen OP-Zweiteingriff, welche ansonsten eine zusätzliche physische und psychische Belastung bedeutet. Die SonicWeld Rx®-Ultraschallaktivie-

rung bewirkt eine Verflüssigung und dreidimensionale Infiltration des Pins in die Knochenstrukturen. Dieser Verriegelungsmechanismus zwischen Membrane/Folie und Pin verzeichnet eine außerordentlich hohe Ursprungsfestigkeit. Die Schalenteknik bietet, verglichen mit anderen Vorgehensweisen der Knochenblockaugmentation, ein minimalinvasives und atraumatisches Verfahren zugunsten des Patienten.

Kurstermine 2009

16.9.09 Berlin
21.10.09 Tuttlingen
28.10.09 Frankfurt am Main
6./7.11.09 Memmingen (Masterkurs)

American Dental Systems GmbH

Johann-Sebastian-Bach-Straße 42
85591 Vaterstetten
E-Mail: info@ADSystems.de
Web: www.ADSsystems.de



ZWP online
Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

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

→ AUCH UNSER DRITTER IST MAL WIEDER ERSTER! MECTRON PIEZOSURGERY®

→ PIEZOSURGERY® 3:
NOCH SCHNELLER. NOCH PRÄZISER.
NOCH EINFACHER.

mectron Deutschland Vertriebs GmbH
Waltherstr. 80/2001, 51069 Köln
tel +49 221 492015 0, fax +49 221 492015 29
info@mectron.de, www.mectron.de



Acteon

Wenn weniger Zahnfleisch mehr ist

Wenn Karies, Kronen- oder Füllungsänder tief unter dem Zahnfleisch liegen, sind Probleme programmiert und eine chirurgische Kronenverlängerung häufig indiziert. Mit dem neuen CrownExtension-Kit von Satelec (Acteon Group), das speziell für die Ultraschallgeneratoren Piezotome und ImplantCenter entwickelt wurde, ist der Zahnarzt hierfür bestens ausgerüstet, denn für jeden chirurgischen Arbeitsschritt steht eine spezielle Arbeitsspitze zur Verfügung. Dank der präzisen, selektiven Schnittführung der vier filigranen Ansätze BS6, CE1, CE2 und CE3 lassen sich Ostektomien und Osteoplastiken sicher und schonend, aber auch schnell und rationell durchführen. Wenn der Zahn keinen sicheren Halt mehr findet, empfiehlt sich die gebogene BS6-Spitze. Mit ihr lassen sich umfangreiche Knochen-Remodellierungen besonders gut durchführen. Der Ansatz kann aber auch am Zahnschmelz eingesetzt werden, um zum Beispiel einen prothetischen Markierungspunkt zur Osteoplastik zu setzen. Das feine Design der drei CE-Spitzen gewährleistet die Unversehrtheit der angrenzenden

den Zahnknochen – speziell im Interdentalbereich. Da die Ultraschallinstrumente nur auf Hart-, aber nicht auf Weichgewebe aktiv sind, sind sie für das Zahnfleisch unschädlich und bieten dem Zahnarzt gerade in der Nähe von Ligamenten, Wurzelhautfasern, Nerven oder Arterien eine größtmögliche Schnittsicherheit.



ZWP online
Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

Acteon Germany GmbH
Industriestraße 9, 40822 Mettmann
E-Mail: info@de.acteongroup.com
Web: www.de.acteongroup.com

Keystone Dental

Humanpräparatekurs in drei Teilen

Keystone Dental organisierte am 17. und 18. April 2009 in Berlin ein zweitägiges Seminar zum Thema „Indikationserweiternde Verfahren“ mit anschließendem praktischen Arbeitskurs an Humanpräparaten. Den Kursteilnehmern wurden am ersten Tag theoretische Grundlagen, u.a. zu GBR – gesteuerte Knochenregeneration, Sinusbodenelevation und -augmentation sowie Alveolarfortsatzverbreiterung vorgestellt. Als Referenten konnte Keystone Dr. Frank Peter Striezel, Univ.-Prof. Dr. P. A. Reichart sowie Dr. Jens-Peter Lund gewinnen.

Am zweiten Tag hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, während eines Phantomkurses unter Anleitung von Prof. Dr. Renate Graf, Institut f. Anatomie, Charité Berlin, am humanen Kopfpräparat unter realistischen Bedingungen zu trainieren. Dank der Kooperation mit verschiedenen Herstellerfirmen stand den Kursteilnehmern für das prakti-



sche Training ein implantatchirurgischer Arbeitsplatz inklusive Piezochirurgiegerät zur Verfügung. Während Humanpräparatekurse üblicherweise einmalig an einem oder zwei Tagen stattfinden, stützt sich dieses Konzept auf folgende Überlegungen:

- Teil 1: Grundzüge der chirurgischen Implantatplanung und chirurgischen Implantatbettvorbereitung. – **23./24. Oktober 2009** in Berlin
- Teil 2: Indikationserweiterte Verfahren der Implantologie.
- Teil 3: Einführung in die Distractionsosteogenese.

Diese Trilogie soll jährlich fortgeführt werden. Die Teilnehmer haben jederzeit die Möglichkeit, in die einzelnen Module einzusteigen. Der Kurs kann von den Teilnehmern als geschlossene Trilogie oder als einzelne Veranstaltung gebucht werden.

Keystone Dental GmbH
Jägerstraße 66, 53347 Alfter
E-Mail: a.blum@keystonedental.de
Web: www.keystonedental.com

ZWP online
Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

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

ARTOSS

DKV und VICTORIA erstatten NanoBone®

Neue Studien unterstreichen die Zuverlässigkeit des synthetischen Knochenaufbaumaterials NanoBone®. In dem nun vorliegenden Gutachten über die bisher erstellten und zum Teil noch nicht veröffentlichten Studien sieht die Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Dr. Wagner von der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz den Behandlungserfolg zur Unterstützung der Knochenregeneration als erwiesen an. Aufgrund des Gutachtens erstatten nun auch die DKV und die VICTORIA das Knochenaufbaumaterial NanoBone®. Beide privaten Krankenversicherungen ermöglichen dem behandelnden Zahnarzt somit, sich für NanoBone® zu entscheiden, wenn er die Verwendung für medizinisch indiziert hält. Dem Patienten wird damit das Recht eingeräumt, sich bewusst für NanoBone® zu entscheiden. Unabhängig hiervon besteht wie bei allen medizinischen Leistungen nur dann eine Erstattungs-

pfllicht vonseiten der DKV und VICTORIA, wenn es sich um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung handelt und der mit dem Versicherten vereinbarte Tarif entsprechende Versicherungsleistungen für diese Maßnahmen vorsieht. Mit der Erstattung des synthetischen Knochenaufbaumaterials NanoBone® unterstreichen DKV und VICTORIA ihre Ausrichtung, innovative Versorgungskonzepte nach Prüfung in den Praxisalltag zu überführen.



ZWP online
Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

ARTOSS GmbH
Friedrich-Barnewitz-Str. 3
18119 Rostock
E-Mail: info@artoss.com
Web: www.artoss.com

CAMLOG

Ministerpräsident Oettinger zu Gast bei CAMLOG

Die Entwicklung der schweizerisch-deutschen CAMLOG Unternehmensgruppe hat in den vergangenen fünf Jahren einen rasanten Verlauf genommen. Allein am deutschen Standort in Wimsheim, an dem die ALTATEC GmbH (Hersteller des CAMLOG® Implantatsystems) und die CAMLOG Vertriebs GmbH ansässig sind, wurden seit 2004 150 neue Arbeitsplätze geschaffen. Zurzeit wird in Wimsheim ein hochmoderner Erweiterungsbau fertiggestellt, der die Produktionsfläche am Standort verdoppeln und somit die Basis für das weitere

Wachstum schaffen wird. Für das laufende Jahr wird ebenfalls mit einem kräftigen Wachstum gerechnet. Diese Entwicklungen bleiben selbstverständlich auch in der Politik nicht ungehört. Am 24. Juni 2009 war der Ministerpräsident des Landes Baden-Württemberg, Günther Oettinger, zu Gast bei CAMLOG/ALTATEC in Wimsheim. Jürg Eichenberger (Präsident des Verwaltungsrates), Jean-Marie Wyss (Geschäftsführer ALTATEC GmbH), Michael Ludwig (Geschäftsführer CAMLOG Vertriebs GmbH) und Wimsheims Bürgermeister Karlheinz Schühle haben den Ministerpräsidenten und seine Delegation – darunter Dr. Rudolf Kühner (Regierungspräsident), Gunther Krichbaum (MdB) und Karl Röckinger (Landrat) – gebührend empfangen. Wenngleich der Besuch nur rund eine Stunde dauerte, so konnten sich die Gäste dennoch einen guten Eindruck davon verschaffen, was CAMLOG ausmacht. Jean-Marie Wyss führte die Gruppe durch die verschiedenen Bereiche im Unternehmen und machte die zurückliegende Entwicklung von einem Zerspanungsbetrieb zu einem medizin-technischen Hightech-Unternehmen begreifbar.



Rundgang durch die bestehende Maschinenhalle, auf dem Weg in den Neubau.

CAMLOG Vertriebs GmbH
Maybachstraße 5
71299 Wimsheim
E-Mail: info.de@camlog.com
Web: www.camlog.de

Hager & Werken

Neuer Folienlöffel für präzise Implantatabformung in einer Sitzung

Bei dem neuen Abformlöffel Miratray Implant handelt es sich um einen patentierten Folien-Kunststofflöffel, mit dem sich eine hochpräzise Implantatabformung in einer Sitzung durchführen lässt. Der Löffelboden besteht aus einer dünnen, transparenten Folie, die mittels Spezialkleber fest am Rahmen des Löffels fixiert ist. Diese Folientechnologie wurde vom Team von Prof. Dr. Spiekermann und Dr. Haselhuhn an der Universität Aachen entwickelt. Bei der Abdrucknahme wird die Folie von den Halteschrauben der Abdruckpfosten durchstoßen, wodurch sich mehrere Vorteile ergeben: Zunächst erfolgt die Anprobe der Löffelgröße unter Sicht. Darüber hinaus entfällt das individuelle Anpassen der Löffel und der entsprechende Zeit- und Kosten-

aufwand in der Praxis. Letztlich entscheidend ist, dass die Kosten des Labors für den individuellen Unikat-Löffel entfallen und somit auch der bislang notwendige Behandlungstermin zur Situationsabformung. Der Abformlöffel Miratray Implant, in sechs Standardgrößen lieferbar, vereint also die Vorteile eines individuellen Löffels hinsichtlich Präzision der Abformung mit den günstigen Kosten eines in großen Stückzahlen produzierten Serienlöffels.



Hager & Werken GmbH & Co. KG
Postfach 10 06 54, 47006 Duisburg
E-Mail: info@hagerwerken.de
Web: www.hagerwerken.de

ZWP online
Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

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

NSK

ZWP online
 Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

Intelligenter Chirurgie-Motor mit Licht

Der neue SurgicXT Plus von NSK ist ein kluger Chirurgie-Mikromotor mit Licht. Der SurgicXT Plus ist mit dem Kalibrierungssystem AHC ausgestattet. Der Mikromotor bietet optimale Sichtverhältnisse für oralchirurgische Behandlungen. Um präzise arbeiten zu können, kalibriert das NSK-SurgicXT Plus-System die Rotationsgeschwindigkeit und das Drehmoment des Mikromotors passend zum verwendeten Winkelstück, sobald dieses an den Mikromotor angekoppelt wird. Damit ist die Genauigkeit der Geschwindigkeit und des Drehmoments garantiert. Das kluge, programmierbare elektronische System reagiert unmittelbar auf Benutzereingaben. Der SurgicXT Plus kann lange anhaltend in Betrieb sein, ohne dass signifikante Überhitzungserscheinungen auftreten. Zudem hat er ein ergonomisches Design, das komfortabel für jede Handform ist. Die neue Lichtfunktion am Handstück der SurgicXT Plus sorgt für gute Beleuchtung des Arbeitsfeldes und erleichtert, beschleunigt und präzisiert die Behandlung. Der Mikromotor ist der kürzeste und leichteste seiner Klasse und verfügt über eine gute Balance, was besonders bei langen, komplexen Behandlungen die Ermüdung der Hand und des Handgelenks verhindert. Er ist perfekt für alle Handgrößen und ist gegenüber anderen Motoren extrem lauffähig. Der Mikromotor hat einen soliden Titankörper, was sein geringes Gewicht erklärt und seine Haltbarkeit verlängert. Das Verhältnis von großer Kraft (210 W), hohem



Drehmoment (50 Ncm) und der umfangreichen Geschwindigkeitsauswahl (200 bis 40.000 min⁻¹) bietet die notwendige Flexibilität, um alle Anforderungen für eine oralchirurgische Behandlung zu erfüllen. Jedes Hand- und Winkelstück hat seine indivi-

duelle Kraftübertragungsverhältnis-Charakteristik, um die absolut präzise Geschwindigkeit und das richtige Drehmoment für die komplizierten oralchirurgischen Behandlungen zu gewährleisten. NSK SurgicXT Plus kalibriert den Mikromotor, um das richtige Kraftübertragungsverhältnis für jedes Winkelstück für den jeweiligen Einsatz einzustellen. Das System bietet hohe Geschwindigkeit, präzise Drehmomentgenauigkeit und zuverlässige Sicherheit während der Behandlung.

NSK Europe GmbH
 Elly-Beinhorn-Str. 8
 65760 Eschborn

E-Mail: info@nsk-europe.de
 Web: www.nsk-europe.de

K.S.I.

Vorteil durch Einteiligkeit

Die K.S.I. Bauer-Schraube ist ein einteiliges Implantatsystem. Das spezielle Design ermöglicht ein einphasiges Vorgehen, verbunden mit transgingivaler Einheilung. Der minimalinvasive Eingriff bewirkt unmittelbar nach Insertion die sofortige feste Adaption des periimplantären Gewebes an den Implantatthals und führt so zu optimaler Gewebeerhaltung.



sche Vorgehensweise ohne Zweiteingriff ein Vorteil. Auch der Behandler profitiert von der Einteiligkeit durch einfaches Handling und reduziertes, damit kostengünstigeres, Instrumentarium.

Kurstermine 2009:
 11. und 12. September
 09. und 10. Oktober
 06. und 07. November
 04. und 05. Dezember

K.S.I. Bauer-Schraube
Keramisches Dentallabor GmbH
 Eleonorenring 14
 61231 Bad Nauheim
 E-Mail: ksi-bauer-schraube@t-online.de
 Web: www.ksi-bauer-schraube.de

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



**100% SICHERHEIT
 ARZT - PATIENT
 ZIEL ERREICHT**

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®



OMNIA®
 Disposable Medical Devices

OMNIA S.p.A.
 Via F. Delnevo, 190 - 43036 Fidenza (PR) Italy
 Tel. +39 0524 527453 - Fax +39 0524 525230

www.omniasrl.com

curasan

Weisheitszahnchirurgie: Vermeidung der Osteitis alveolaris (dry sockets)

In einer aufwendigen klinischen Studie wurde der Effekt des Gelatineschwammes stypro® auf die Blutstillung und Heilung nach Weisheitszahn-Extraktionen an der Universität von Peking untersucht. Ziel war, die Bildung von „dry sockets“ zu verhindern. Diese Infektion tritt nach Entfernung eines Zahnes auf, wenn sich das Blutkoagulum, das normalerweise die Wunde verschließt, auflöst oder verloren geht und der Knochen des Kiefers frei und trocken liegt. Durch die Entzündung (Osteitis alveolaris) kann die Extraktionswunde nicht heilen. Es entstehen starke Schmerzen. Im Extremfall kann es gar zu einer Kieferklemme kommen. Die Auftretswahrscheinlichkeit von „dry sockets“ liegt bei drei bis vier Prozent, bei den Weisheitszähnen jedoch bei bis zu 45% aller Extraktionen. In die Studie eingeschlossen wurden 178 Patienten, bei denen eine Weisheitszahn-Extraktion vorgenommen wurde. Diese wurden randomisiert in zwei Gruppen eingeteilt.



Bei den Patienten der Behandlungsgruppe wurde postoperativ ein Gelatineschwamm (stypro®, curasan AG) eingelegt. Die Patienten der Kontrollgruppe erhielten keine Behandlung. Lediglich ein Patient von einhundert in der Behandlungsgruppe erlitt eine „dry socket“, im Vergleich zu 13 von 78 Fällen in der Kontrollgruppe (16,7%). Ein statistisch eindeutiger Unterschied ($p < 0,05$). Fazit: Durch die Verwendung des Hämostyptikums stypro® kann die Entstehung einer „dry socket“ hervorragend vermieden werden.

curasan AG
Lindigstraße 4
63801 Kleinostheim
E-Mail: pr@curasan.de
Web: www.curasan.de

mectron

Knochenchirurgie neu definiert

Piezosurgery wurde 1997 von mectron entwickelt, um die Einschränkungen konventioneller Instrumente in Bezug auf die Präzision und die intraoperative Sicherheit zu überwinden. Heute, zwölf Jahre später, ist die Methode Piezosurgery zum Standard für zahlreiche Indikationen geworden. Die umfassende, wissenschaftliche Datenlage gibt dem Anwender zusätzliche Sicherheit. Aktuellster Beweis ist das neue PIEZOSURGERY® 3. Mit neuer Elektronik,



einem noch größeren Frequenzbereich, sensiblerem Feedback-System und noch mehr Leistung definiert es wieder einmal die Knochenchirurgie neu. Der exklusive Vertrieb erfolgt über die mectron Deutschland Vertriebs GmbH im Direktvertrieb. Dieser hat sich neben dem Vertrieb des PIEZOSURGERY® insbesondere durch das Angebot von Nahtmaterial und der mectron Prophylaxeprodukte einen Namen gemacht. Hervorragende Bewertungen erhalten auch immer das umfassende Fortbildungsangebot und der anwenderfreundliche Online-Shop.

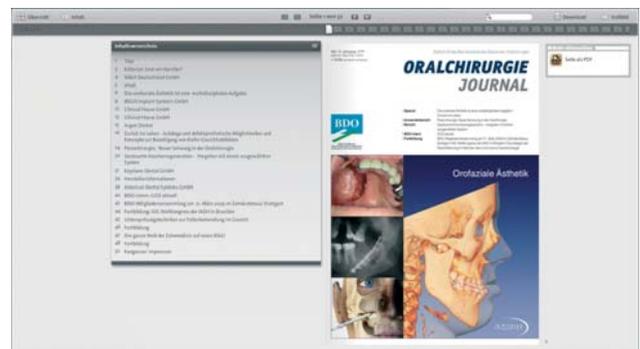
mectron Deutschland Vertriebs GmbH
Waltherstr. 80, 51069 Köln
E-Mail: info@mectron.de
Web: www.mectron.de

Oemus Media

Ein Jahr ZWP online

Am 1. September wird das Fachportal zwp-online.info ein Jahr alt und ist dennoch schon sehr erwachsen. So ist es nicht nur Marktführer unter den dentalen Fachportalen, sondern der Konkurrenz in Umfang und Vielseitigkeit weit voraus. Seit seinem Start hat sich ZWP online überdurchschnittlich gut entwickelt. Dafür sprechen allein schon die Nutzerzahlen des Portals von gegenwärtig 15.000 bis 16.000 Usern pro Monat. Halten die derzeitigen Steigerungsraten an, wird bis zum Jahresende die Schallmauer von 20.000 Besuchern pro Monat durchbrochen. Seit Anfang 2009 können auf ZWP online sämtliche Publikationen der Oemus Media AG gelesen werden. Das Oralchirurgie Journal ist als leicht zu navigierendes und besonders lesefreundliches E-Paper unter www.zwp-online.info/epaper abrufbar. Wer im Internet etwas sucht, nutzt Suchmaschinen wie Google – wer in der Dentalbranche fündig werden will, sucht mit ZWP online. Ganz egal ob Fachinformationen, Kammern, Verbände, Produkte oder die wichtigsten Events – hier ist alles übersichtlich gelistet und kann mit nur wenigen Klicks gefunden werden. Eine Art virtuelle Fachmesse findet sich unter der Rubrik Firmen & Produkte. Dort können sich die User die aktuellsten Angebote vieler Firmen anschauen, vergleichen und nach Stichworten selektieren. Weiterhin sind auf ZWP online bereits über 55.000 Zahnärzte mit einem kostenlosen Grundeintrag vertreten. Praxen, aber auch Labore haben auf diese Weise den Zugriff

auf viele Zusatzfunktionen von ZWP online, so können zum Beispiel eigene Fachtexte verlinkt, interessante Fachbeiträge im eigenen Archiv abgelegt und mit Kollegen diskutiert werden.



Oemus Media AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
E-Mail: kontakt@oemus-media.de
Web: www.zwp-online.info

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

5. Innovationsmeeting Implantologie

24. Oktober 2009

in Berlin

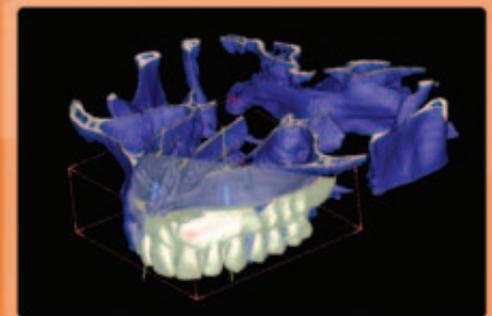
Fortbildungszentrum der
Straumann GmbH

9
Fortbildungspunkte

Spannende Vorträge und Workshops rund um das Thema:

Geplante Implantologie

- "10 Jahre Schnittbilddiagnostik in der zahnärztlichen Praxis- eine retrospektive Auswertung"
- "Neue diagnostische Möglichkeiten"
- "Geführte Chirurgie von A bis Z" (Workshop)
- Vortrag zum Thema Abrechnung:
"Honorierung von Scan-/Navigationsschablonen, CT/DVT, 3D-Analyse, Guided Surgery"



Die Veranstaltung entspricht den Leitsätzen und Empfehlungen der BZÄK und der DGZMK zur zahnärztlichen Fortbildung.



www.ivs-solutions.de

Mail: ivs@ivs-solutions.de

Tel.: +49 - 371 - 5347 380



**Eine Ausgabe kostenlos!
Sichern Sie sich jetzt Ihr
Probeabo!**

Ja, ich möchte das Probeabo beziehen. Bitte liefern Sie mir die nächste Ausgabe frei Haus.

Soweit Sie bis 14 Tage nach Erhalt der kostenfreien Ausgabe keine schriftliche Abbestellung von mir erhalten, möchte ich das **face** im Jahresabonnement zum Preis von 35,00 €/Jahr beziehen.

Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraumes schriftlich gekündigt wird (Poststempel genügt).

Name

Vorname

Firma

Straße

PLZ/Ort

E-Mail

Unterschrift

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

Unterschrift

OEMUS MEDIA AG

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



Griechische Gesellschaft für Oralchirurgie gegründet

Im März dieses Jahres wurde in Griechenland die erste wissenschaftliche Gesellschaft für Oralchirurgie gegründet. Hauptziel dieser Organisation ist es, die Oralchirurgie in Griechenland als Fachzahnarztausbildung nach EU-Richtlinie 2005/36 fest zu etablieren.

Dr. med. dent. Chrisostomos Lazarakopoulos/Athen

■ Eine Einigung auf politischer Ebene ist bis heute noch nicht getroffen worden, da sich im Fachgebiet Kieferchirurgie bzw. Oralchirurgie in den letzten Jahren einiges getan hat. Hier ein kurzer Überblick:

Bis zum Jahre 2002 gab es in Griechenland den Fachzahnarzt für Kieferchirurgie. Nach abgeschlossenem Zahnmedizinstudium dauerte die Weiterbildung vier Jahre (drei Jahre Kieferchirurgie und ein allgemeinchirurgisches Jahr). Weiterbildungsberechtigt waren nur Universitätskliniken. Nach EU-Richtlinie 78/686/EWG ist dieser dem Fachzahnarzt für Oralchirurgie gleichzusetzen. Gelehrt wurde das gesamte kieferchirurgische Spektrum.

Im Jahre 2002 wurde der Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

eingeführt. Die Doppelapprobation in Medizin und Zahnmedizin war und ist Voraussetzung für die Facharztausbildung. Eine Weiterbildung in oraler Chirurgie bieten seither die beiden Universitätskliniken Thessaloniki und Athen an. Jedoch herrscht auch hier kein einheitliches Vorgehen. Die Weiterbildung in Thessaloniki dauert drei Jahre.



Der Zahnarzt darf nach erfolgreichem Abschluss den Titel „Spezialist in den-toalveolärer Chirurgie“ führen. Die Weiterbildung in Athen dauert zwei Jahre. Hier ist die Bezeichnung nach erfolgreichem Abschluss „Zahnarzt mit Schwerpunkt orale Pathologie und Oralchirurgie“.

Um nun das Verwirrspiel in den Bezeichnungen zu beenden und eine einheitliche Weiterbildung in Oralchirurgie einerseits und in Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie andererseits zu ermöglichen, sieht sich die griechische Gesellschaft für Oralchirurgie dafür berufen. Vorbild hierfür kann nur der Berufsverband Deutscher Oralchirurgen (BDO) sein, der es in Deutschland geschafft hat, den Fachzahnarzt für Oralchirurgie fest zu etablieren.

Weitere Ziele der Gesellschaft sind die Organisation oralchirurgischer Kongresse, die enge Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen und Gesellschaften über die Landesgrenzen hinaus. ■

■ KONTAKT

Dr. med. dent. Chrisostomos Lazarakopoulos

Fachzahnarzt für Oralchirurgie

Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie (DGI)

Fortbildungsreferent der Griechischen Gesellschaft für Oralchirurgie

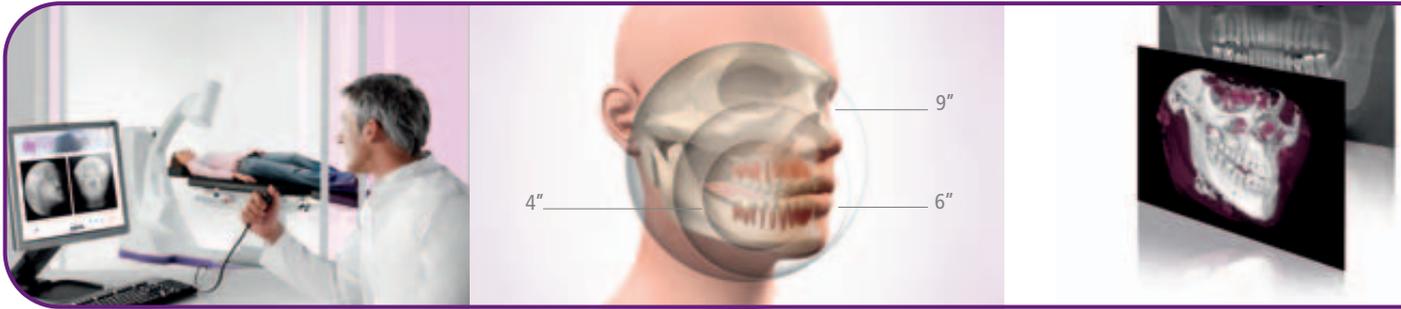
Praxis: Oral Health Center „LOTUS“, 19003 Markopoulo, Griechenland

Klinik: Universitätsklinik Athen, Klinik für Mund-, Kiefer- und

Gesichtschirurgie, Sektion Orale Chirurgie

E-Mail: drlazarakopoulos@kentrolotus.com

Die Evolution der Technologie – skyVIEW



skyVIEW DVT für die Zahnheilkunde mit Cone Beam Technologie bietet Ihnen ganz neue diagnostische Möglichkeiten. In Kombination mit unserem ausgereiften Konzept der Apparategemeinschaft ergeben sich auch finanziell neue Perspektiven und zukunftsorientierte Behandlungsmöglichkeiten.

Klares und kompaktes Design

- Einfache Montage durch freistehendes Gerät
- Geringe Strahlenbelastung
- Aufnahmen mit 4", 6" und 9" sind möglich
- Originaldatenspeicher für mehrfache Auswertung
- Patientenkopf liegt in spezieller gepolsterten Schale
- Keine Aufbisselemente oder Riemen
- Ideal für Patienten mit Phobien

Präzise und praktisch, leicht zu bedienen

1. Positionierung der Patientenliege mit Joystick
2. Erstellung von 2 Scoutaufnahmen
3. Festlegung des Volumens am Computerbildschirm
4. Voll automatische Positionierung des Kopfes in die Idealposition beim Auslösen



Vereinbaren
Sie noch heute
einen Termin!

Mit unserem Road Show Bus
präsentieren wir Ihnen das
skyVIEW DVT
direkt vor Ihrer Praxis!

Zu Ihrer Information:

Am 12. September 2009 beginnt die Ausbildung für
den 3D Führerschein in Hannover. Jetzt anmelden!



dexter. GmbH

Owienfeldstraße 6 | 30559 Hannover
Telefon 0049-(0)511-374 19 20
Telefax 0049-(0)511-374 19 22
E-Mail: info@dextergroup.de



Cefla Dental Group GmbH

Eisbachstraße 2 | D-53340 Meckenheim
Telefon 0049-(0)2225-999 64 0
Telefax 0049-(0)2225-999 64 27
E-Mail: info@cefla-dentale.de

Ästhetische Aspekte in der Implantologie

Kongressbericht zur Jahrestagung 2009 der DGI NRW in Köln

Über 200 Teilnehmer nahmen Anfang Juni an der 8. Jahrestagung des Landesverbands der Deutschen Gesellschaft für Implantologie (DGI) in NRW im Maritim Hotel Köln teil, die vom Tagungspräsidenten Dr. Dr. Arentowicz geleitet wurde.

Dr. Mathias Sommer/Köln

■ Zum Hauptthema „Ästhetik in der Implantologie“ berichteten 20 Referenten aus dem In- und Ausland mit Vorträgen und Seminaren über die aktuellen Möglichkeiten, ihre Erfahrungen sowie auch die Grenzen bei der Erzielung von ästhetischen Ergebnissen bei der Implantattherapie. Die Jahrestagung war traditionell aufgeteilt in einen Vorkongress, bei dem verschiedene Referenten in Seminaren zu speziellen implantologischen Fragestellungen Stellung bezogen, sowie in einen anschließenden Hauptkongresstag am Samstag.

Mächtig stolz auf seinen mitgliederstärksten Landesverband richtete Prof. Dhom, der Präsident des Gesamtverbands der DGI, seine Grußworte aus und erinnerte an eine Tagung der DGI vor etlichen Jahren in Köln, als der Verein noch nicht so mitgliederstark war wie heute.

In den anschließenden Vorträgen berichtete Prof. Weischer/Essen über die Möglichkeiten der implantatprothetischen Rehabilitation von Tumorpatienten. Er hob hervor, dass oftmals nur eine implantatgestützte Rekonstruktion nach einer abgelaufenen resektiven Tumorbehandlung dem betroffenen Patienten eine adäquate funktionelle und letztlich auch soziale Rehabilitation ermöglicht.

Eine implantatgestützte prothetische Versorgung hat in diesen Fällen einen besonderen Vorteil, da die meist vulnerablen Schleimhäute nach erfolgter Strahlentherapie einer Druckbeanspruchung durch Prothesensättel nicht standhalten würden. Dr. Jan Tetsch/Münster stellte die Möglichkeiten aber auch die Tücken der ästhetischen Versorgung des Oberkieferfrontzahnbereichs vor und regte eine möglichst frühzeitige implantologische Therapie bei oftmals traumatisch bedingtem Zahnverlust von Jugendlichen an, um atrophische Veränderungen des Kieferkammes in diesem Bereich zu vermeiden. Seine reichen Erfahrungen mit komplexen implantatprothetischen Fällen zeigte Prof. Weber aus Tübingen und erläuterte dem interessierten Publikum die Planung und die Vorgehensweise, um mit möglichst wenigen Behandlungsterminen ein optimales Ergebnis zu erzielen.



DGI-Präsident Prof. Dhom (Foto: G. Dhom).

Die ästhetische und funktionelle Rehabilitation war ebenfalls Thema des Beitrags von Prof. Schultze-Mosgau aus Jena, der über die Vorgehensweise seiner MKG-Abteilung bei der Behandlung von Kieferdefekten berichtete. In der anschließenden Pause konnten die Teilnehmer ein „kölsches Highlight“ mit dem Auftritt der Kinderanzuggruppe Heilige Pänz genießen, die zu kölschem Liedgut (welches vielen Kongressteilnehmern aus dem Karneval bekannt war) ihre vergnüglichen Tanzdarbietungen aufführten.

In dem anschließenden Nachmittagsprogramm stellte Prof. Haßfeld/Dortmund die diagnostischen Möglichkeiten bei der 3-D-Bildgebung vor. Er stellte fest, dass aufgrund der sehr guten Auflösung und Visualisierung der Kieferverhältnisse die Anwendung der DVT-Diagnostik bei einer geringeren Strahlenbelastung im Vergleich zum CT vermehrt bei der Planung von komplexen Fällen eingesetzt wird.

Prof. Figgenger aus Münster widmete sich dem Thema der rechtlichen Aspekte und der Konfliktprophylaxe. Er stellte auf recht amüsante Weise die möglichen Fallstricke einer zahnärztlich-implantologischen Behandlung zwischen der Erwartungshaltung des Patienten und dem erzielbaren Ergebnis vor. Kollege Dr. Hamächer aus Aachen beschrieb das Vorgehen bei Implantattherapien bei Vorliegen von parodontalen Vorschädigungen und stellte hierzu sein Vorgehen anhand von klinischen Behandlungsfällen vor.

Dr. Zanesi aus Crema/Italien stellte neben einigen zweifellos guten Behandlungsergebnissen auch eigene Fälle vor, die aus ästhetischer Hinsicht nicht optimal gelungen waren – aus seiner Sicht nennt er es die „dark side“ der Implantologie, da manche Ergebnisse trotz aller Bemühungen nicht vorhersagbar sind.

Die Optimierung der periimplantären Weichteile war Thema des Beitrags von Prof. Wolfart aus Aachen. Durch Ausformung der periimplantären Gingiva nach Freilegung mittels provisorischer Kronen, die nach einer intraoperativen Abdrucknahme bei der Implantation erstellt wurden, erzielt er ein gewünschtes Emergenzprofil für eine ästhetische Gingivakontur, die in der Folge durch



Maritim Köln Industrieausstellung (Foto: P. Tetsch).



Das unverwechselbare Dentaldepot!

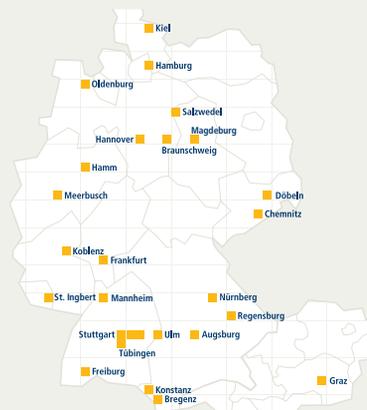
Alles unter einem Dach: dental bauer-gruppe – Ein Logo für viel Individualität und volle Leistung

Die Unternehmen der dental bauer-gruppe überzeugen in Kliniken, zahnärztlichen Praxen und Laboratorien durch erstklassige Dienstleistungen.

Ein einziges Logo steht als Symbol für individuelle Vor-Ort-Betreuung, Leistung, höchste Qualität und Service.

Sie lesen einen Namen und wissen überall in Deutschland und Österreich, was Sie erwarten dürfen.

- Kundennähe hat oberste Priorität
- Kompetenz und Service als Basis für gute Partnerschaft
- Unser Weg führt in die Zukunft



Eine starke Gruppe

www.dentalbauer.de

mehrmalige Änderung der provisorischen Restauration optimiert werden können.

Bei der anschließenden Mitgliederversammlung wurde Dr. Dr. Bonsmann/Düsseldorf als neuer Vorsitzender des Landesverbands gewählt. Der langjährige Vorsitzende Prof. Spiekermann kandidierte auf eigenen Wunsch nicht mehr – dafür konnte Prof. Yilderim/Aachen für eine Mitarbeit im Landesvorstand gewonnen werden. Die anderen Vorstandsmitglieder Arentowicz, Augthun, Nickenig, Jan und Peter Tetsch, Weischer und Sommer wurden in ihren Ämtern bestätigt. Im Jahr

2010 wird die Landesverbandstagung der DGI NRW am 16. und 17. April unter der Kongressleitung von Prof. Augthun in Mülheim an der Ruhr stattfinden. ■

■ KONTAKT

Dr. Mathias Sommer

Fortbildungsreferent BDO
Elstergasse 3, 50667 Köln
E-Mail: praxis@docsommer.de

Stiftungsprofessur für Marburger Zahnklinik

Am Medizinischen Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde im Fachbereich Humanmedizin der Marburger Philipps-Universität wird eine neue Professur eingerichtet. Die Stiftungsprofessur (W3) für Experimentelle Orofaziale Medizin wird unterstützt von der Hessischen Firma Heraeus Kulzer GmbH in Hanau, die der Philipps-Universität Forschungsmittel über eine Förderdauer von fünf Jahren zweckgebunden zur Verfügung stellt.

Redaktion

■ Bei der Stiftungsprofessur handelt es sich um ein interdisziplinäres Kooperationsprojekt der Abteilung für Orofaziale Prothetik und Funktionslehre sowie der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, in welche die Stiftungsprofessur zu gleichen Teilen eingeordnet ist. Ziel des Stiftungsvorhabens ist die Einrichtung einer Forschungsprofessur zur Förderung der interdisziplinären Grundlagenforschung auf dem Gebiet der Biomaterialien, der zahnärztlichen Implantologie und Prothetik einschließlich der Entwicklung neuer Technologien. Die Stiftungsprofessur versteht sich dabei als Motor zur Etablierung einer gemeinsamen Forschungsplattform für die zahnmedizinischen Disziplinen und soll sich eng mit den medizinischen und naturwissenschaftlichen Nachbardisziplinen der Philipps-Universität Marburg vernetzen. „Anknüpfungspunkte innerhalb der medizinischen und naturwissenschaftlichen Fachbereiche bestehen bevorzugt zur Orthopädie, Experimentellen Chirurgie und Chemie (Knochenstoffwechsel, Biomaterialien und Beschichtungen), Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (Tumorbiologie), Anatomie (Immunhistochemie des Knochens) sowie zu in Marburg bestehenden Forschungsschwerpunkten Immunologie und Infektionsbiologie des Fachbereichs Medizin“, führt Prof. Dr. Dr. Andreas Neff aus. „Eine besonders interessante Zukunftsperspektive bietet hierbei die Möglichkeit einer engen Kooperation zwischen der Stiftungsprofessur und den Forschungs- und Entwicklungsabteilungen der Firma Heraeus“, betont Prof. Dr. Ulrich Lotzmann. „Unsere dentalen Produkte und Lösungen reichen von der Diagnostik und Prävention über die Erhaltung natürlicher Zähne bis zur Prothetik. Die Wissenschaft wünscht sich von der Industrie deutlich mehr zahnmedizinische und zahntechnische Produkt-

entwicklungen. Auch wir als Hersteller sehen hier die neuen Trends weniger in der klassischen Werkstoffkunde, sondern vielmehr in neueren Entwicklungen aus den Bereichen Prothetik und Biomedizin“, sagt Dr. Martin Haase, Geschäftsführer der Heraeus Kulzer GmbH. Deshalb böte die Zusammenarbeit mit der Marburger Philipps-Universität für Heraeus eine ideale Plattform, um gemeinsame Forschungsaktivitäten stärker vorantreiben zu können. Neben der Stiftungsprofessur umfasst die vereinbarte Zuwendung eine weitere Stelle für einen/eine wissenschaftliche/n Mitarbeiter/-in sowie eine Laborkraft. Der durch die Personalkosten nicht gebundene Stiftungsbeitrag ist für Verbrauchsmittel sowie Investitionsmaßnahmen vorgesehen. Der Fachbereich Medizin stellt die Laborkraft und die Laborausstattung zur Verfügung. ■



Auf den Erfolg der neuen Stiftungsprofessur stoßen an (v.l.n.r.): Prof. Dr. Ulrich Lotzmann, Prof. Dr. Matthias Rothmund, Unipräsident Prof. Dr. Volker Nienhaus und von Heraeus Kulzer Geschäftsführer Dr. Martin Haase, Dr. Marianne Gräfin Schmettow, Dr. Martin Schuster sowie Prof. Dr. Dr. Andreas Neff.

26. Jahrestagung des BDO

13./14. NOVEMBER 2009 IN BERLIN, HOTEL PALACE

Hauptthema: Risiken, Komplikationen und Misserfolge oralchirurgischer Therapie
WISSENSCHAFTLICHER LEITER: PROF. DR. JÜRGEN BECKER/DÜSSELDORF



ZAHNÄRZTE | FREITAG, 13. NOVEMBER 2009

WORKSHOPS | 1. STAFFEL | 9.00-10.30 UHR

- BIOMET 3i** ▶ **1.1. Dr. Thomas Pilling/Dresden**
Claus Pukropp/Karlsruhe
Fehlerquellen in der dentalen Implantologie aus zahnmedizinischer und zahn technischer Sicht – Vermeidung und Komplikationsmanagement
- Artoss** ▶ **1.2. Dr. Joachim Schmidt/Olsberg**
Dr. Stefan Günther/Olsberg
Teil 1: Implantation und Augmentation anhand eines OP-Films
Teil 2: Neuimplantation nach fehlgeschlagener Implantation – Sofortversorgung, Freilegungstechnik
- DS Dental** ▶ **1.3. Dr. Jens Schug/Zürich (CH)**
Dr. Kurt Ruffieux/Thalwil (CH)
Ridge/Socket Preservation – Minimalinvasive Intervention zur Vermeidung des alveolären Kollaps nach Zahnextraktion
Minimalinvasive Intervention zur Generierung kristaler Knochenmasse. Signifikante Verkürzung der Regenerations- und Heilzeiten
- Sybron implant solutions** ▶ **1.4. Dr. Dr. Werner Stermann/Hamburg**
Vermeidung von Misserfolgen, Management bei Komplikationen in der Implantatchirurgie
- 10.30 – 11.00 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung

SEMINAR | 9.30-13.00 UHR

Dr. Dr. Wolfgang Jakobs/Speicher

Management medizinischer Notfälle bei oralchirurgischer Therapie und während der Sedierung

Praktische Übungen mit SimMan-Simulator von Laerdal

zusätzliche Kursgebühr: 100,- € inkl. MwSt.

WORKSHOPS | 2. STAFFEL | 11.00-12.30 UHR

- NanoBone®** ▶ **2.1. Prof. Dr. Dr. Kai-Olaf Henkel/Hamburg**
Laterale Augmentation durch Anwendung des NanoBone®-Blockes, Einsatzmöglichkeiten und klinische Ergebnisse von nanostrukturiertem Knochenaufbaumaterial. Hands-on-Kurs am Schweinekiefer
- DENTSPLY Friadent** ▶ **2.2. Dr. Orcan Yüksel/Frankfurt am Main**
Digital Dentistry mit DENTSPLY Friadent – Zeitgemäße Behandlungskonzepte und Hightech-Lösungen
- mectron** ▶ **2.3. Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz/Wiesbaden**
Vorteile der Ultraschallchirurgie für Kieferkammaugmentation und Sinuslift
Workshop mit OP-Video-Mitschnitten und Hands-on
- MIS** ▶ **2.4. Dr. Mathias Plöger/Detmold**
Implantatinserion mit dem MIS-System.
Laterale Augmentation, allogene Blockauflagerung mit dem Block-P, Membrantechnik, Splitting-/Spreading- und Condensing-Technik und periimplantäres Weichgewebsmanagement mit Lappentechnik.
Praktische Übungen am Schweinekiefer
- septodont** ▶ **2.5. Priv.-Doz. Dr. Dr. Rainer Rahn/Frankfurt am Main**
Mundschleimhauterkrankungen

ZAHNÄRZTE | FREITAG, 13. NOVEMBER 2009

12.30 – 14.00 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung

Bitte beachten Sie, dass Sie in jeder Staffel nur an einem Workshop teilnehmen können. Notieren Sie die Nummer des von Ihnen gewählten Workshops bitte auf dem Anmeldeformular.

FORTBILDUNG UND MITGLIEDERVERSAMMLUNG DER AG BEHINDERTENBEHANDLUNG IM BDO

FREITAG, DEN 13. NOVEMBER 2009
14.00 – 17.00 UHR

- 14.00 – 15.00 Uhr **State of Art in „Special Care Dentistry“ and the Special Smiles Program Europe**
Prof. Dr. Luc Marks/Belgien
- 15.00 – 15.30 Uhr **Situation und gesundheitspolitische Entwicklungen im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung von Patienten mit Behinderungen**
Dr. Imke Kaschke/Berlin
- 15.30 – 16.00 Uhr **Diskussion und Berichte aus den Ländern**
- 16.00 – 17.00 Uhr **Mitgliederversammlung der AG Behindertenbehandlung im BDO**
Dr. Volker Holthaus/Bad Segeberg

14.00 – 14.15 Uhr **Dr. Dr. Wolfgang Jakobs/Speicher**
Prof. Dr. Jürgen Becker/Düsseldorf
Begrüßung/ Kongresseröffnung

Vorsitz: Prof. Dr. Jürgen Becker/Düsseldorf, Dr. Horst Luckey/Neuwied

14.15 – 14.45 Uhr **Prof. Dr. Alfred Böcking/Düsseldorf**
Stellenwert der Zytologie in der Oralchirurgie

14.45 – 15.15 Uhr **Prof. Dr. Jochen Jackowski/Witten**
Komplikationen in der Oralchirurgie und Implantologie bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formkreis

15.15 – 15.45 Uhr **Dr. Dr. Daniel Rothamel/Köln**
Komplikationen bei blutungsgefährdeten Patienten

15.45 – 16.00 Uhr **Diskussion**

16.00 – 16.30 Uhr **Pause/Besuch der Dentalausstellung**

Vorsitz: Dr. Dr. Wolfgang Jakobs/Speicher, Prof. Dr. Jochen Jackowski/Witten

16.30 – 17.00 Uhr **Dr. Dr. Martin Bonsmann/Düsseldorf**
Indikationen zur Explantation in der oralen Implantologie

17.00 – 17.30 Uhr **Prof. Dr. Dr. Johannes Kleinheinz/Münster**
Schienung von Unterkieferfrakturen

17.30 – 18.00 Uhr **Priv.-Doz. Dr. Frank Peter Strietzel/Berlin**
Zur Bedeutung aktueller Leitlinien der AWMF für die Oralchirurgie

18.00 – 18.15 Uhr **Diskussion**

18.30 – 19.30 Uhr **Mitgliederversammlung**

ab 19.30 Uhr **Get-together Party in der Dentalausstellung**



ZAHNÄRZTE | SAMSTAG, 14. NOVEMBER 2009

Vorsitz: Dr. Joachim Schmidt/Brilon, Dr. Fred Bergmann/Viernheim

- 09.00 – 09.30 Uhr Prof. Dr. Thomas Weischer/Eszen
Risiken bei der Behandlung von Tumorpatienten
- 09.30 – 10.00 Uhr Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz/Wiesbaden
Komplikationen bei Bisphosphonatmedikation
- 10.00 – 10.30 Uhr Prof. Dr. Fouad Khoury/Olsberg
Komplikationen im Rahmen augmentativer Maßnahmen
- 10.30 – 10.45 Uhr Diskussion
- 10.45 – 11.15 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung

PODIUM ①

Vorsitz: Prof. Dr. Thomas Weischer/Eszen,
Prof. Dr. Fouad Khoury/Olsberg

- 11.15 – 11.35 Uhr Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz/Wiesbaden
Komplikationen vermeiden durch Piezosurgery – geht das?
- 11.35 – 11.55 Uhr Dr. Dr. Ralf Smeets/Aachen
Neuartige resorbierbare thrombinbeladene Mikrosphären – ein neuer Weg der lokalen Hämostaseförderung in der Oralchirurgie?
- 11.55 – 12.15 Uhr Dr. Fred Bergmann/Viernheim
Minimalinvasive Implantologie – Chance oder Risiko? Interne vs. externe Sinusbodenelevation unter dem Aspekt der Planung und intraoperativer Risiken bzw. Komplikationen
- 12.15 – 12.35 Uhr Dr. Dr. Stefan Schermer/Berlin
Alloplastische Rekonstruktion eines unilateral vollständig atrophierten Oberkiefers mit dem Ziel der Wiederherstellung der Zahnreihe mittels implantatgetragener Zahnersatz
- 12.35 – 12.55 Uhr Dr. Dr. Matthias Peuten/Karlsruhe
Co-Autor: Dipl.-Ing. Miroslaw Pienkowski
Ultrakurze Implantate als Alternative zur präimplantologischen Augmentation
- 12.55 – 13.00 Uhr Diskussion

Dieses Podium wird unterstützt von:



PODIUM ②

Vorsitz: Dr. Dr. Norbert Mrochen/Kaiserslautern
Dr. Martin Ullner/Hochheim

- 11.15 – 11.35 Uhr Prof. Dr. Dr. Kai-Olaf Henkel/Hamburg
Neue Möglichkeiten und klinische Erfahrungen mit dem NanoBone®-Block
- 11.35 – 11.55 Uhr Dr. Ronny Gläser/Senden
Socket Preservation – Nutzen, Möglichkeiten und Grenzen
- 11.55 – 12.15 Uhr Dr. Orcan Yüksel/Frankfurt am Main
Keine Kompromisse in der Ästhetik – einzeitige vertikale Augmentation mit ringförmigen Knochenblöcken in Synergie mit dem TissueCare Konzept
- 12.15 – 12.35 Uhr Dr. Dr. Daniel Rothamel/Köln
Anwendung eines nanostrukturierten, biphasischen Knochenersatzmaterials (Ossceram nano®). Experimentelle und klinische Ergebnisse
- 12.35 – 12.55 Uhr Dr. Dr. Ronald Bucher/St. Gallen (CH)
Hilft die computergestützte Implantatplanung chirurgische Komplikationen zu vermeiden?
- 12.55 – 13.00 Uhr Diskussion

Dieses Podium wird unterstützt von:



ZAHNÄRZTE | SAMSTAG, 14. NOVEMBER 2009

13.00 – 14.00 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung

Vorsitz: Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz/Wiesbaden, Prof. Dr. Torsten Remmerbach/Leipzig

- 14.00 – 14.30 Uhr Prof. Dr. Andrea M. Schmidt-Westhausen/Berlin
Komplikationen und Misserfolge bei immunsupprimierten Patienten
- 14.30 – 15.00 Uhr Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. Berthold Hell/Siegen
Traumatologie – Risiken und Komplikationen
- 15.00 – 15.30 Uhr Priv.-Doz. Dr. Frank Schwarz/Düsseldorf
Komplikationen im Rahmen der Implantattherapie
- 15.30 – 16.00 Uhr Dr. Dr. Wolfgang Jakobs/Speicher
Komplikationen und Zwischenfälle bei der Lokalanästhesie
- 16.00 – 16.15 Uhr Diskussion
- 16.15 – 16.45 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung

Vorsitz: Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. Berthold Hell/Siegen, Priv.-Doz. Dr. Frank Schwarz/Düsseldorf

- 16.45 – 17.15 Uhr Dr. Michael Bornstein/Bern (CH)
Risiken und Komplikationen bei der operativen Weisheitszahnentfernung
- 17.15 – 17.45 Uhr Dr. Matthias Burwinkel/Mainz
Stellenwert des DVT zur Vermeidung von Komplikationen
- 17.45 – 18.00 Uhr Dr. Peter Schleier/Stavanger (NO)
Studie zur Wertigkeit des endoskopisch kontrollierten internen Sinusliftes mit simultaner Implantation
- 18.00 – 18.15 Uhr Abschlussdiskussion

Die freien Vorträge sowie die Postersession finden am Samstag in der Zeit von 11.15 – 13.00 Uhr in einem separaten Raum statt.

HELFERINNEN | FREITAG, 13. NOVEMBER 2009

SEMINAR ZUR HYGIENEBEAUFTRAGTEN

- 09.00 – 10.30 Uhr Iris Wälter-Bergob/Meschede
Rechtliche Rahmenbedingungen für ein Hygienemanagement
Informationen zu den einzelnen Gesetzen und Verordnungen
Aufbau einer notwendigen Infrastruktur
- 10.30 – 11.00 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung
- 11.00 – 12.30 Uhr Iris Wälter-Bergob/Meschede
Anforderungen an die Aufbereitung von Medizinprodukten
Anforderungen an die Ausstattungen der Aufbereitungsräume
Anforderungen an die Kleidung
Anforderungen an die maschinelle Reinigung und Desinfektion
Anforderungen an die manuelle Reinigung
- 12.30 – 14.00 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung
- 14.00 – 16.00 Uhr Iris Wälter-Bergob/Meschede
Wie setze ich die Anforderungen an ein Hygienemanagement in die Praxis um?
Risikobewertung
Hygienepläne
Arbeitsanweisungen
Instrumentenliste
- 16.00 – 16.30 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung
- 16.30 – 18.00 Uhr Iris Wälter-Bergob/Meschede
Überprüfung des Erlernen
Multiple-Choice-Test
Praktischer Teil
Übergabe der Zertifikate



HELPERINNEN | SAMSTAG, 14. NOVEMBER 2009

KOMMUNIKATIONSSEMINAR

09.00 – 16.00 Uhr

Kommunikation, Marketing, Service – die Rolle der Mitarbeiterin in einem erfolgreichen Dienstleistungsunternehmen
Ute Rabing/Dörverden

(inkl. Pausen 10.45 – 11.15 Uhr und 13.00 – 14.00 Uhr)

Seminarinhalt:

Die Zahnarztpraxis entwickelt sich zunehmend zu einem wirtschaftlich denkenden Dienstleistungsunternehmen, gerade im Hinblick auf „Selbstzahlerleistungen“ und hochwertige Zahnheilkunde. Hierbei spielt der Einfluss der Mitarbeiterin eine wichtige Rolle. In Form von professioneller Kommunikation und patientenorientierten Serviceleistungen kann sie den Patienten mittelbar an die Praxis binden und ihn in seiner Entscheidungsfindung für die optimale Therapie unterstützen. Hierbei dient ein individuelles und serviceorientiertes Marketing durch den Einsatz gezielter Instrumente als unverzichtbares Hilfsmittel. Der Mitarbeiterin werden in diesem Kurs einfache Kommunikationsstrategien und Servicemaßnahmen an die Hand gegeben, die sie sofort in die Praxis umsetzen kann.

ORGANISATORISCHES

Veranstaltungsort/Hotelunterkunft

Hotel Palace Berlin
Budapester Straße 45, 10787 Berlin
Tel.: 0 30/25 02-0, Fax: 0 30/25 02-11 99
www.palace.de



Zimmerbuchungen

Bitte direkt im Übernachtungshotel unter dem Stichwort: „BDO 2009“.

Reservierung

Tel.: 0 30/25 02-11 90 | Fax: 0 30/25 02-11 99

Zimmerpreise

	Standard	Superior	Deluxe
EZ	159,- €*	169,- €*	179,- €*
DZ	179,- €*	189,- €*	209,- €*

*Die Zimmerpreise verstehen sich exkl. Frühstück. Frühstück 26,- € pro Person

Hinweis: Informieren Sie sich vor Zimmerbuchung bitte über eventuelle Sondertarife. Es kann durchaus sein, dass über Internet oder Reisebüros günstigere Konditionen erreichbar sind.

ORGANISATORISCHES



Zimmerbuchungen in unterschiedlichen Kategorien

PRS Hotel Reservation, Tel.: 02 11/51 36 90-61, Fax: 02 11/51 36 90-62
E-Mail: info@prime-con.de

Zimmerkontingent

Das Zimmerkontingent ist nach Verfügbarkeit buchbar bis 25. September 2009.

So kommen Sie zum Kongress

Entfernungen:

Bahnhof Zoologischer Garten: 500 m
Stadtautobahn Ausfahrt „Zentrum“: 2 km
Flughafen Tegel: 8 km

Kongressgebühren vom Freitag, 13. November bis Samstag, 14. November 2009

Zahnärzte (BDO-Mitglieder)	275,- € inkl. MwSt.
Frühbucher	245,- € inkl. MwSt.
Zahnärzte (Nichtmitglieder)	325,- € inkl. MwSt.
Frühbucher	295,- € inkl. MwSt.
Zahnärztliche Assistenten	175,- € inkl. MwSt.
Frühbucher	140,- € inkl. MwSt.
Helferinnenfortbildung	140,- € inkl. MwSt.
Frühbucher	120,- € inkl. MwSt.
Seminar Dr. Jakobs (Freitag)	100,- € inkl. MwSt.

Die Kongressgebühr beinhaltet Kaffeepausen, Tagungsgetränke und Imbissversorgung.

Get-together Party in der Dentalausstellung, Freitag, 13. November 2009

für Kongressteilnehmer

kostenfrei

Frühbucherrabatt für alle Anmeldungen bis zum 31.08.2009 (Eingangsdatum bei der OEMUS MEDIA AG).

Veranstalter

BDO – Berufsverband
Deutscher Oralchirurgen
Bahnhofstraße 54
64662 Speicher
Tel.: 0 65 62/96 82-0
Fax: 0 65 62/96 82-50
www.oralchirurgie.org



Organisation/Anmeldung

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-3 08
Fax: 03 41/4 84 74-2 90
event@oemus-media.de
www.oemus.com
www.event-bdo.de
www.bdo-jahreskongress.de



Fortbildungspunkte

Die Veranstaltung entspricht den Leitsätzen und Empfehlungen der KZBV vom 23.09.05 einschließlich der Punktebewertungsempfehlung des Beirates Fortbildung der BZÄK und der DGZMK. **Bis zu 16 Fortbildungspunkte.**

Nähere Informationen zum Programm, Parallelveranstaltungen und Allgemeinen Geschäftsbedingungen erhalten Sie unter: www.oemus.com



Anmeldeformular per Fax an

03 41/4 84 74-3 90

oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29

04229 Leipzig

Für die 26. Jahrestagung des BDO am 13./14. November 2009 in Berlin melde ich folgende Personen verbindlich an:

		Workshop:	
	<input type="checkbox"/> ja	1.Staffel	___
	<input type="checkbox"/> nein	2.Staffel	___
		Seminar:	<input type="checkbox"/>
			Podium: ① ②
Titel, Name, Vorname, Tätigkeit			
BDO-Mitglied		(Bitte Nummer eintragen bzw. ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Teilnahme an der Fortbildung und Mitgliederversammlung AG Behindertenbehandlung			
		Workshop:	
	<input type="checkbox"/> ja	1.Staffel	___
	<input type="checkbox"/> nein	2.Staffel	___
		Seminar:	<input type="checkbox"/>
			Podium: ① ②
Titel, Name, Vorname, Tätigkeit			
BDO-Mitglied		(Bitte Nummer eintragen bzw. ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Teilnahme an der Fortbildung und Mitgliederversammlung AG Behindertenbehandlung			
<input type="checkbox"/> Ich nehme nur an der Fortbildung und Mitgliederversammlung der AG Behindertenbehandlung teil.			

Praxisstempel/Laborstempel

E-Mail

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für die 26. Jahrestagung des BDO 2009 erkenne ich an.

Datum/Unterschrift

DVT-Technik für alle

Die vergangene IDS zeigte es: die DVT-Technik war das Thema in der Zahnheilkunde und stieß damit auf ein überwältigendes Messeinteresse. Jedoch ist die Technik derzeit noch zu teuer, als dass sich jede Praxis einen Volumentomografen anschaffen kann.

Dr. Markus Blume/Brühl

■ Die Vorteile sind allerdings derart revolutionär, dass sich der Praxisbesitzer schon jetzt die Frage stellen muss, ob er ohne DVT-Technik in ausgewählten Fällen nicht einen erheblichen Konkurrenznachteil gegenüber seinen Kollegen in der Umgebung zu fürchten hat. Gerade Privatpatienten sind anspruchsvoll und oft gut informiert. Für den Köln-Bonner Raum gibt es seit drei Jahren eine interessante Lösung des größer werdenden Dilemmas. Hier wurde im September 2006 das Privatinstitut Cranium eröffnet, welches losgelöst von jeglicher Zahnarztpraxis als Überweisungsinstitut für DVT-Aufnahmen mit der derzeit qualitativ besten DVT-Technik des Morita Accuitomo ausgerüstet ist, und ohne Kosten für die überweisende Praxis auf neutralem Boden DVTs erstellt und auswertet.

Das Cranium-Institut bietet seit einiger Zeit außerdem DVT-Schulungen an, von der Einsteiger-Informationsveranstaltung über indikationsübergreifende Hands-

on-Kurse in Kleingruppen bis hin zur zum eigenen Betrieb notwendigen Strahlenschutzschulung. Interessant ist eine völlig neue Art der Röntgensschulung: der Hands-on-Kurs. Es wird an zwei aufeinanderfolgenden Wochenenden die Anwendung und Auswertung von DVT-Aufnahmen für die Indikationen Oralpathologie/Oralchirurgie, Parodontologie, Endodontie, Kieferorthopädie und das wichtige Feld der Implantatdiagnostik und Implantatnavigation mit verschiedenen Navigationssystemen von Spezialisten der einzelnen Bereiche umfassend vermittelt. ■

KONTAKT

Cranium-Privatinstitut für Diagnostik

Tel.: 0 22 33/61 08 88

Web: www.kopfdiagnostik.de

„Zukunft braucht Herkunft“

Erfolg durch Erfahrung: Gemäß diesem Motto wurde Ende Juli in Dresden als eine von insgesamt sieben Großstädten das zehnjährige Jubiläum von CAMLOG gebührend gefeiert.

Redaktion

■ Nicht nur im Sinne eines Rückblickes trafen sich am 23. Juni in der sächsischen Landeshauptstadt zum Anlass des Jubiläums des CAMLOG Implantatsystems verschiedene Experten aus dem Gebiet der Implantologie. Vielmehr ging es – eingeleitet durch einen Rückblick auf die vergangenen zehn Jahre durch Vertriebsleiter Udo Wolter – darum, dem Auditorium von den Entwicklungen, dem aktuellen Stand und auch den Ausblick für die nahende Zukunft zu berichten. Mit den zusammenfassenden Worten „Wir werden zukünftig mehr über Implantate reden als über Brücken“ wies der die Veranstaltung moderierende Tutzinger Implantologe Dr. Hans-Jürgen Hartmann auf die weiterhin steigende Bedeutung der Implantologie in der Zahnheilkunde hin. Gefolgt von Vorträgen durch Dr. Karl-Ludwig Ackermann/Filderstadt und Dr. Guido Petrin/Stuttgart zu den Fortschritten im Laufe der vergangenen Zeit sowie der Rolle der idealen Implantatposition, sprach Priv.-Doz. Dr. Frank Schwarz/Düsseldorf die Frage nach der Bewertung des implantologischen Erfolges an.

In der zweiten Hälfte der Veranstaltung wurde im Dialog die schablonengeführte Aufbereitung des Implantatlagere durch ZTM Gerhard Stachulla/Augsburg und Dr. Claudio Cacaci/München vorgestellt. Interessierte haben noch bis in den Spätsommer hinein die Gelegenheit, die Veranstaltung in den Städten Berlin (16. September) und Düsseldorf (23. September) mit wechselnder Referentenbesetzung zu besuchen. Weitere Informationen sind unter www.camlog.de verfügbar. ■





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

Kursreihe: 2009/2010
„Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht“
Anti-Aging mit Injektionen

Programm „Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht“ · Kursleiter: Dr. med. Andreas Britz

	1. KURS Live-Demo + praktische Übungen*	2. KURS Live-Demo + praktische Übungen*	3. KURS Live-Demo + praktische Übungen*	4. KURS
MÜNCHEN	03.07.2009, 10.00 – 17.00 Uhr vernetzte und unvernetzte Hyaluronsäure Sponsor: Pharm. Allergan	04.07.2009, 10.00 – 17.00 Uhr Botulinumtoxin-A Sponsor: Pharm. Allergan	09.10.2009, 10.00 – 17.00 Uhr Milchsäure (Sculptra), Kollagen (EVOLENCE) Sponsor: Johnson & Johnson,	Sanofi Aventis 10.10.2009, 10.00 – 13.00 Uhr Abschlussprüfung (multiple choice) und Übergabe des Zertifikats
DÜSSELDORF	12.03.2010, 10.00 – 17.00 Uhr vernetzte und unvernetzte Hyaluronsäure Sponsor: Pharm. Allergan	13.03.2010, 10.00 – 17.00 Uhr Botulinumtoxin-A Sponsor: Pharm. Allergan	30.04.2010, 10.00 – 17.00 Uhr Milchsäure (Sculptra), Kollagen (EVOLENCE) Sponsor: Johnson & Johnson, Sanofi-Aventis	01.05.2010, 10.00 – 13.00 Uhr Abschlussprüfung (multiple choice) und Übergabe des Zertifikats
BERLIN	01.10.2010, 10.00 – 17.00 Uhr vernetzte und unvernetzte Hyaluronsäure Sponsor: Pharm. Allergan	02.10.2010, 10.00 – 17.00 Uhr Botulinumtoxin-A Sponsor: Pharm. Allergan	19.11.2010, 10.00 – 17.00 Uhr Milchsäure (Sculptra), Kollagen (EVOLENCE) Sponsor: Johnson & Johnson, Sanofi-Aventis	20.11.2010, 10.00 – 13.00 Uhr Abschlussprüfung (multiple choice) und Übergabe des Zertifikats

*Jeder Teilnehmer hat die Möglichkeit für die praktischen Übungen einen Probanden mitzubringen. Hierfür werden interessierten Teilnehmern lediglich die Materialkosten in Rechnung gestellt.

Organisatorisches

Kursgebühren je Kurs (1.–3. Kurs)

IGÄM-Mitglied 270,00 € zzgl. MwSt.
 Nichtmitglied 330,00 € zzgl. MwSt.

Tagungspauschale

pro Teilnehmer 45,00 € zzgl. MwSt.
 (umfasst Pausenversorgung und Tagungsgetränke, für jeden Teilnehmer verbindlich)

Abschlussprüfung (inkl. Zertifikat)

IGÄM-Mitglied 265,00 € zzgl. MwSt.
 Nichtmitglied 295,00 € zzgl. MwSt.

Die Übergabe des Zertifikates erfolgt nach erfolgreichem Abschluss der Kursreihe. Bitte beachten Sie, dass die Kurse **nur im Paket** gebucht werden können. Wenn Sie einen der Kurse als **Nachholtermin** besuchen möchten, ist die Buchung auch einzeln möglich. Hinweis: Die Ausübung von Faltenbehandlungen setzt die entsprechenden medizinischen Qualifikationen voraus.

Weitere Informationen zu Programm und den Allgemeinen Geschäftsbedingungen entnehmen Sie bitte unserer Internetseite www.oemus.com

Veranstalter/Organisation

OEMUS MEDIA AG
 Holbeinstraße 29
 04229 Leipzig
 Tel.: 03 41/4 84 74-3 08
 Fax: 03 41/4 84 74-2 90
 E-Mail: event@oemus-media.de
www.oemus.com

Wissenschaftliche Leitung

IGÄM – Internationale Gesellschaft für Ästhetische Medizin e.V.
 Feldstraße 80
 40479 Düsseldorf
 Tel.: 02 11/1 69 70-79
 Fax: 02 11/1 69 70-66
 E-Mail: sekretariat@igaem.de

In Kooperation mit



Anmeldeformular per Fax an
03 41/4 84 74-2 90
 oder im Fensterumschlag an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29

04229 Leipzig

Für den Kurs **„Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht“** am

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 03. Juli 2009 in München | <input type="checkbox"/> 12. März 2010 in Düsseldorf | <input type="checkbox"/> 01. Oktober 2010 in Berlin |
| <input type="checkbox"/> 04. Juli 2009 in München | <input type="checkbox"/> 13. März 2010 in Düsseldorf | <input type="checkbox"/> 02. Oktober 2010 in Berlin |
| <input type="checkbox"/> 09. Oktober 2009 in München | <input type="checkbox"/> 30. April 2010 in Düsseldorf | <input type="checkbox"/> 19. November 2010 in Berlin |
| <input type="checkbox"/> 10. Oktober 2009 in München | <input type="checkbox"/> 01. Mai 2010 in Düsseldorf | <input type="checkbox"/> 20. November 2010 in Berlin |

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

_____ Mitglied IGÄM
 _____ Nichtmitglied IGÄM

Name/Vorname/Titel _____ Mitglied IGÄM
 _____ Nichtmitglied IGÄM

Name/Vorname/Titel _____

Praxisstempel

 E-Mail _____

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG erkenne ich an.
 Falls Sie über eine E-Mail-Adresse verfügen, so tragen Sie diese bitte links in den Kasten ein.

_____ Datum/Unterschrift

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

■ Wohlbehalten – und hoffentlich gut erholt – zurückgekehrt aus den Sommerferien, sollten Sie einen Blick auf das Fortbildungsangebot des BDO für den Herbst/Winter 2009/2010 werfen. Neben den etablierten und Ihnen bekannten Fortbildungsbausteinen wie die Implantologie, die Parodontologie, die Traumatologie sowie die bildgebenden und die Sedierungsverfahren möchten wir Ihnen die Oralpathologie als neuen Baustein für das kommende Jahr anbieten. Die Diagnostik sowie die Therapie von Mundschleimhauterkrankungen wird ein Schwerpunkt dieses Bausteins darstellen. Für die Oralchirurgie als Teil der Medizin haben die Kenntnisse auf diesem Gebiet eine besondere Bedeutung insbesondere für die Früherkennung von Schleimhautveränderungen. Dieser

Baustein wird als Tageskurs zeitgleich mit den bestehenden implantologischen bzw. parodontologischen Curricula angeboten werden. Über die Einzelheiten des Programms werden wir Sie zeitnah informieren.

Weiterhin werden wir bei der Veranstaltung „Implantologie für den Praktiker“, die seit drei Jahren kurz vor Weihnachten in Zusammenarbeit mit der DGMKG in München stattfindet, ebenso gutachterliche Fragestellungen im Bereich der Implantologie erörtern, da diese Thematik mehr und mehr an Bedeutung für die Praxis gewinnt. ■

Für das Fortbildungsreferat

Dr. Mathias Sommer, Dr. Martin Ullner, Dr. Markus Blume

Fortbildungsveranstaltungen des BDO 2009/2010

Baustein Implantologie „Continuing education program“ Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

**06.–08. 11. 2009 Fortbildungsveranstaltung des Curriculums Implantologie
– Baustein zum Erwerb des Tätigkeitsschwerpunktes Implantologie**

Ort: Berlin
Information: boeld communication, Frau Stephanie Hirschel, Tel.: 0 89/18 90 46 14
Anmeldung: Nach Veröffentlichung des Programms online über Link;
Veröffentlichungszeitpunkt im Anschluss an die vorangegangene Veranstaltung

Baustein Parodontologie „Continuing education program“ Tätigkeitsschwerpunkt Parodontologie

**06.–08. 11. 2009 Fortbildungsveranstaltung des Curriculums Parodontologie
– Baustein zum Erwerb des Tätigkeitsschwerpunktes Parodontologie**

Ort: Berlin
Information: boeld communication, Frau Stephanie Hirschel, Tel.: 0 89/18 90 46 14
Anmeldung: Nach Veröffentlichung des Programms online über Link;
Veröffentlichungszeitpunkt im Anschluss an die vorangegangene Veranstaltung

Baustein Traumatologie „Continuing education program“

02. 10. 2009 Tageskurs Traumatologie

Ort: Klinikum Osnabrück
Referent: Prof. Dr. Dr. Jänicke
Anmeldung: boeld communication, Frau Stephanie Hirschel, Tel.: 0 89/18 90 46 14

Baustein Bildgebende Verfahren „Continuing education program“

19. 09. 2009 DVT-Sachkundenachweis in 3-D-Röntgendiagnostik

Ort: Berlin, Reinhardtstraße 29, 10117 Berlin
Referenten: Prof. Dr. Rother, Dr. Dr. Ehrl
Anmeldung: lahm@preident.de
Termine: Teil 1 am **19. 09. 2009** (Samstag), Teil 2 am **12. 12. 2009** (Samstag)

30./31.10.2009 Hands-on-Kurs DVT-Diagnostik, Fachkunde im Strahlenschutz Teil 1 (Oralchirurgie, Implantologie, Navigation)

Ort: Köln/Hürth
Information: Cranium Privatinstitut für Diagnostik und Weiterbildung, Kalscheurener Str. 19a, 50354 Hürth,
Tel.: 0 22 33/61 08 88, www.kopfdiagnostik.de

27./28.11.2009 Hands-on-Kurs DVT-Diagnostik, Fachkunde im Strahlenschutz Teil 2 (Parodontologie, Endo, Kieferorthopädie)

Ort: Köln/Hürth
 Information: Cranium Privatinstitut für Diagnostik und Weiterbildung, Kalscheurener Str.19a, 50354 Hürth,
 Tel.: 0 22 33/61 08 88, www.kopfdiagnostik.de

30.01.2010 Fachkunde im Strahlenschutz DVT Teil 3

Ort: Köln/Hürth
 Information: Cranium Privatinstitut für Diagnostik und Weiterbildung, Kalscheurener Str.19a, 50354 Hürth,
 Tel.: 0 22 33/61 08 88, www.kopfdiagnostik.de

Die drei Kurse sind zusammenhängend zu belegen.

Baustein Anästhesiologie „Continuing education program“**25.–27.09.2009 Workshop „Conscious Sedation for Oral Surgery“ mit Live-OPs**

inkl. Reanimationsübungen und erweiterten lebensrettenden Sofortmaßnahmen! (Airway-Management)
 in Anlehnung an die Guidelines for „conscious sedation“

Referent: Dr. med. Dr. med. dent. W. Jakobs
 Ort: Privatklinik für zahnärztliche Implantologie und ästhetische Zahnheilkunde – IZI, Bahnhofstr. 54, 54662 Speicher
 Anmeldung: Tel.: 0 65 62/96 82-0, Fax: 0 65 62/96 82-50

Weitere Fortbildungsveranstaltungen**07.–18.09.2009 Implantologie in Afrika**

Grundlagen, erfolgreiche Vorgehensweisen und betriebswirtschaftliche Aspekte

Ort: Johannesburg/Südafrika
 Anmeldung: Dr. Christian Siepe, kontakt@drsiepe.de, Fax: 0 29 73/22 17

12.09.2009 Bonemanagement Kurse Prof. Weischer/Prof. Augthun

Ort: Uni-Klinik Essen
 Info/Anmeldung: Tel.: 02 08/47 16 84
 Termine: Teil 1 am **12.09.2009** (Samstag), Teil 2 am **31.10.2009** (Samstag)

23./24.10.2009 OP-Kurs Astra-Tech System sowie Abrechnungseminar Implantologie

Referent: Dr. Mathias Sommer, ZMV Michaela Brandt
 Ort: Praxis- und Seminarräume Dr. Mathias Sommer, Köln
 Anmeldung: Praxis Dr. Sommer, Elstergasse 3, 50667 Köln, Tel.: 02 21/2 58 49 66

28.10.2009 Der PAR-Patient: Ein Praxiskonzept – Seminar und praktische Übungen

Referent: Dr. Ralf Rössler, Dr. Mathias Sommer
 Ort: Praxis- und Seminarräume Dr. Mathias Sommer, Köln
 Anmeldung: Praxis Dr. Sommer, Elstergasse 3, 50667 Köln, Tel.: 02 21/2 58 49 66

13./14.11.2009 BDO-Jahreskongress

Ort: Berlin
 Anmeldung: Oemus Media AG, Tel.: 03 41/4 84 74-3 08, Fax: 03 41/4 84 74-2 90, Web: www.bdo-jahreskongress.de

07./08.05.2010 Gemeinschaftsveranstaltung BDO, DGMKG, DGI und DGP

Ort: Kloster Eberbach
 Information: weitere Informationen folgen

Bitte beachten Sie auch die chirurgischen Fortbildungen der DGMKG.



Dr. Mathias Sommer
 Fortbildungsreferent
 Elstergasse 3, 50667 Köln
 E-Mail: praxis@docsommer.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

Datum	Ort	Veranstaltung	Info/Anmeldung
04.–05.09.2009	Leipzig	6. Leipziger Forum für Innovative Zahnmedizin	Tel.: 03 41/4 84 74-3 08 Fax: 03 41/4 84 74-2 90 Web: www.fiz-leipzig.de
18./19.09.2009	Konstanz	EUROSYMPOSIUM – 4. Süddeutsche Implantologietage	Tel.: 03 41/4 84 74-3 08 Fax: 03 41/4 84 74-2 90 Web: www.eurosymposium.de
08.–11.10.2009	Hannover	Bone-Tissue-Engineering – bone-tec 2009	Tel.: 05 11/8 50 62 32 Fax: 05 11/28 17 57 Web: www.bone-tec.com
09.–10.10.2009	München	DENTALHYGIENE START UP 2009 12. DEC Dentalhygiene-Einsteiger-Congress	Tel.: 03 41/4 84 74-3 08 Fax: 03 41/4 84 74-2 90 Web: www.oemus.com
14.–17.10.2009	Australien	IFDAS-Kongress 2009	Web: www.ifdas2009.com
07.11.2009	Köln	Symposium – Orofaziales Syndrom	Tel.: 03 41/4 84 74-3 08 Fax: 03 41/4 84 74-2 90 Web: www.oemus.com
13./14.11.2009	Berlin	26. Jahrestagung des BDO	Tel.: 03 41/4 84 74-3 08 Fax: 03 41/4 84 74-2 90 Web: www.bdo-jahreskongress.de

Oralchirurgie Journal

Berufsverband Deutscher Oralchirurgen

Sekretariat: Katrin Nettesheim
Bahnhofstraße 54 · 54662 Speicher
Tel. 0 65 62/96 82-15 · Fax 0 65 62/96 82-50
E-Mail: izi-gmbh.speicher@t-online.de
Web: 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. 03 41/4 84 74-0 · Fax 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: kontakt@oemus-media.de · Web: www.oemus-media.de
Deutsche Bank AG Leipzig · BLZ 860 700 00 · Kto. 1 501 501

Verlagsleitung:

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

Chefredaktion:

Dr. Dr. Peter A. Ehrl
Alt Moabit 98 · 10559 Berlin
E-Mail: ehrl@denhouse.com

Redaktionsleitung:

Katja Kupfer (V.i.S.d.P.) · Tel. 03 41/4 84 74-3 27

Redaktion:

Kristin Urban · Tel. 03 41/4 84 74-3 25
Eva Kretschmann · Tel. 03 41/4 84 74-3 35

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. Jochen Jackowski, Universität Witten/Herdecke;
Prof. Dr. F. 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; Prof. Torsten Remmerbach, Griffith University,
Queensland/Australien; Dr. Dr. Wolfgang Jakobs, Speicher;

Priv.-Doz. Dr. Dr. Rainer Rahn, Frankfurt am Main
Dr. Daniel Engler-Hamm, München

Korrektorat:

Ingrid Motschmann · Tel. 03 41/4 84 74-1 25
E. Hans Motschmann · Tel. 03 41/4 84 74-1 26

Herstellung:

Sandra Ehnert · Tel. 03 41/4 84 74-1 19
W. Peter Hofmann · Tel. 03 41/4 84 74-1 16

Erscheinungsweise:

Das Oralchirurgie Journal – Berufsverband Deutscher Oralchirurgen
– erscheint 2009 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



ORALCHIRURGIE JOURNAL

Abo



■ Das Oralchirurgie Journal richtet sich an alle Fachzahnärzte für Oralchirurgie sowie chirurgisch tätige Zahnärzte im deutschsprachigen Raum. Das Mitgliederorgan des Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen ist das autorisierte Fachmedium für den Berufsstand und eine der führenden Zeitschriften in diesem Informationssegment. Über 4.000 spezialisierte Leser erhalten quartalsweise durch anwenderorientierte Fallberichte, Studien, Marktübersichten und komprimierte Produktinformationen ein regelmäßiges medizinisches Update aus der Welt der Oralchirurgie. ■

| Erscheinungsweise: 4 x jährlich
| Abopreis: 35,00 €
| Einzelheftpreis: 10,00 €

Preise zzgl. Versandkosten + gesetzl. MwSt.

Faxsendung an 03 41/4 84 74-2 90

Ja, ich möchte das **ORALCHIRURGIE JOURNAL** Jahresabonnement zum Preis von 35,00 €/Jahr beziehen.

Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraumes schriftlich gekündigt wird (Poststempel genügt).

Name, Vorname: _____ E-Mail: _____

Straße: _____ Telefon/Fax: _____

PLZ/Ort: _____ Unterschrift **X** _____

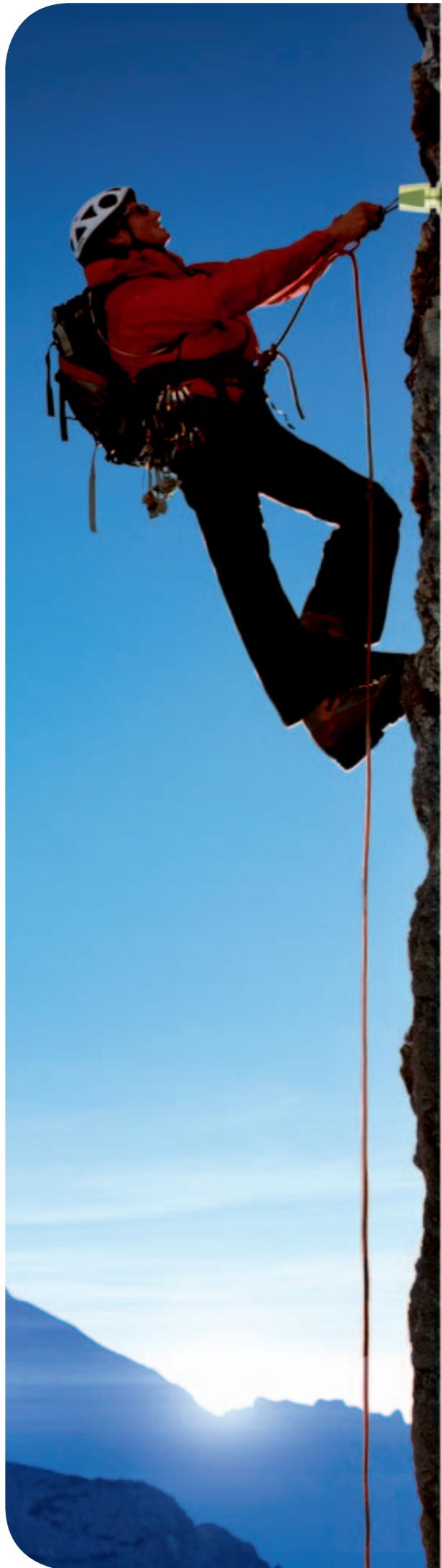
Widerrufsbelehrung: Den Auftrag kann ich ohne Begründung innerhalb von 14 Tagen ab Bestellung bei der OEMUS MEDIA AG, Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig schriftlich widerrufen. Rechtzeitige Absendung genügt.

Unterschrift **X** _____

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



*Preise zzgl. Versandkosten + gesetzl. MwSt.



XiVE®: **Implantologie ohne Grenzen**

Die überlegene chirurgische und prothetische Vielseitigkeit von XiVE® setzt Ihnen keine Grenzen.

- **Hervorragende Primärstabilität**
selbst in weichem Knochen
- **Erfolgreich auch bei schmalsten Lücken**
mit XiVE® 3,0
- **Sofortige Implantatversorgung**
durch das integrierte TempBase-Konzept
- **Größtmögliche prothetische Vielfalt**
weltweit geschätzt

Entdecken Sie Ihre implantologische Freiheit mit XiVE®.
<http://xive.dentsply-friadent.com>

XiVE® | **DENSPLY**
FRIADENT

Implantology Unlimited