

IMPLANTOLOGIE JOURNAL

Ab 1. Januar 2014:
**NEUES DGZI-CURRICULUM
IMPLANTOLOGIE –
Jetzt mit E-Learning
(Infos Seite 62)**



I Spezial

Minimalinvasiv trotz stark reduziertem Knochenangebot bei Zahnarztphobie | Grundlegende Parameter der Behandlungsplanung beim zahnlosen Oberkiefer

I Fachbeitrag

Erweiterte Indikation: Konusprothesen auf individuellen Abutments

I Anwenderbericht

Präklinische und klinische Aspekte moderner Implantatsysteme | Sofortimplantation nach Implantatbruch im Unterkiefer

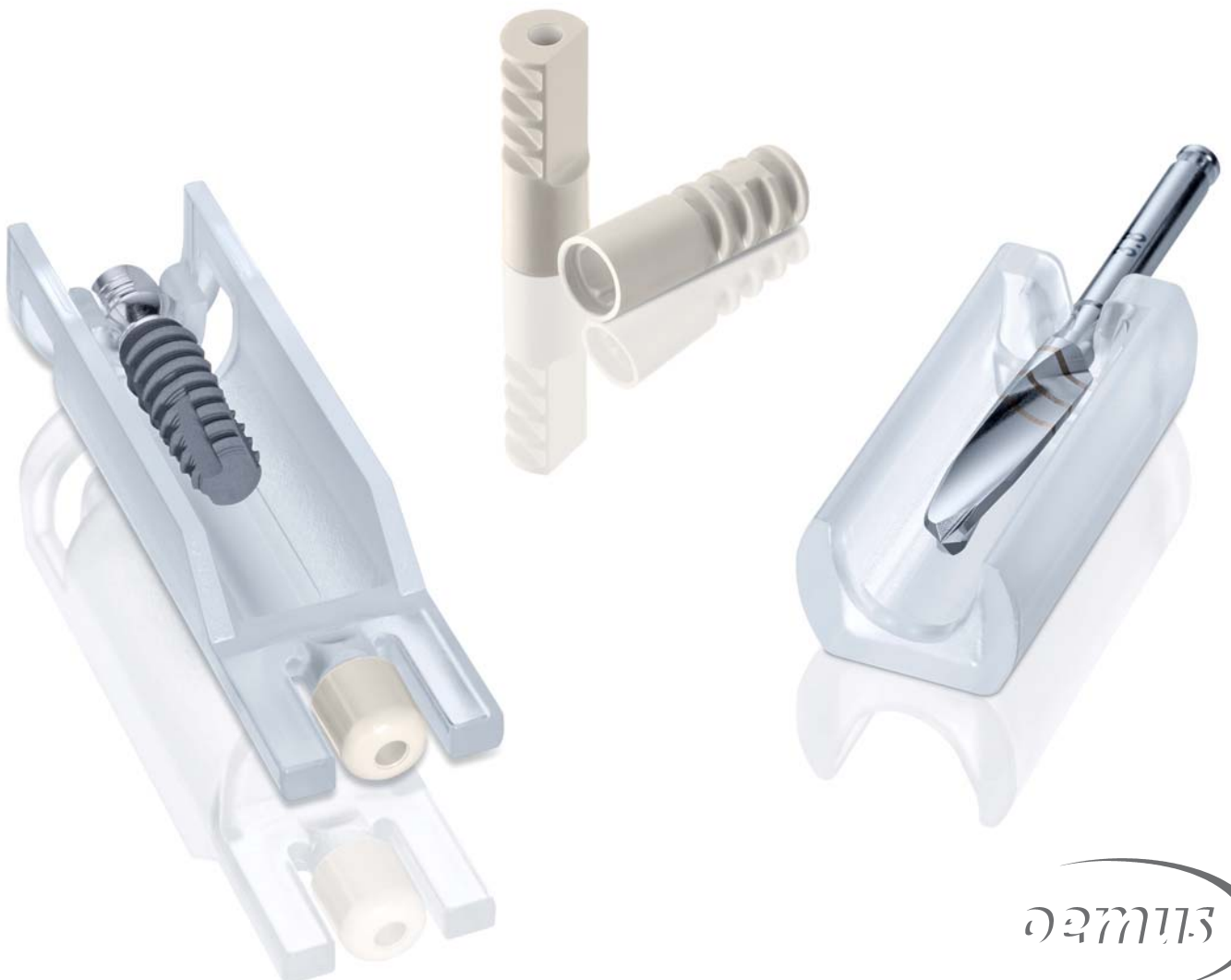
I Events

43. Internationaler Jahreskongress der DGZI in Berlin

I DGZI intern

DGZI fördert Nachwuchs in der Implantologie

Implantologische Konzepte bei stark reduziertem Knochenangebot



champions (r)evolution®

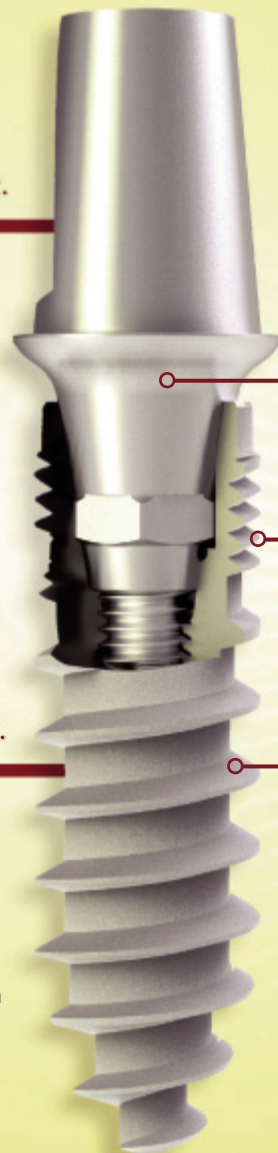
Implantieren Sie noch oder "champen" Sie schon? *

KLASSISCH-KONVENTIONELL &
MIMI®-FLAPLESS-FÄHIG

(MINIMAL-INVASIV)

ABUTMENT je **39 €** + 19% MwSt.

- 0° / 15° / 22° / 30°
- Locator™
Locator™ ist ein eingetragenes Warenzeichen
der Zest Anchors LLC
- Tulpe
- Klebebasis für Zirkon ICAs

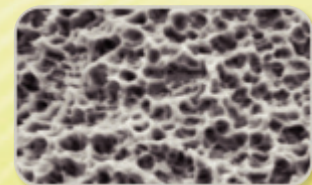


- Innenkonus von 9,5° und
ausgezeichnete Implantat-/
Abutmentverbindung
("Zipprich-Studie" der Universität Frankfurt)
- Krestales Mikrogewinde
für beste Primärstabilität

IMPLANTAT je **59 €** + 7% MwSt.

- **im Einzelpack**
- Ø: 3,5 / 4,0 / 4,5 / 5,5 mm
- Längen: 6,5 / 8 / 10 / 12 / 14 / 16 mm

- Oberfläche der champions®
Eine der Besten!
(Studie der Universitätsklinik Köln)



9 µm

ANGEBOT*

Systemneueinsteigern stellen wir für ein Jahr unser OP- und Prothetikset und für die ersten beiden Patientenfälle Implantate auf Kommission zur Verfügung ("No-Invest").



champions® einteilig

der Standard für das MIMI® -Verfahren

Minimal-Invasive Methodik der Implantation

champions-implants.com

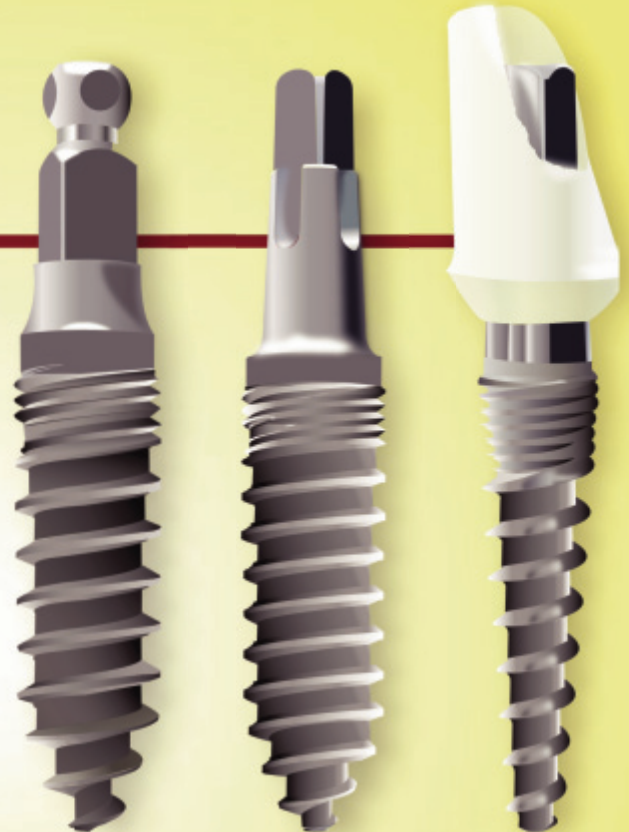
EINTEILIG je **74 €** +7% Mwst.

TULPENKOPF

- Ø: 2,5 / 3,0 / 4,0 mm
- Längen: 8 - 24 mm

VIERKANT

- Ø: 3,0 / 3,5 / 4,5 / 5,5 mm
- Längen: 6 - 24 mm



GRATIS WEBINAR

mit Dr. Tariq Idris

MIMI-FLAPLESS vs. FULL-FLAP - Progress in Dental Implantology

13.11. 2013 um 16:00 Uhr

nähere Informationen & Anmeldung unter: www.champions-implants.com



champions  implants
time to be a champion®

Champions-Implants GmbH
Bornheimer Landstr. 8
D - 55237 Flonheim

Tel.: +49 (0) 6734 - 91 40 80
Fax: +49 (0) 6734 - 1053
info@champions-implants.com

Surgic Pro⁺ × VarioSurg3

Power² mal Leistung²

NSK stellt das weltweit einzigartige Link-System vor, mit dem zwei essenzielle Elemente der Oralchirurgie miteinander gekoppelt werden können: Ein Implantatmotor und ein Ultraschall-Chirurgiegerät.

Surgic Pro, NSK's Implantatmotor mit hohem, dank AHC (Advanced Handpiece Calibration) äußerst präzisiertem Drehmoment, und VarioSurg3, das neue NSK Ultraschall-Chirurgiegerät mit 50% höherer Leistung, können als ein miteinander verbundenes Chirurgiecenter verwendet werden.

Mit den optionalen Koppellementen verbinden Sie die beiden perfekt miteinander harmonisierenden Steuergeräte auf minimalem Raum und erweitern damit die Möglichkeiten der Oralchirurgie.



AKTIONSPREISE

vom 01. September bis 31. Dezember 2013, z. B.

SPARPAKET S5

Surgic Pro+D
+ Lichthandstück X-SG65L
+ sterilisierbarer
Kühlmittelschlauch
+ VarioSurg3 non FT
+ CART DUO inkl. Link Kabel

8.999€*

Sparen Sie
2.599€

Surgic Pro

- Kraftvolles Drehmoment (bis 80 Ncm)
- Breites Drehzahlspektrum (200–40.000/min)
- Höchste Drehmomentgenauigkeit
- Kleiner und leichter Mikromotor mit LED
- Höchste Lebensdauer und Zuverlässigkeit
- Autoklavierbarer, thermodesinfizierbarer Mikromotor

VarioSurg3

- 50% höhere Maximalleistung
- Jederzeit abrufbare „Burst“-Funktion generiert Hammereffekt für höchste Schneideffizienz
- Licht, Kühlmittelmenge und Leistung je nach Anwendungsbereich regulierbar
- Power Feedback & Auto Tuning Funktion
- Breiter klinischer Anwendungsbereich
- Autoklavierbares, thermodesinfizierbares Handstück



EDITORIAL

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

als frisch gewählter DGZI-Präsident liegt es mir am Herzen, Sie auf diesem Wege zu begrüßen und schon jetzt um Ihr Vertrauen und Ihre Mitarbeit zu werben. Durch vielfältige, ehrenamtliche Führungssämter in der Vergangenheit bin ich mir der Bedeutung bewusst, dass der Vorstand einer Gesellschaft den engen Kontakt zu den Mitgliedern nicht nur sucht, sondern ständig neu erarbeitet. Bekanntermaßen gibt es auf nationaler und internationaler Ebene eine Reihe von implantologischen Gesellschaften, die sich untereinander in vielen Dingen ähneln – aber sich ebenso unterscheiden. Die implantologisch-prothetische Versorgung – das Hinzufügen des Wortes „prothetisch“ soll schon ein Zeichen meinerseits sein – ist allen Gesellschaften als gemeinsames Ziel natürlich gleich. Die Unterschiede zeigen sich durch die Akzente bei der Auswahl von Themen/Inhalten wie bei deren Umsetzung und auch in der „Personalstruktur“ der Mitglieder und Vorstände.

Während einige Gesellschaften nichtakademische, aber für uns unentbehrliche Personenkreise gar nicht als Mitglieder zulassen, werde ich sehr daran interessiert sein, diesen in der DGZI anders beschrittenen Weg verstärkt zu verfolgen, um z.B. die Zahntechniker und auch die Zahnmedizinischen Fachangestellten in Zukunft durch Themen-, Referentenwahl und sonstige Werbung anzusprechen und einzubinden. Ebenfalls muss man sich stets vor Augen halten, dass die zahnärztliche Implantologie in Deutschland ihre ursprünglichen Wurzeln in der Praxis hatte, bevor die Hochschule hinzutrat. Somit ist es wichtig, dass die Hochschule vor dem notwendigen wissenschaftlichen Hintergrund in den Gesellschaften vertreten ist und auch in Führungspositionen eingebunden wird – allerdings lebt die zahnärztliche Implantologie ganz entscheidend durch die niedergelassene Kollegenschaft. Diese notwendige Verbindung wird sicherlich gut gefördert und besonders deutlich sichtbar, wenn ein Hochschullehrer guten Einblick in den chirurgischen und auch in den prothetischen Bereich hat und möglicherweise auch diese beiden Bereiche gut vertreten kann, was ich durch meine Person gewährleisten sehe.

Die neu in der DGZI geschaffene Art der Wissensvermittlung über E-Learning sogar auf internationaler Basis – und zusätzlich noch mit Wahlmodulen einerseits unter Beibehaltung von Pflichtmodulen andererseits – kommt der niedergelassenen Kollegenschaft sehr entgegen. Ebenso ist die Schaffung von Diskussionsforen/-podien unter Heranziehung von Diskutanten „aus allen Lagern“ ein unbedingt weiter zu verfolgendes Element in der DGZI. Mein Fachwissen im wissenschaftlichen und im praktischen, klinischen Bereich durch jahrzehntelange Tätigkeit in den Teilbereichen verbunden mit meinen gewonnenen internationalen Kontakten möchte ich fruchtbringend einbinden. So kann ich sicherlich Ideen bezüglich Tagungsthemen, potenziellen Referentinnen/Referenten einbringen sowie den Ausbau der eindrucksvoll bestehenden internationalen Kontakte vorantreiben (etwa nach Russland und China).

Darüber hinaus ist es mir besonders wichtig, sowohl die Studierenden der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde wie auch die in der Ausbildung befindlichen Zahntechniker/-innen und Zahnmedizinischen Fachangestellten schon frühzeitig „abzuholen“ und nicht nur über die Themen „implantologisch-prothetische Versorgung“ allgemein, sondern auch über die DGZI und die sich so eröffnenden Möglichkeiten zu informieren. Dies alles kann nur von Erfolg gekrönt sein, wenn zum einen aufseiten der DGZI nicht allein der Präsident, sondern alle meinungsbildenden Personen, wie vor allem der Vorstand, sich aktiv einbringen und wenn zum anderen bei den Angesprochenen die Sensibilität für die von der DGZI geschaffenen Möglichkeiten auch besteht, und die „Insider“ unter Ihnen die gewonnenen positiven Eindrücke auch weitersagen.

In diesem Sinne, Sie alle um Ihre Mitarbeit im Sinne des Faches und in dem der DGZI bittend sowie auf ein mir wohlgesonnenes Vertrauen hoffend, verbleibe ich mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Heiner Weber (Ärztlicher Direktor Universität Tübingen, Präsident der DGZI)

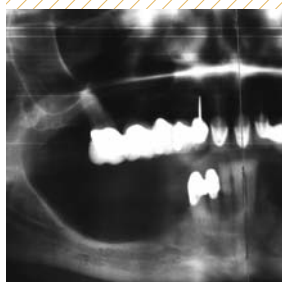


Infos zum Autor



Titelbild mit Unterstützung
der CAMLOG Vertriebs GmbH

INHALT



Spezial

- 8 **Minimalinvasiv trotz stark reduziertem Knochenangebot bei Zahnarztphobie**
Dr. Dr. Rainer Fangmann, M.Sc.,
ZTM Fabian Zinser
- 18 **Grundlegende Parameter der Behandlungsplanung beim zahnlosen Oberkiefer**
Dr. Edmond Bedrossian

Fachbeitrag

- 24 **Erweiterte Indikation: Konusprothesen auf individuellen Abutments**
Dr. med. dent. Gerrit Günther,
Dr. med. dent. Ante Majic-Todt,
ZTM Fabian Zinser

Anwenderbericht

- 32 **Präklinische und klinische Aspekte moderner Implantatsysteme**
Dr. Daniel Ferrari, M.Sc.
- 36 **Sofortimplantation nach Implantatbruch im Unterkiefer**
Dr. med. dent. Christoph Blum

Interview

- 52 **„Eine gute Kombination: Hochschullehrer und niedergelassene Kollegen arbeiten zusammen“**

Events

- 54 **43. Internationaler Jahreskongress der DGZI in Berlin: Praxisorientierte Implantologie**
Dr. Georg Bach

DGZI intern

- 60 **Original auf Original – der Unterschied ist offensichtlich!**
Dr. Georg Bach
- 62 **E-Learning für Implantologen – weniger Zeitaufwand, mehr Flexibilität**
Kathrin Schuldt, M.A.
- 64 **Implantologie aus 43 Jahren**
- 66 **DGZI fördert Nachwuchs in der Implantologie**

5 Editorial

40 Herstellerinformationen

68 Tipp

70 News

74 Impressum

**Ab 1. Januar 2014:
NEUES DGZI-CURRICULUM
IMPLANTOLOGIE –
Jetzt mit E-Learning (Infos Seite 62)**



Wir präsentieren

3i T3 IMPLANT™

BIOMET **3i** ist der weltweit führende Anbieter von Hybrid-Implantat-Systemen. 1996 hat das Unternehmen mit dem OSSEOTITE® Implantat, dem ersten Hybrid Design, die Implantologie revolutioniert.

Eine Weiterentwicklung dieser Technologie ist das moderne **3i T3**® Hybrid Implantat.

BIOMET **3i** Implantate gibt es jetzt mit einer Multilevel Topographie.



Preservation By Design®

- Modernes Hybrid Design mit Multilevel Topographie
- Verbessertes ästhetisches Ergebnis durch Reduktion des krestalen Knochenrückgangs auf weniger als 0,37 mm¹
- Die Certain® Innenverbindung reduziert die Undichtigkeit im Mikrobereich durch enge Toleranzen der Verbindungen und eine maximale Erhöhung der Haltekräfte.*^{2,3}

Für weitere Informationen kontaktieren
Sie bitte unseren Customer Service unter
+49 (0)800 101 64 20 oder besuchen Sie uns
online auf www.biomet3i.com

BIOMET 3i™
PROVIDING SOLUTIONS – ONE PATIENT AT A TIME™

1. Östman PO¹, Wennerberg A, Albrektsson T. Immediate Occlusal Loading Of NanoTite Prevail Implants: A Prospective 1-Year Clinical And Radiographic Study. Clin Implant Dent Relat Res. 2010 Mar;12(1):39-47.
2. Suttin¹¹ et al. A novel method for assessing implant-abutment connection seal robustness. Poster Presentation: Academy of Osseointegration, 27th Annual Meeting; March 2012; Phoenix, AZ. http://biomet3i.com/Pdf/Posters/Poster_Seal%20Study_ZS_AO2012_no%20logo.pdf
3. Suttin Z¹¹, Towse R¹¹. Dynamic loading fluid leakage characterization of dental implant systems. ART1205EU BIOMET **3i** White Paper. BIOMET **3i**, Palm Beach Gardens, Florida, USA. <http://biomet3i.com/Pdf/EMEA/ART1205EU%20Dynamic%20Loading%20T3%20White%20Paper.pdf>

¹Dr. Östman steht in einem finanziellen Vertragsverhältnis zu BIOMET **3i** LLC aufgrund seiner Referenten- und Beratertätigkeit sowie weiterer Dienstleistungen.

¹¹Herr Suttin und Herr Towse waren während ihrer Tätigkeit bei BIOMET **3i** an den oben genannten Untersuchungen beteiligt.

*Der Test auf Dichtigkeit der Verbindung wurde von BIOMET **3i** von Juli 2011 bis Juni 2012 durchgeführt. Für den Test der Implantatsysteme wurde eigens ein dynamischer Belastungstest entwickelt und durchgeführt. Die Testung erfolgte gemäß Testnorm ISO 14801 (Zahnheilkunde – Implantate – Dynamischer Belastungstest für enossale dentale Implantate). Es wurden fünf (5) BIOMET **3i** PREVAIL Implantatsysteme und fünf (5) von drei (3) Mitbewerber-Implantatsystemen getestet. Die Ergebnisse von Labortests sind nicht unbedingt aussagekräftig für die klinische Leistungsfähigkeit.

3i T3, Certain, OSSEOTITE and Preservation By Design are registered trademarks and **3i T3** Implant design and Providing Solutions - One Patient At A Time are trademarks of BIOMET **3i** LLC. ©2013 BIOMET **3i** LLC.

All trademarks herein are the property of BIOMET **3i** LLC unless otherwise indicated. This material is intended for clinicians only and is NOT intended for patient distribution. This material is not to be redistributed, duplicated, or disclosed without the express written consent of BIOMET **3i**. For additional product information, including indications, contraindications, warnings, precautions, and potential adverse effects, see the product package insert and the BIOMET **3i** Website.

Minimalinvasiv trotz stark reduziertem Knochenangebot bei Zahnarztphobie

Die kaufunktionelle prothetische Versorgung des zahnlosen Kiefers ist ohne Implantatverankerung kaum mehr befriedigend lösbar. Dabei muss die fehlende Prothesenstabilität durchaus als mögliche Ursache einer Mangelernährung betrachtet werden, mit der daraus resultierenden erhöhten Morbidität und Mortalität.^{1,2} Durch die Stabilisierung der Prothese mithilfe von Implantaten kann die Kaufunktion und damit die Nahrungsaufnahme deutlich verbessert werden.

Dr. Dr. Rainer Fangmann, M.Sc., ZTM Fabian Zinser

■ Die Versorgung des atrophien Kiefers mit Implantaten allein gilt aufgrund von Langzeitstudien als erfolgreiches Standardverfahren.³⁻⁶ Das Konzept der anguliert gesetzten Implantate und deren anschließende funktionelle Sofortversorgung ist in vielfacher Hinsicht interessant. Es ist ein patientenfreundliches Verfahren, das seine klinische Praktikabilität und Praxistauglichkeit „seit 1993 über mehrjährige Studien (...) allein in den Malo-Kliniken mit über 15.000 dokumentierten Fällen“⁷ bewiesen hat.

Anamnese des Patientenfalls

Es handelte sich um eine 49-jährige Patientin mit feststehendem Zahnersatz im Oberkiefer. Im Unterkiefer standen nur noch zwei Wurzelreste im 4. Quadranten als Reste einer über zwei Teleskopkronen befestigten Unterkiefertotalprothese (Abb. 1). Die Patientin war Nichtraucherin und bezeichnete sich selbst als Angstpatientin. Anamnestisch war zu berichten, dass der Zahnverlust in der Molarenregion bereits mit Anfang Zwanzig begann. Im Weiteren wünschte die Patientin „irgendwie Zahnersatz, der sich nicht bewegt“. In ihrer Verzweiflung suchte die Patientin mehrmals zahnmedizinischen Rat und erhielt mehrfach nachfolgende Antworten: „Bei ihnen ist nichts mehr machbar“ oder „Es wird ein Gutachter benötigt – Entscheidung – Knochenaufbau?“. Eine Augmentation schied für die Patientin aufgrund ihrer Zahnarztphobie aus. Zudem erschien der Patientin das Behandlungsprozedere vom operativen und zeitlichen Rahmen her als zu ausgedehnt. Diese Patientin wünschte eine minimalinvasive Behandlung mit rascher Genesung, geringen postoperativen Beschwerden und einer möglichst schnellen Wiederherstellung ihrer Gesellschaftsfähigkeit. Ferner gehörte diese Patientin zu den fünf Prozent der Patienten, die an einer echten Zahnarztphobie leiden.⁸

Vorstellung des SmartFix™-Konzepts

Der Patientin wurde das SmartFix™-Konzept als Lösungsvorschlag angeboten. Dieses Konzept ist ein effizientes und zeitsparendes implantatprothetisches Verfahren zur Sofortversorgung von zahnlosen Patienten auf vier Implantaten mit verschraubten Restaurationen

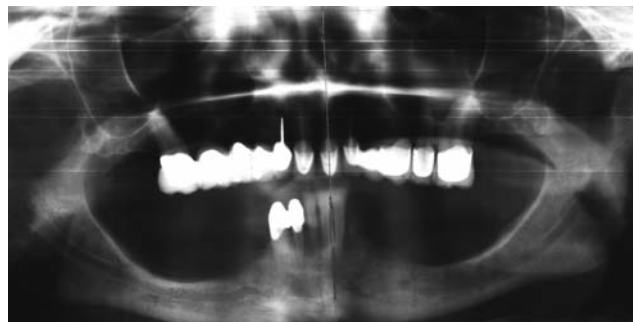


Abb. 1: Präoperatives OPG vier Jahre vor Implantatinsertion.

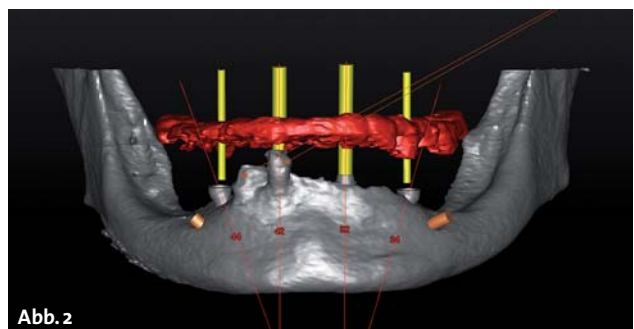


Abb. 2

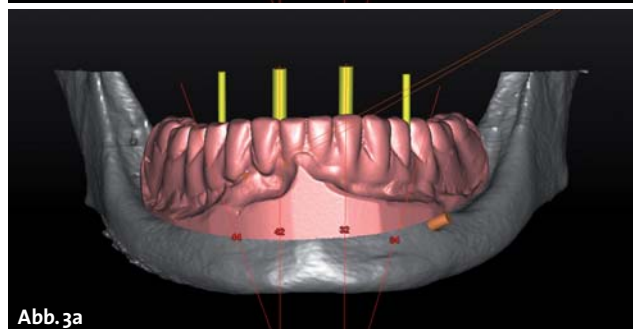


Abb. 3a

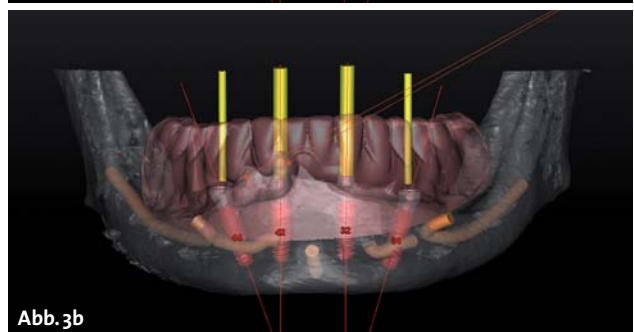
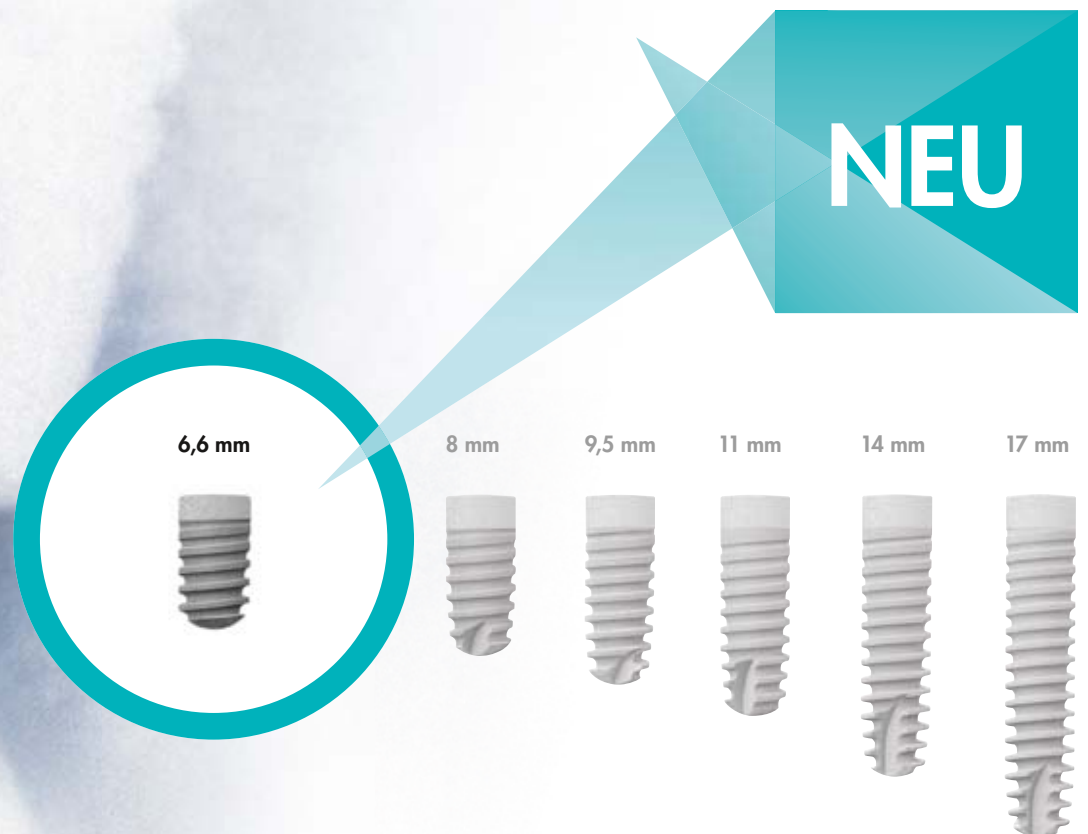


Abb. 3b

Abb. 2: Sementierter und geplanter Datensatz. – Abb. 3a und b: Gematchtes Situationsmodell in der Planungssoftware (a) und transparent gestellt (b).

6,6 Millimeter – 100% ANKYLOS®



- Das kurze ANKYLOS® 6,6 mm Implantat ist **bei eingeschränkter vertikaler Knochenhöhe** indiziert.
- ANKYLOS® 6,6 **kann vertikale Knochenaugmentation vermeiden** und senkt dadurch die Behandlungsdauer und -kosten.
- Wie alle ANKYLOS® Implantate besitzt es die **einzigartige form- und kraftschlüssige konische TissueCare-Verbindung**, die Mikrobewegungen zwischen Implantat und Abutment vermeidet.
- Die TissueCare-Verbindung ist Teil des ANKYLOS® TissueCare-Konzepts, das **für langfristig stabiles Hart- und Weichgewebe** steht.

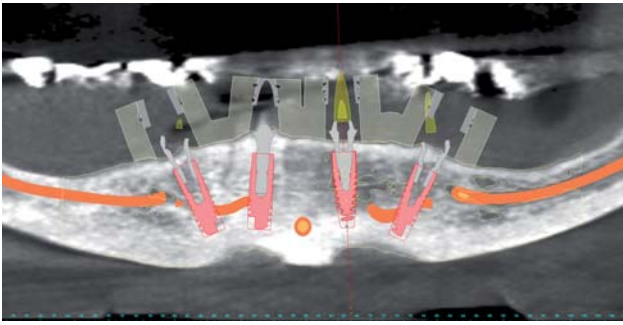


Abb. 4: Virtuelle Implantatpositionierung nach dem SmartFix™-Konzept.

in Form von Brücken oder Stegen. Das Prinzip dieses Konzeptes geht auf die Arbeitsgruppe um Paulo Malo und den Biomechaniker Bob Rangert zurück.^{9,10} Die Vorteile des Konzeptes liegen in der Umgehung kritischer anatomischer Bereiche, wie z. B. im Unterkiefer die Nervenverläufe und deren Austrittspunkte mithilfe von schräg gesetzten Implantaten. Es wird ein stabiler Sitz des Zahnersatzes durch eine Vergrößerung der prothetischen Unterstützungsfläche erzielt. Die angulierten Implantate dehnen das prothetische Polygon nach distal aus und der ortsständige Knochen wird optimal ausgenutzt. Aufgrund der form- und kraftschlüssigen Tissue-Care-Konusverbindung kann beim ANKYLOS C/X® Implantatsystem subkrestal gesetzt werden.¹¹ Dieses kommt dem SmartFix-Konzept zugute, denn beim angulierten Implantatinsizieren liegt die distale Implantatschulter stets unter Knochenniveau.

Planungsphase

Nach der digitalen Übermittlung der DVT-Daten aus der chirurgischen Praxis an das zahntechnische Labor erfolgten die Konvertierung und Segmentierung des DICOM-Datensatzes durch die Software (SimPlant®, Materialise Dental GmbH, Deutschland; Abb. 2). In diesem Zuge erfolgte die Darstellung der N. alveolaris beidseits und das virtuelle Extrahieren der beiden noch vorhandenen Wurzelreste zur Darstellung der zu erwartenden Extraktionsalveolen. Mittels des Optical Scan Moduls wurde ein konventionelles Situationsmodell der Ausgangssituation digitalisiert und in den Planungsdatensatz eingelesen (Abb. 3). Die notwendige Referenzierung erfolgte anhand der noch vorhandenen Zähne. Diese Vorgehensweise ermöglicht es, vollständig auf eine Bariumsulfat-Scanprothese zu verzichten und somit nicht nur eine Behand-

lungssitzung einzusparen, sondern auch die Gesamtkosten zu senken. Die im DVT fehlenden Zähne wurden in diesem Fall über das Modell der Ist-Situation – mit der vorhandenen herausnehmbaren Prothese – digitalisiert. Sollte die aktuelle Versorgung jedoch in ästhetischer oder funktioneller Hinsicht insuffizient sein, kann ebenfalls mit einem digitalen oder analogen Wax-up gearbeitet werden.

Unser Planungskonzept im Team sieht vor, dass die Zahn-technik eine prothetische Vorabplanung erarbeitet. Hierbei werden die Implantate unter prothetischen Gesichtspunkten positioniert und mit realistischen Abutments versehen. Hierfür bietet die verwendete Software originalgetreue STL-Daten für eine Vielzahl der am Markt befindlichen Implantatsysteme an. Innerhalb der Software lässt sich die Planung sowohl als errechnetes dreidimensionales Bild als auch in verschiedenen zweidimensionalen Schnittbildern anschauen. Im Anschluss trifft sich das Team aus chirurgischem und prothetischem Implantologen und Zahntechniker per Onlinesitzung (Teamviewer) zur Verfeinerung des Planungsvorschlages. Gemeinsam kann so eine optimale Planung erfolgen, indem sowohl der chirurgischen als auch der prothetischen Sichtweise Augenmerk geschenkt wird. Ferner ist allen Teammitgliedern von Anfang an der gesamte Workflow bekannt und alle Teammitglieder adaptieren gemeinsam den Therapieplan. Die dreidimensionale Planung schafft so einen chirurgisch und prothetisch vorhersagbaren Behandlungsablauf, der aus unserer Sicht alternativlos ist. Aufgrund der vorhandenen Knochensituation und den Extraktionsalveolen wurde die virtuelle Implantatpositionierung durchgeführt (Abb. 4). Dieses Konzept sieht die Abwinkelung der distalen Implantate um bis zu 30 Grad vor, mit dem Ziel, das prothetische Stützfeld zu vergrößern. Die initiale Angulation der Implantate gleichen speziell entwickelte, angulierte Abutments aus.

Nach Extraktion der Wurzelreste erfolgt die vollständig schienengestützte Implantation über die stereolithografisch gefertigte Bohrschablone (ExpertEase™; Abb. 5 und 6). Diese Schiene weist einen definitiven Tiefenstopp auf und ermöglicht dem chirurgischen Implantologen, alle Schaftlochbohrungen sowie die Aufbereitung des Bohrstollens navigiert durchzuführen. Ferner ist das Inserieren des Implantates durch den entsprechenden Guide möglich (Abb. 7). Die Genauigkeit der stereolithografisch gefertigten Übertragungsschablonen ist anderen Verfahren überlegen. Gerade im Hinblick auf Sofortversorgungen hat sich diese Verfahrenstechnik bewährt.¹²

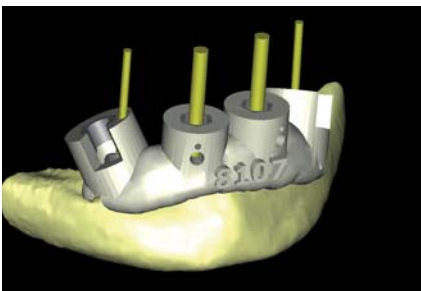


Abb. 5: Virtuell geplante Bohrschablone von vestibulär. – **Abb. 6:** Virtuell geplante Bohrschablone von okkusal. – **Abb. 7:** Guide auf dem Stereolithografiemodell.

Entdecken Sie die Vorteile von ATLANTIS™ ISUS

– der Maßstab für CAD/CAM-Suprastrukturen

Erhältlich für
alle gängigen
Implantatsysteme

DENTSPLY Implants ermöglicht mit **ATLANTIS™** die patientenindividuelle CAD/CAM-Lösung für alle gängigen Implantatsysteme.

ATLANTIS™ Abutments bietet Dentallaboren und Zahnärzten hochwertige zementierte und verschraubte Lösungen an.

Durch die Einführung von **ATLANTIS™ ISUS** ist nun ein umfassendes Sortiment an Suprastrukturen für okklusal verschraubte Brückenkonstruktionen verfügbar. Mit dem festsitzenden und herausnehmbaren Zahnersatz auf Implantaten können teilbezahnte und zahnlose Kiefer versorgt werden.

ATLANTIS™ ISUS weist die folgenden Vorteile auf:

- Präzision für spannungsfreien Sitz
- Erhältlich für alle gängigen Implantatsysteme
- Große Flexibilität in der Therapie- und Designauswahl
- Einfacher und effizienter Online-Bestellvorgang

Weitere Informationen zu **ATLANTIS™ Abutments** und **ATLANTIS™ ISUS** erhalten Sie bei Ihrem zuständigen DENTSPLY Implants Außendienstmitarbeiter oder unter

www.atlantisdentsply.de



easy-graft®
CRYSTAL

Genial einfaches Handling!

beschleunigte Osteo-
konduktion, nachhaltige
Volumenstabilität

Vertrieb Deutschland:

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

easy-graft® Hotline: 07673 885108-55
easy-graft® Bestellfax: 07673 885108-44



easy-graft®CRYSTAL

ANZEIGE

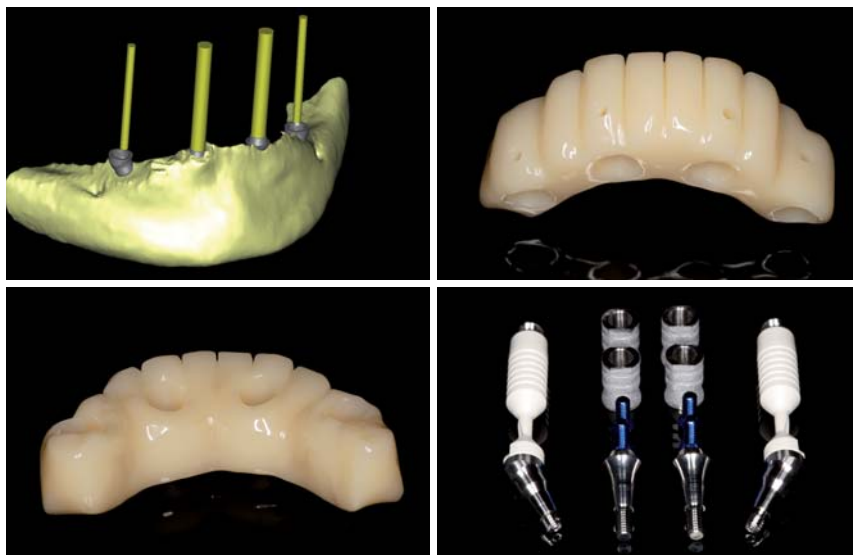


Abb. 8: Digital Immediate Smile Modell aus Abutmentniveau. – **Abb. 9 und 10:** Gefrästes und poliertes Provisorium von vestibulär und oral. – **Abb. 11:** Gestrahlte Retentionskappen und die verwendeten Basisaufbauten.

Digitales Provisorium

Mit dem Digital Immediate Smile Model (Materialise Dental) ist es erstmals möglich, die aus der Planung stammenden Daten als offenen STL-Export zu erhalten. Neben der Information über die Position der Implantate und den dazugehörigen Abutments (Abb. 8) enthält der STL-Export auch etwaig gematchte Optical Scan-Modelle. Diese können mit vielen CAD-Programmen weiterverarbeitet werden. Zudem wird dem zahntechnischen Labor ermöglicht – ohne den von anderen Techniken auferlegten Zeitdruck – präoperativ ein Sofortprovisorium zu erstellen. In diesem Fall wurden die STL-Daten in die CAD-Software Modellier (Zirkonzahn®) geladen. Die Modellation des Provisoriums in Form und Funktion erfolgte anhand des Situationsscans. Die verwendeten Retentionskappen für das verwendete Implantatsystem wurden virtuell in der CAD-Software hinterlegt und mit einem zusätzlichen Spacer versehen. Das Sofortprovisorium wird nach dem chirurgischen Eingriff in Passive-Fit-Technik¹³ intraoral verklebt, um etwaige Abweichungen der Implantatachse und -tiefe auszugleichen und eine Spannungsfreiheit zu gewährleisten.¹⁴ Durch die Extraktion der Wurzelreste und das notwendige Glätten des Kieferkammes verlangt das genaue Bestimmen der zu erwartenden postoperativen gingivalen Verhältnisse nach einen intensiven Erfahrungsaustausch im Behandlungsteam. Das Sofortprovisorium wurde auf einer fünfschigen Fräsmaschine (M5 Zirkonzahn®) aus Temp Premium (Zirkonzahn®) gefertigt und poliert. Dieser Hochleistungskunststoff eignet sich aufgrund seiner spezifischen Materialeigenschaften gerade zur Herstellung von implantatgetragenen Langzeitprovisorien (Abb. 9 und 10). Die Retentionskappen wurden mit 120 µm Aluminiumoxid zur Retentionsvergrößerung gestrahlt (Abb. 11).

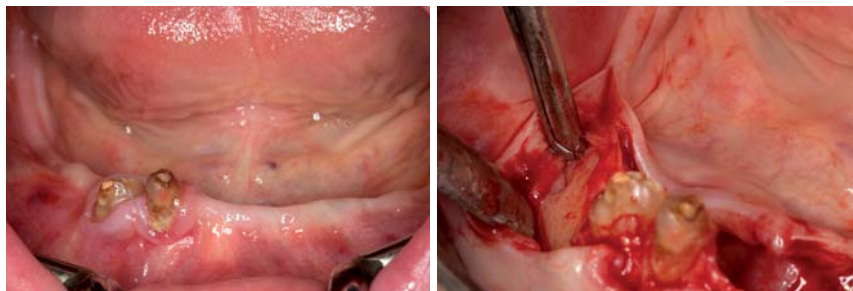


Abb. 12: Klinische Ausgangssituation. – **Abb. 13:** Darstellung des Austrittspunktes der Nervus mentalis.

Mit minimalem Aufwand. Zu maximalem Output.

This is



iSy ist Rock 'n' Roll: schnell und direkt. Mit nur drei Implantatlängen in drei Durchmessern sowie einer Minimalsausstattung an Instrumenten und einem reduzierten Bohrprotokoll geht iSy den effizienten Weg. Der digitale Workflow eröffnet neue prothetische Dimensionen und schafft Freiräume, die Sie für andere Dinge nutzen können. Erwarten Sie besondere Effizienz.

3 Implantat-Sets (1/2/4 Implantate)
3 Durchmesser (3,8/4,4/5,0 mm)
3 Längen (9/11/13 mm)

Inhalt Implantat-Set

- Einpatienten-Formbohrer
- 1/2/4 iSy Implantate mit vormontierter Implantatbasis
- Gingivaformer
- Multifunktionskappen



Videotutorial
ansehen

www.isy-implant.com

CAMLOG Vertriebs GmbH Maybachstraße 5
D-71299 Wimsheim Telefon 07044 9445-100



Einzelpreis Implantat im 4er-Set

€ 99,-

zzgl. gesetzlicher MwSt.

Jetzt einsteigen!

Zahn- und implantatchirurgische Behandlung

In lokaler Anästhesie mit einem typischen Infiltrationsanästhetikum wurde zunächst intravenös unmittelbar präoperativ das Antibiotikum¹⁵ Clindamycin 600 mg gegeben. Diese Antibiose wurde für sechs Tage postoperativ fortgeführt. Die Abbildung 12 zeigt die klinische Ausgangssituation. Zunächst wurde der Mukoperiostlappen vestibulär als auch lingual passend zu der erstellten Schablone unter Darstellung der Austrittspunkte der Nervi mentales präpariert (Abb. 13). Nun erfolgte die vorsichtige Entfernung der nicht erhaltungswürdigen Zahnwurzelreste 44 und 43 (Abb. 14). Nach Einsetzen der Bohrschablone (Abb. 15) wurden in Position 32 und 42 jeweils Implantate der Länge 11 mm (Durchmesser 3,5 mm) inseriert (Abb. 16 und 17). Im nächsten Schritt erfolgte die Inserierung der angulierten Implantate mit gleicher Länge und Durchmesser (Abb. 18 und 19). Sämtliche Bohrspane wurden akribisch asserviert. In den Positionen 32

und 42 wurden ANKYLOS® Balance Basisaufbauten schmal mit 15 N/cm sowie die abgestrahlten Retentionskappen mit 25 N/cm eingebracht. Im nächsten Schritt wurden die angulierten Basisaufbauten mithilfe des virtuell geplanten Interimzahnersatzes ausgerichtet und ihren spezifischen Vorgaben entsprechend fixiert (Abb. 20). Anschließend wurden die leeren Alveolen und Knochendefekte mit dem gewonnenen autologen partikulären Material verfüllt. Zudem wurde zirkulär auf der oralen Seite um die Implantatschulter des Implantates Regio 32 augmentiert. Das Augmentat wurde mit einer resorbierbaren Kollagenmembran (PARASORB RESODONT®, RESORBA Medical GmbH), die über den Basisaufbau fixiert wurde, gesichert. Nach Einbringen aller Basisaufbauten und der dazugehörigen Retentionskappen erfolgte der typische Naht-Wund-Verschluss mit Einzelknopfnähten des resorbierbaren Nahtmaterials (Abb. 21). Danach wurde der Interimzahnersatz eingegliedert und in Okklusion gebracht. In dieser Position wurden die

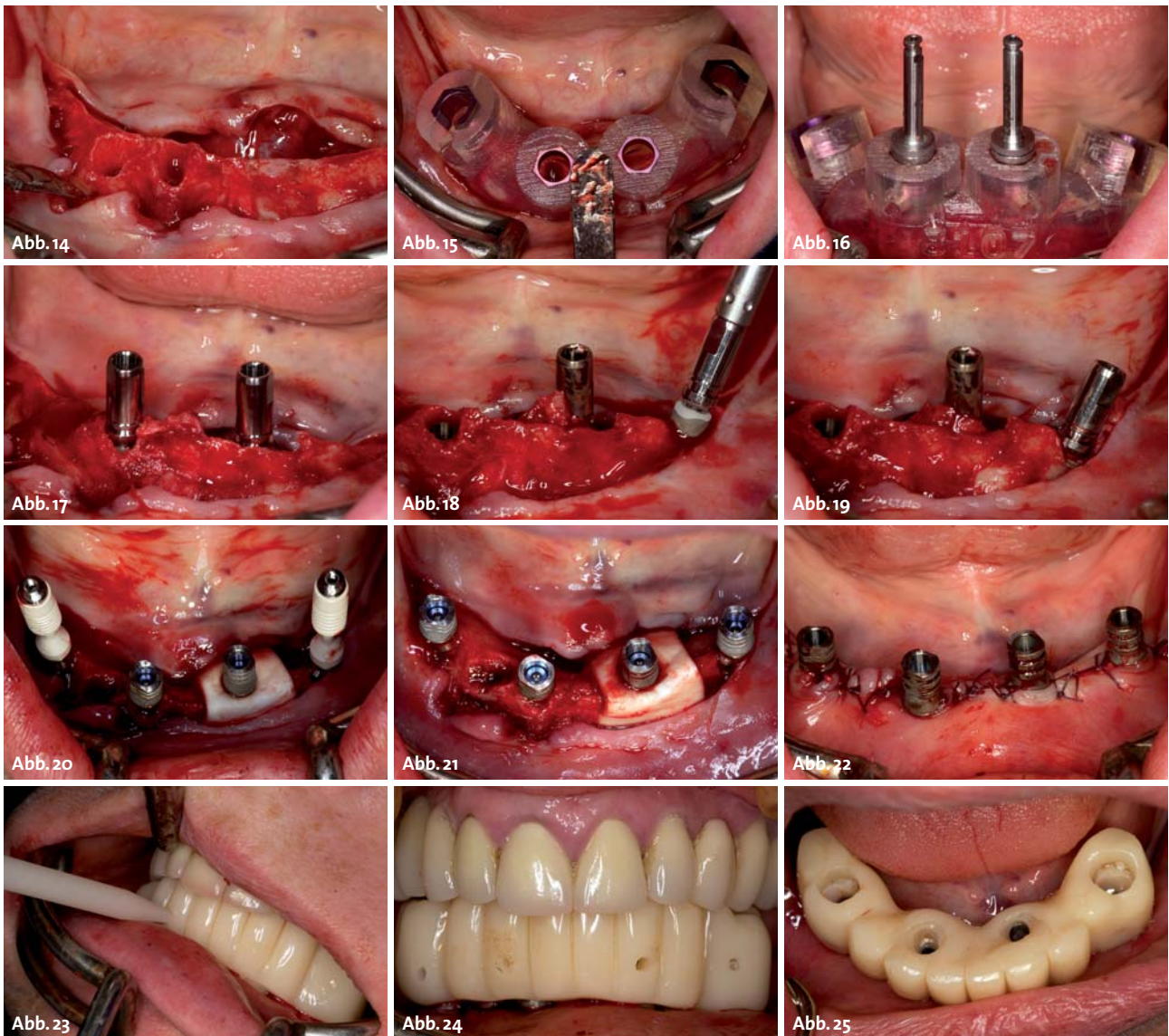


Abb. 14: Zustand nach Entfernung der Wurzelreste. – **Abb. 15:** Einsetzen der Bohrschablone. – **Abb. 16:** Bis zum Anschlag geführte Pilotbohrer. – **Abb. 17:** Insetierte Implantate. – **Abb. 18:** Insertion des angulierten Implantates. – **Abb. 19:** Gesetztes anguliertes Implantat. – **Abb. 20:** Eingebrachte Basisaufbauten und Retentionskappen auf den Implantaten 32 und 42. – **Abb. 21:** Sämtliche Retentionskappen in situ. – **Abb. 22:** Zustand nach Wundverschluss. – **Abb. 23:** Fixation der Retentionskappen über ein selbsthärtendes kaltpolymerisierendes Paste-Paste-Kartuschensystem in Okklusion. – **Abb. 24:** Provisorischer Zahnersatz in Okklusion. – **Abb. 25:** Provisorischer Zahnersatz in situ vor Verschluss der Schraubenkamme.

9



MONAT

„JETZT DAUERT ES NICHT MEHR LANGE!“



systems®
Zirkolith® Implants

ANZEIGE

Z-Systems Zirkolith® – das Keramik-Implantat mit Erfolgsgarantie*

- ✓ Die sichere, höchst biokompatible, ästhetische Alternative zu Titanimplantaten
- ✓ Natürlich weiss, metallfrei



Für Patienten mit höchsten Ansprüchen

- ✓ CSR** von 98 %
- ✓ Mehr als 12 Jahre Erfahrung
- ✓ Mehr als 27 000 erfolgreich gesetzte Implantate

Implantologen, die den Unterschied machen können

* Ersatz des Implantats + 500€ pauschal für die Versorgung
Detaillierte Garantiebestimmungen siehe www.z-systems.biz

** Compound survival rate Zirkolith® / Evo Rapide / SLM®

www.z-systems.biz

systems®
Zirkolith® Implants

Z-Systems GmbH
Lornsenstrasse 48 :: 24105 Kiel
Telefon 01802 700 747
support@z-systems.de
www.z-systems.biz



Retentionskappen über ein selbsthärtendes fluoreszierendes kaltpolymerisierendes Paste-Paste-Kartuschensystem (VOCO Structur 2 SC/QM) mit dem computerdesignten Provisorium fixiert (Abb. 22). Anschließend wurde der Interimszahnersatz extraoral versäubert und in der Mundhöhle refixiert (Abb. 23 und 24). Der Verschluss der Schraubenkanäle (Abb. 25) erfolgte mit Kunststoff. Zum Abschluss wurde die erforderliche radiologische Kontrolluntersuchung durchgeführt.

Zusammenfassung

„Das Konzept der anguliert gesetzten (distalen) Implantate und anschließender funktionellen Sofortversorgung“¹⁶ ist ein Verfahren, das seine klinische Anwendbarkeit und Praxistauglichkeit bereits seit einer Dekade basierend auf verschiedenen Implantatsystemen gezeigt hat. Die heute möglichen digitalen Arbeitsabläufe vom DVT über die 3-D-Planungssoftware, den knochengetragenen Übertragungsschablonen und ihren in diesem Zusammenhang möglichen zahntechnischen Leistungen bieten den Patienten die Gelegenheit, mit nur einem präoperativen Behandlungstermin – nämlich der DVT-Aufnahme – und dem operativen Behandlungstermin die vollständige Rehabilitation. Die Vorteile dieses digitalen Workflows liegen darin, dass limitierende anatomische Strukturen erkannt werden können und damit Läsionen reduziert werden. Zudem kann das gesamte verbleibende Knochenvolumen bestimmt werden, wodurch es möglich wird, die für die spätere prothetische Rekonstruktion vorteilhafteste und günstigste Implantatposition dreidimensional zu finden. Es verkürzen sich die Operationsinvasivität und -zeit sowie der Zeitaufwand für die prothetische Versorgung deutlich. Dieses Konzept verlangt nach ausgezeichneten chirurgischen Fähigkeiten. Zudem sind sehr gute Kenntnisse in der 3-D-Diagnostik und 3-D-Planung für die geführte Chirurgie und die daraus resultierende Prothetik aufseiten des Operateurs und beteiligten Zahntechnikers als Behandlungsteam zwingend notwendig.

Die resultierenden Vorteile sind vielfältig: Es ist ein einzeitiges operatives Vorgehen gegebenenfalls in Allgemeinanästhesie möglich. Zusätzlich ergibt sich durch die digitale Planung eine gute Vorhersagbarkeit des Endergebnisses. Eine festsitzende sofortbelastete Suprakonstruktion am Operationstag mit reduzierter Implantatanzahl unter Vermeidung ausgedehnter augmentativer Maßnahmen ist erzielbar. Folglich ist eine vollständige Gesellschaftsfähigkeit ab der ersten Minute postoperativ gegeben. Insgesamt zeigt sich eine hohe Wirtschaftlichkeit bei guter Voraussagbarkeit und hoher Akzeptanz auf Patientenseite. ■



KONTAKT

Dr. med. Dr. med. dent. Rainer Fangmann, M.Sc. Implantologie
Gesundheitszentrum St. Willehad
Luisenstraße 28
26382 Wilhelmshaven
drfangmann@gmx.de
www.Implantologie-WHV.de



ZTM Fabian Zinser
Zinser Dentaltechnik GmbH
Rademoorweg 7
27612 Loxstedt
fz@zinser-dentaltechnik.de
www.zinser-dentaltechnik.de

Gleicher Implantatkörper, mehr Versorgungsmöglichkeiten.

Konzipiert für maximale
Weichgewebserhaltung.

Mit konischer Innenverbindung und
integriertem Platform Switching.

Klinisch erprobter und bewährter
wurzelförmiger Implantatkörper.

NEU

Jetzt auch mit 0,75 mm
maschinierter Schulter



NobelReplace Conical Connection – Erweitern Sie Ihr Prothetikangebot und profitieren Sie gleichzeitig von den Vorteilen des klinisch bewährten NobelReplace Tapered Implantatkörpers. Die farbkodierten chirurgischen und prothetischen Komponenten sowie das standardisierte einfache Bohrprotokoll gewährleisten leichte Anwendbarkeit und vorhersagbare Ergebnisse. NobelReplace Conical Connection wurde für den Einsatz im ästhetisch anspruchsvollen Bereich entwickelt und bietet eine stabile, passgenaue

Verbindung sowie integriertes Platform Switching. So können eine optimale Erhaltung des Weichgewebes und damit ein natürliches Aussehen gewährleistet werden. Seit 45 Jahren sind wir ein Innovator auf dem Gebiet der Zahnmedizin – wir haben die Erfahrung, Ihnen zukunftsichere und zuverlässige Konzepte für eine effektive Patientenbehandlung anbieten zu können.

Ihr Know-how, unsere Lösungen – für das Lächeln Ihrer Patienten.



Nobel Biocare Symposium 2014
BMW Welt – München

26. Juni – Vorkongress mit Workshops

27./28. Juni – Symposium

www.nobelbiocare.com/events

Save the date!



Grundlegende Parameter der Behandlungsplanung beim zahnlosen Oberkiefer

Angesichts der höheren Akzeptanz und des besseren Verständnisses der Vorteile von Zahnimplantaten empfiehlt der Autor die folgenden Richtlinien für die Behandlungsplanung des zahnlosen Oberkiefers. Denn die Behandlung von resorbierten zahnlosen Oberkiefern mit einer festsitzenden, implantatgestützten Versorgung ist von einer Reihe von oberkieferspezifischen Anforderungen abhängig.

Dr. Edmond Bedrossian

■ Für den Chirurgen bedeutet das Vorliegen der bilateralen Kieferhöhlen (Abb. 1) Einschränkungen beim Einsetzen von Implantaten im posterioren Teil des Oberkiefers, wo diese möglicherweise für eine angemessene anterior-posteriore Kräfteverteilung erforderlich sind. Für den Prothetiker stehen das Erzielen von akzeptablen phonetischen Ergebnissen und einer stabilen Kaufunktion im Vordergrund der Überlegungen.

Zahnlosigkeit wird begleitet von Alveolarkammatrophie. Die zahnlose Alveole unterliegt durch das Fehlen der internen Belastung sowohl einer horizontalen als auch einer vertikalen Resorption (Abb. 3a und 3b). Eine Gesunderhaltung des Alveolarknochens hängt zum großen Teil von der internen Belastung, entweder durch Zahnwurzeln oder durch Zahnimplantate, ab (Brånemark et al. 1985). Eine festsitzende, implantatgestützte Versorgung gewährleistet die für eine Prävention einer Alveolarkammatrophie erforderliche Belastung. Besteht aller Wahrscheinlichkeit nach eine Indikation für eine festsitzende, implantatgestützte Rekonstruktion, ist ein systematischer Vorbehandlungsansatz zur Auswertung des zahnlosen Patienten von wesentlicher Bedeutung (Bedrossian 2008). Ein solcher Ansatz der Behandlungsplanung ermöglicht eine bessere Kommunikation innerhalb des Behandlungsteams sowie mit dem Patienten. Das Resultat sind vorhersehbare, angemessene phonetische und funktionale Ergebnisse für den Patienten.

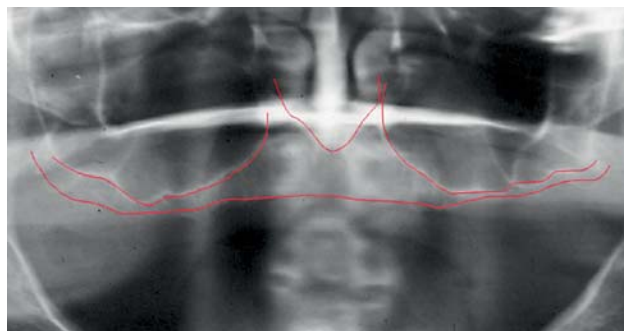


Abb. 1: Kieferhöhlen begrenzen den verfügbaren Knochen für das posteriore Einsetzen von Implantaten.

für eine erfolgreiche Behandlung mit einer festsitzenden Versorgung des vollständig zahnlosen Oberkiefers sein. Diese Faktoren sind:

1. Vorliegen oder Nichtvorhandensein eines Kompositdefektes,
2. die Position des Übergangsbereichs und
3. die Zonenverteilung im Oberkiefer, wie sie sich in einem OPG darstellt.

Zu beachten ist, dass die Auswertung dieser drei Faktoren nicht als Ersatz für eine gründliche Diagnose und die Entwicklung eines Behandlungsplans zu verstehen ist (Bedrossian 2006).

Systematische Auswertung des zahnlosen Oberkiefers

Drei Faktoren im Rahmen des frühen Untersuchungsprozesses können die wichtigsten Bestimmungsgrößen

Vorliegen oder Nichtvorhandensein eines Kompositdefektes

Die umfassende Untersuchung des zahnlosen Oberkiefers wird zusätzlich durch die Tatsache verkompliziert,

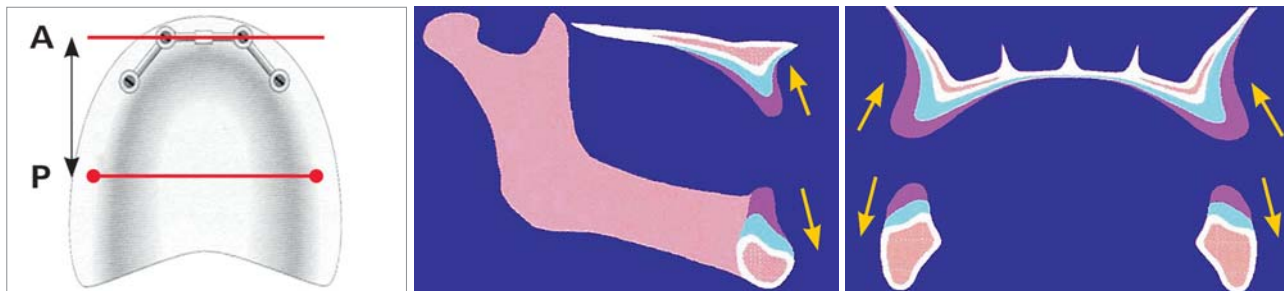


Abb. 2: Die anterior-posteriore Verteilung der Implantate wird durch die Kieferhöhlen eingeschränkt. – **Abb. 3a und b:** Darstellung des vertikalen, lingualen und posterioren Resorptionsmusters im Oberkiefer.

PATIENTENINDIVIDUELLE IMPLANTATPROTHETIK MIT STRAUMANN® CARES® SCAN & SHAPE LEICHT GEMACHT!

Vier gute Gründe für ein individualisiertes und patientenspezifisches Sekundärteil

- Individualisierte Form und Austrittsprofil
- Kontrolle über den Zementspalt
- Optimierte prothetische Einschubrichtung
- Hoher Komfort beim restaurativen Verfahren

EIN- UND ZWEITEILIGE CUSTOMIZED ABUTMENTS AB 139,- €* Ob digital oder nicht – mit CARES® Scan & Shape kann Ihnen jedes Labor individuelle Lösungen anbieten



Bitte rufen Sie uns an unter **0761 4501 336**.

*Materialpreise gemäß Straumann® CARES® Preisliste. Zusätzliche Kosten wie Arbeiten des Dentallabors, Transportkosten etc. sind ausgenommen.

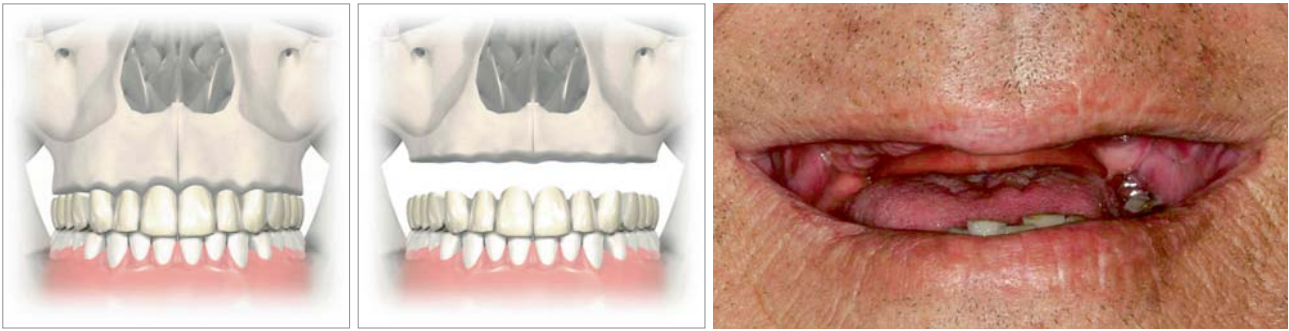


Abb. 4: Keine Alveolarkammatrophie – der Zervikalbereich der Prothesenzähne grenzt an den Zahnfleischrand an. – **Abb. 5:** Kompositdefekt – zu beachten ist der Abstand zwischen dem Rand der Prothesenzähne und dem Zahnfleischrand. – **Abb. 6:** Ohne Prothese, lächelnd – der Oberkiefertrand ist in diesem Fall nicht zu sehen.

dass ein Knochen- sowie ein Weichgewebsverlust bereits vor der Zahnentfernung als Resultat einer generalisierten Parodontitis auftreten können – dies führt zum Erscheinungsbild der „langen Zähne“. Zahnlose Patienten stellen sich manchmal mit intaktem Alveolarknochenvolumen und fehlenden klinischen Kronen vor (Abb. 4). Diese Patienten werden als Patienten mit reinem Zahnverlust angesehen. Patienten, die fehlende Zähne sowie eine Resorption des Alveolarknochens und einen Weichgewebsverlust aufweisen (Abb. 5), haben einen Kompositdefekt.

Um eine ästhetisch zufriedenstellende festsitzende Versorgung zu erzielen, ist die Unterscheidung zwischen diesen beiden Patiententypen von äußerster Wichtigkeit. Durch das Duplizieren der Patientenprothese und die Auswertung des Abstands zwischen dem Zervikalbereich der Prothesenzähne und dem Niveau des Weichgewebes können ein reiner Zahnverlust und ein Kompositdefekt sicher identifiziert werden. Für Patienten ohne Kompositdefekt ist eine festsitzende Metallkeramik-Versorgung eine Überlegung wert.

Für Patienten, die sich mit einem Kompositdefekt vorstellen, eignen sich möglicherweise eine Implantatbrücke (NobelProcera) oder ein gefräster Steg sowie eine implantatgestützte Deckprothese.

Sichtbarkeit des verbleibenden Alveolarfortsatzes

Um die ästhetischen Ergebnisse der abschließenden Versorgung auszuwerten, sollte der Übergangsbereich – das heißt der Bereich, in dem die Versorgung endet und

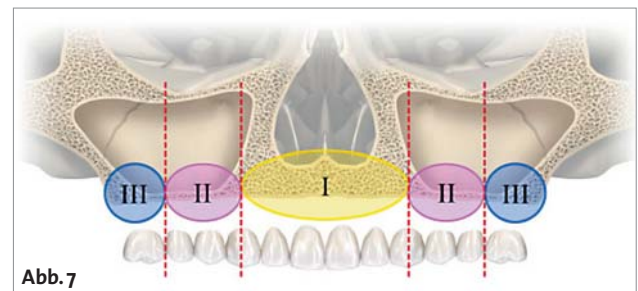


Abb. 7



Abb. 8

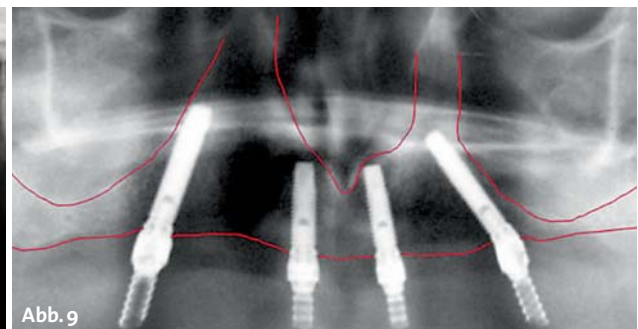


Abb. 9



Abb. 10



Abb. 11

Abb. 7: Zonen des Oberkiefers (s. Tab. 1 für zu verwendende Verfahren/Produkte und Abb. 8–11). – **Abb. 8:** Ein vorhandener Knochen in allen drei Zonen ermöglicht das axiale Einsetzen von Implantaten. – **Abb. 9:** Ein vorhandener Knochen in Zone I und II ermöglicht die Behandlung mit dem geeigneten Implantatkonzept. – **Abb. 10:** Ist nur in Zone I Knochen vorhanden, ist die Behandlung mit dem Zygoma-Konzept möglich. – **Abb. 11:** Unzureichender Knochen in allen drei Zonen, dann erfolgt die Behandlung mit dem Quad-Zygoma-Konzept.

Flexibilität trifft auf Effizienz.



Bewährtes Konzept. Flexibler Einsatz. Effizientes Handling.

Der neu entwickelte Instrumentensatz des tiologic[®] ADVANCED Chirurgie-Tray bietet die maximale Flexibilität bei der Aufbereitung des Implantatbetts bei gleichzeitiger Reduktion der Instrumentenvielfalt für die Insertion von tiologic[®] ST und tiologic[®] Implantaten.





KOMFORTABLE KOPFLAGERUNG



BESTMÖGLICHER ZUGRIFF



brumaba
OPERATING TABLE SYSTEMS

**OPERATIONSTISCHE
FÜR IMPLANTOLOGIE**

DESIGN, CONSTRUCTION
& MANUFACTURING
MADE IN GERMANY
SINCE 1980

WWW.BRUMABA.DE

Vorhandener Knochen	Chirurgisches Verfahren
Zone I, II, III	Konventionell (axial)
Zone I, II	All-on-4®-Behandlungskonzept
Nur Zone	Zygoma-Implantate
Unzureichender Knochen	Quad Zygoma

Tab. 1

das Weichgewebe beginnt – vor der Operation untersucht werden. Nach dem Entfernen der Oberkieferprothese wird der Patient gebeten, zu lächeln (Abb. 6). Ist das Weichgewebe des zahnlosen Bereichs nicht zu sehen, wird auch der Übergang zwischen der geplanten implantatgestützten Versorgung und dem verbleibenden Weichgewebe nicht zu sehen sein, was ein ästhetisches Ergebnis gewährleistet. Bei einem Patienten mit Kompositdefekt, dessen Übergangsbereich sichtbar ist, sollte, wenn eine Implantatbrücke geplant ist, jedoch eine Alveolarplastik zum Zeitpunkt der Implantation vorgesehen werden. Wenn es sich bei der geplanten finalen Versorgung jedoch um einen gefrästen Steg (implantatgetragene Deckprothese) handelt, ist eine Alveolarplastik nicht erforderlich.

Zonen des Oberkiefers

Um festzustellen, ob axiale Implantate, geneigte Implantate oder das Zygoma-Implantatkonzept geeignet sein können, wird der Alveolarkamm in drei separate Zonen eingeteilt:

- Zone 1: von Eckzahn zu Eckzahn
- Zone 2: der Prämolarenbereich
- Zone 3: der Molarenbereich

Das Vorliegen oder der Mangel an ausreichendem Knochen in den verschiedenen Zonen hat einen großen Einfluss auf die Wahl der chirurgischen Technik (Tab. 1).

Ist der Knochen in allen drei Zonen angemessen, können axiale Implantate eingesetzt werden (Abb. 8). Das geneigte Implantatkonzept sollte in Betracht gezogen werden, wenn die Zonen I und II ausreichend Knochen aufweisen (Abb. 9). Ist nur in Zone I ausreichend Knochen vorhanden, sollte das Zygoma-Behandlungskonzept in Betracht gezogen werden (Abb. 10). In den seltenen Fällen, in denen es in allen drei Zonen an ausreichendem Knochen fehlt, sollte das Konzept Quad-Zygoma in Erwägung gezogen werden (Abb. 11). ■

■ KONTAKT

Dr. Edmond Bedrossian
450 Sutter Street, Suite 2439
San Francisco, CA 94108, USA
Tel.: +1 415 956-6610
info@sfirmplants.com

Infos zum Autor



Martina [REDACTED]

[REDACTED] 26.06.2013

Tel.: [REDACTED]

27. JUNI 2013

MIS Implants
Technologies GmbH
Simeonscarre 2

32423 Minden



Betreff: Perio Patch zur Probe

Sehr geehrte Frau Gerund,

ich möchte mich noch einmal ganz herzlich bedanken, für das 1x6er Probepack Perio Patch Pflaster.

Meine Tochter (6 Jahre alt) hatte ein ca. 0,5 cm großes Zahnfleisch Granulom an der Innenseite ihrer Unterlippe. Entstanden ist es durch normales „auf die Lippe beißen“ ging aber nach einem immer wieder kehrenden Kreislauf des mit der Zunge dran rumspielens /reizens nicht mehr von alleine weg. D.h. ein abklingen/heilen des Granuloms war nicht möglich.

Aufgrund dessen habe ich mich im Internet auf die Suche gemacht, und bin somit auf ihr Produkt Perio Patch gestoßen.

Ich habe die Pflaster halbiert und meiner Tochter diese auf die betroffene Stelle geklebt. Diesen Vorgang musste ich zwar insgesamt 12x wiederholen (6 halbierte Pflaster),aber dies reichte aus, damit das Granulom abheilen konnte. Die Pflaster hielten gut, und gingen nach einer gewissen Zeit von alleine ab, sodass ein Haftfilm weiterhin auf der Schleimhaut bestehen konnte. Meine Tochter hat dies wiederum überhaupt nicht gestört und sie kam gut mit dem tragen zurecht. Durch das Pflaster konnte sie nicht mehr mit ihrer Zunge das Granulom reizen und es hatte dadurch die Möglichkeit abzuheilen.

Jetzt sind 7 Wochen vergangen und das Zahnfleisch ist vollkommen intakt und verheilt. Durch die Anwendung des Perio Patch Zahnfleisch Pflasters konnten wir einen chirurgischen Eingriff, nämlich die Entfernung des Granuloms verhindern. Eine körpereigene Heilung mit Unterstützung des Zahnfleischpflasters war möglich. Und dies ist für alle Beteiligten natürlich ein hervorragendes Ergebnis.

Leider konnte ich selbst, immer wieder unter Apthen leidend, kein Perio Patch Pflaster testen, da alle für das Granulom aufgebracht wurden.

Aber das Abheilen des Granuloms war mir einfach wichtiger. Ein wirklich alles in allem positives „Experiment“.

Ich kann Ihr Produkt absolut weiter empfehlen und bin sehr glücklich über die Anwendung und den Verlauf.

Mit freundlichen Grüßen

[REDACTED]

Erweiterte Indikation: Konusprothesen auf individuellen Abutments

Klinische Studien von Eitner et al.¹ belegen die Eignung von Doppelkronen als Verankerungselemente für implantatgetragenen Zahnersatz. Konusprothesen rücken in den Fokus, wenn es um Aspekte wie gute Hygienefähigkeit, einfache Erweiterbarkeit und Rekonstruktion verloren gegangener Gewebestrukturen ohne umfangreiche augmentative Maßnahmen geht. Grundvoraussetzung für eine langzeitstabile Funktion sind – neben der konstruktiven Zusammenarbeit zwischen Behandler-Team und zahntechnischem Labor – geeignete implantatprothetische Komponenten. Individuelle Abutments erweitern hierbei den indikativen konstruktiven Spielraum erheblich.

Dr. med. dent. Gerrit Günther, Dr. med. dent. Ante Majic-Todt, ZTM Fabian Zinser

■ Die Patientin, Jahrgang 1968, suchte Ende 2008 erstmalig die Praxis ihres jetzigen Behandlers auf. Dabei zeigte die klinische Inspektion insuffiziente teleskopierende Versorgung im Ober- wie im Unterkiefer. Die intermaxilläre Relation war verschoben und bei Zahn 16 war angezeigt, ihn aufgrund seines hohen Lockerungsgrades umgehend zu extrahieren. Im Unterkiefer waren die Frontzähne vom Vorbehandler nach einer Wurzelspitzenresektion retrograd mit Amalgam gefüllt und überkront worden. Aufgrund der solchermaßen kompromittierten Gebissituation war die Restbeziehung als auf Dauer nicht erhaltungsfähig einzustufen (Abb. 1 und 2).

Zwei Jahre später – die Patientin war mit Funktion und Ästhetik ihrer Altversorgung zusehends unzufriedener geworden – ließ sie sich erstmalig über die unterschied-

lichen Restaurationsoptionen einschließlich einer totalprothetischen Versorgung im Ober- und Unterkiefer informieren. Ein weiteres Jahr verging, bis sie sich nach eingehender Prüfung der jeweiligen Vor- und Nachteile zu einer implantatprothetischen Versorgung entschloss. Umfangreiche knochenaufbauende Maßnahmen lehnte die Patientin ab. Nach eingehenden Beratungen durch den Chirurgen, den Prothetiker sowie den Zahntechniker fiel ihre Entscheidung – auch in Anbetracht ihrer oralen Historie – auf eine zwar festsitzende, aber dennoch herausnehmbare und damit auch leicht zu reinigende Versorgung.

Präferenzen für eine Konusprothese

Der Einsatz enossaler Implantate als Pfeiler für eine Konusprothese schafft die Option eines zwar herausnehmbaren, aber dennoch festsitzenden Zahnersatzes mit ansprechender Ästhetik und adäquater Phonetik. Mit einer derartigen Versorgung lassen sich Wangen und Lippen stützen, die Gingivakontur und -struktur naturnah nachbilden und ohne umfangreichen Knochenaufbau verloren gegangene Gewebestrukturen ausgleichen. Zudem vereinen Teleskopprothesen Halte-, Führungs-, Kippmeider- und Schubverteilerfunktionen in sich, wodurch eine langzeitstabile Funktionalität gesichert ist. Nicht zuletzt werden durch die sehr guten und einfachen Hygiene- und Kontrollmöglichkeiten gesunde parodontale und periimplantäre Verhältnisse unterstützt, eine entsprechende Compliance beim Patienten wird vorausgesetzt.

In einer aktuellen Studie aus 2012 verglichen Krennmair et al.³ die Implantat-Überlebensraten von Teleskopkronen und gefrästen Stegen, die auf jeweils vier Implantaten im Unterkiefer abgestützt waren. Beide Retentionsarten erreichten 100 Prozent. Bei den klinischen und röntgenologischen Parametern wie Alveolarkamm-Resorption, Taschentiefe oder Blutungs- und Gingivaindex ließen sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede feststellen, jedoch war der Plaque-Index bei den Stegrekonstruktionen signifikant erhöht ($p > 0,035$),



Abb. 1: Röntgenologische Ausgangssituation (fotografiertes OPG). – **Abb. 2:** Insuffiziente und ästhetisch unzureichende Altversorgung.

Entsorgung beginnt mit e. enretec



Wir kümmern uns auch um die ganz kleinen...

... Mengen an Praxisabfällen.



- Schnell

Austausch der Abfallsammelbehälter innerhalb von 24 Stunden.

- Kostengünstig

Viele kostenfreie Services.
Abrechnung nach dem Günstigkeitsprinzip.

- Flexibel

Keine Vertragsbindung.

Kostenfreie Hotline: 0800 100 555 6

www.enretec.de



Unser Zertifizierungsstandard

was für die gute Hygienefähigkeit einer teleskopierenden Konstruktion spricht. Der Erhaltungsaufwand wiederum war für beide Versorgungsarten gleich. Materialtechnisch wurden im vorliegenden Fall Zirkonprimärteile auf Titanabutments, Galvanokäppchen als Sekundärteile und ein verblendetes Modellgussgerüst als Tertiärkonstruktion geplant. Die Kombination von Zirkonpatrizen mit Galvanomatrizen vermeidet eine mögliche Kaltverschweißung, wie sie bei rein metallischen Doppelkronensystemen vorkommen kann. Über die nahezu verschleißfreie Materialkombination einer Zirkonoxid-Patrize mit einer Feingold-Matrize kann eine konstante Haftkraft erreicht werden. Die Haftung von Vollkeramik-Primärkronen und Galvano-Sekundärteil ist friktionsfrei und als tribologisches System unübertroffen; der initiale Strömungswiderstand im kapillaren Spalt und die molekulare Adhäsion (Van-der-Waals-Kräfte) sorgen für den „sanften“ Hafteffekt des Verbindungselements und die Prothetik gleitet friktionslos auf einem hauchdünnen Speichelfilm.² Obwohl der Zahnersatz herausnehmbar ist, empfindet ihn ein Patient durch die mikrobewegungsfreie Verankerung daher als festsitzend. Vorteile haben Zirkonprimärteile auch durch ihre hohe Biokompatibilität. So konnten unter anderem Rimondini et al. sowie Yildirim et al. in In-vitro- und In-vivo-Studien zeigen, dass sich auf Oberflächen aus Zirkonoxid

weniger Bakterien ansammeln als auf handelsüblichem Reintitan.⁵ Zudem haben Zirkonpatrizen einen ästhetischen Vorteil insofern, als sie optisch zwar wie beschliffene, aber dennoch „echte“ Zähne aussehen und der vom Patienten „gefürchtete“ Demaskierungseffekt kaum in Betracht fällt.

Chirurgischer Eingriff

Im August 2012 wurden bis auf Zahn 38 alle Zähne extrahiert. Nach einer Ausheilzeit von zwei Monaten erfolgte der implantatchirurgische Eingriff. Für den Oberkiefer waren sechs und für den Unterkiefer vier Implantate geplant. Weng et al.⁷ haben in einer Studie gezeigt, dass eine Teleskopprothese auf nur zwei Pfeilern im Eckzahnbereich des Oberkiefers, ob zahn- oder implantatverankert, keine gute Prognose hat.

Die exakte Position und Ausrichtung der Implantate wurde mittels laborgefertigter Positionierungsschablonen, die anhand der Wachsaufstellungen angefertigt worden waren, festgelegt und kontrolliert. Die ANKYLOS A und B Implantate (DENTSPLY Implants, Mannheim) mit 3,5 und 4,5 mm Durchmesser sowie 9,5 und 11 mm Länge wurden in Regio 12, 14, 16, 22, 24, 26 sowie 32, 34, 42 und 44 eingebracht. Dabei musste im Oberkiefer der Alveolarkamm geglättet und im anterioren

Bereich horizontal erweitert werden. Dies geschah mittels Bone Splitting. Ferner wurde bei Regio 16 ein externer Sinuslift vorgenommen. Amalgamablagerungen der alten WSR in der Unterkieferfront wurden während des Eingriffs entfernt. Die Implantate heilten gedeckt ein (Abb. 3–10).

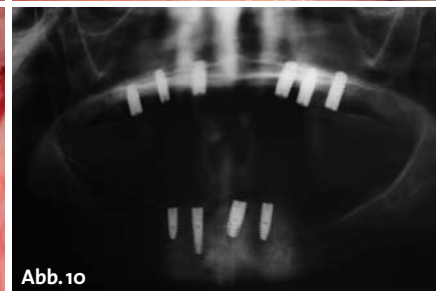
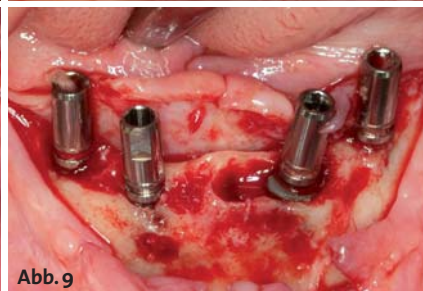
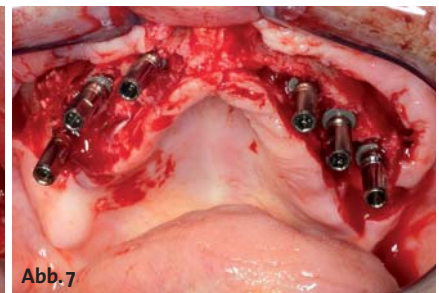
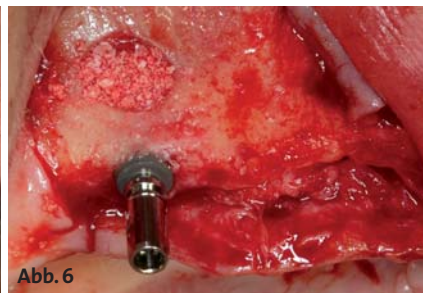


Abb. 3: Wachsaufstellung der geplanten Neuversorgung auf dem Modell ... – **Abb. 4:** ... und intraoral beim Ästhetik-Check mit der Patientin. – **Abb. 5:** Implantatachsenpositionierungsschablone in situ (aus Orthocryl gefertigt). – **Abb. 6:** In Regio 16 eingebrachtes ANKYLOS B Implantat; darüber mit Bio-Oss ausgefüllter Sinus. – **Abb. 7:** In den zuvor geglätteten Alveolarkamm des Oberkiefers inserierte ANKYLOS-Implantate. – **Abb. 8:** Amalgamablagerungen der alten WSR in der Unterkieferfront. – **Abb. 9:** Im Unterkiefer inserierte ANKYLOS-Implantate. – **Abb. 10:** Wie geplant positionierte Implantate (Röntgenkontrollaufnahme nach Einheilung).



HI-TEC IMPLANTS

KOMPATIBEL ZU FÜHRENDEN IMPLANTATSYSTEMEN

VISION

LOGIC

X6 & MODULAR ABUTMENT

SELF THREAD & UNIVERSAL UNIT



Beispielrechnung Einzelzahnversorgung	
Implantat inkl. Deckschraube	89,-
Abheilpfosten	15,-
Einbringpfosten =	0,-
Abdruckpfosten	12,-
Modellimplantat	39,-
Titan-Pfosten bzw. CAD/CAM Kleebasis	39,-
EURO	<u>155,-*</u>

* ohne Mindestabnahme!!



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

HI-TEC IMPLANTS · Vertrieb Deutschland · Michel Aulich · Germaniastraße 15b · 80802 München
Tel. 0 89/33 66 23 · Fax 0 89/38 89 86 43 · Mobil 01 71/6 08 09 99 · michel-aulich@t-online.de · www.hitec-implants.com

HI - TEC IMPLANTS



Abb. 11



Abb. 12

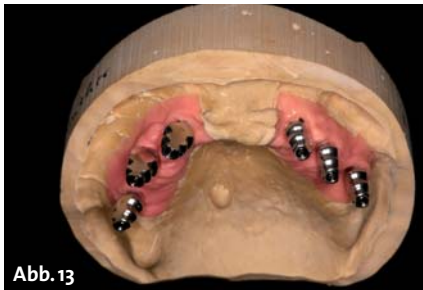


Abb. 13

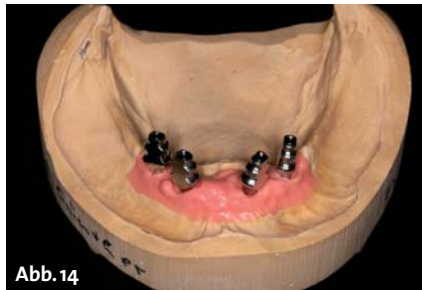


Abb. 14

Abb. 11: Abformpfosten für die geschlossene und indizierte Abformung im Oberkiefer ... – **Abb. 12:** ... und im Unterkiefer. – **Abb. 13:** Modellsituation Oberkiefer nach Abformung. – **Abb. 14:** Modellsituation Unterkiefer nach Abformung.

Individuelle Abutments, Patrize und Matrize

Nach viermonatiger Einheilzeit wurden die Implantate bei reizlosen Weichgewebsverhältnissen freigelegt, Ober- wie Unterkiefer geschlossen und indiziert abgeformt und die Situation mit Zahnfleischmaske auf das Meistermodell übertragen (Abb. 11–14).

Die Wahl des geeigneten Abutments richtete sich nach der Dicke der periimplantären Mukosa, wie sie in der Zahnfleischmaske widergespiegelt ist, und der Position der Implantate im Verhältnis zu der ästhetischen Position aus der Wachsaufstellung. Klebebasen waren aufgrund der dünnen periimplantär-mukosalen Verhältnisse ungeeignet. Einteilige Abutments aus Zirkonoxid schießen wegen des Belastungsaspektes im Seitenzahnbereich aus. Die Ästhetik von titannitridbeschichteten Titanabutments kommt bei Teleskopprothesen nicht zur Geltung. Daher waren individuelle Titanabutments die erste Wahl. Nach einer Ästhetikeinprobe wurden die individuellen Abutments auf Basis der gescannten Ober- und Unterkiefermodelle

bei ATLANTIS gestaltet und angefertigt. Zur Beschleunigung des Produktionsprozesses wurden die Modelle mithilfe des für ANKYLOS passenden ATLANTIS FLO (Feature Locating Object, DENTSPLY Implants, Mannheim) im Labor gescannt (3Shape D700, Kopenhagen) und die Daten digital übermittelt. Um die Retentionsflächen zu vergrößern, wurden sie anschließend im Labor mit 120 µm Aluminiumoxid abgestrahlt (Abb. 15–19).

Die individuellen Abutments wurden eingescannt und darauf die Primärteile aus in A3 eingefärbtem Zirkonoxid angefertigt. Design und Herstellung der Zirkonprimärteile erfolgten direkt im Labor (Modellier-Software und Fräseinheit Zirkonzahn, Gais). In der Software wurde die Innenpassung der Primärkronen optimal den jeweiligen

Abutments angepasst. Die Parallelität der Teleskope zueinander bzw. die Gesamtschubrichtung wurden ebenfalls am Bildschirm festgelegt. Die auf einen Konuswinkel von 2 Grad gefrästen Primärteile wurden unter Wasserkühlung im Parallelfräsgerät feingeschliffen und anschließend mit Diamantpolierpaste auf Hochglanz poliert. Eine „spiegelglatte“ Oberflächenqualität der Zirkonoxid-Primärkrone und ein nur minimaler Spalt zwischen Patrize und Matrize von ca. 5 µm sind entscheidend für eine perfekte Funktion. Eine Präzision, die ohne Scannertechnologie und CAD/CAM-Fertigung nicht erzielbar wäre. Die dadurch erzielte exakte Passung und die hohe Biokompatibilität von Zirkonoxid sind speziell bei Suprakonstruktionen maßgebliche Parameter, um langfristig Komplikationsrisi-



Abb. 15



Abb. 16

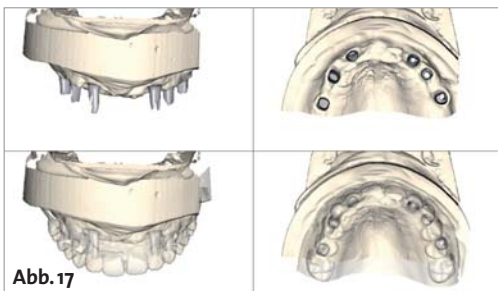


Abb. 17



Abb. 18



Abb. 19

Abb. 15: Gingivahöhen als entscheidender Parameter für die Abutmentwahl. – **Abb. 16:** Ästhetikeinprobe. – **Abb. 17:** ATLANTIS-Abutments (Oberkiefer) in der WebOrder zur Ansicht. – **Abb. 18:** Abgestrahlte individuelle ATLANTIS-Abutments für den Unterkiefer. – **Abb. 19:** Design der Patrizen mit der CAD-Software.

ken in den periimplantären Hart- und Weichgewebestrukturen vermeiden zu können (Abb. 20–21).

Die Sekundärteile wurden direkt auf den Zirkonprimärteilen galvanisch abgeschieden. Mit der Galvanotechnik lassen sich hoch präzise und passgenaue Feingoldmatrizen anfertigen, die wesentlich zur lage-sicheren Fixierung des Prothesen-körpers beitragen.⁴ Bei der Galvani-sierung war unbedingt darauf zu achten, die Schicht Silberleitlack gleichmäßig und nicht zu dick aufzutragen. Hierfür hat sich aus Sicht der Autoren die Airbrush-Technik als alternativlos herausgestellt. Anderenfalls könnte es bereits nach kurzer klinischer Funktionszeit zu einem Haftungsverlust kommen, da die Matrize nur noch punktuell mit der Patrize Kontakt hat. Solche mittels Galvanotechnik hergestellten Sekundärteile für Doppelkronen sind seit über zehn Jahren etabliert.⁶

Die Tertiärstruktur wurde für den Ober- wie den Unterkiefer aus einer Nichteedelmetalllegierung herkömmlich im Modellgussverfahren hergestellt. Noch auf dem



Abb. 20



Abb. 21

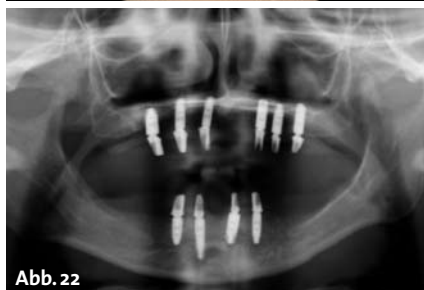


Abb. 22



Abb. 23

Abb. 20: Hochglanzpolierte Zirkonoxid-Patrizen für den Unterkiefer, in A3 eingefärbt. – **Abb. 21:** Spannungsfreier Modellguss (UK) mit Kontrollschlüssel für Bisslage und -höhe. – **Abb. 22:** Röntgenkontrollaufnahme der final eingeschraubten Abutments. – **Abb. 23:** Verklebte Primärteile mit aufgesteckten Galvano-Sekundärteilen.

Meistermodell wurde das Gerüst auf einen spannungsfreien Sitz hin kontrolliert und mit einem Bisschlüssel aus Pattern Resin Bisslage und -höhe überprüft. Das erspart unliebsame Überraschungen bei der intraoralen Eingliederung (Abb. 22–23).

ANZEIGE

14 JAHRE
6,0 x 5,7mm

28
YEARS OF CLINICAL USE
SINCE 1985
SHORTEST IMPLANTS
LONGEST HISTORY

4,0 x 5,0mm
5,0 x 5,0mm
6,0 x 5,0mm
4,5 x 6,0mm
5,0 x 6,0mm
6,0 x 5,7mm

Seit 1985 » Einfach. Berechenbar. Wirtschaftlich.



Abb. 24



Abb. 25



Abb. 26



Abb. 27



Abb. 28



Abb. 29



Abb. 30

Abb. 24: Wachsaufstellung mit Matrizen (von basal) für die Ästhetikanprobe. – **Abb. 25:** Abschließende Ästhetikanprobe. – **Abb. 26:** Fertige Konusprothesen für den Unter- und Oberkiefer (von basal) ... – **Abb. 27:** ... und von frontal mit Gingivaanteil. – **Abb. 28:** Reizfrei adaptierte Abutments mit Matrizen im Unterkiefer ... – **Abb. 29:** ... und ebenso im Oberkiefer aufgrund ihrer individuellen Ausformung. – **Abb. 30:** Harmonisches Zusammenspiel von Inzisalkanten und Lippenbild.

Fertigstellung der Prothetik

Mit entsprechenden Einbringhilfen zur exakten Ausrichtung verschraubte der Zahnarzt die individuellen Abutments mit den Implantaten und zementierte darauf die Matrizen aus Zirkonoxid. Setzt man dazu bereits die Galvanokappen auf, lassen sich die Zementüberschüsse einfacher und ohne Beschädigung der hochglanzpolierten Zirkonoxidoberflächen der Primärstruktur entfernen.

Anschließend wurde das Tertiärgerüst intraoral nach dem Weigl-Protokoll im passiv fit mit den Galvanosekundärteilen verklebt. Für die folgende Ästhetikeinprobe wurden die Prothesenzähne in Wachs auf dem Gerüst aufgestellt. Das Gerüst wurde opakert und darauf die hohlgeschliffenen Prothesenzähne unter ständiger Kontrolle am Vorwall einpolymerisiert. Nach dem Finishing der Prothese konnte die Versorgung eingesetzt werden, eine okklusale Adjustierung war aufgrund der exakten Kieferrelationsbestimmung nicht notwendig (Abb. 24–30).

Fazit

Die Beratungs- und Entscheidungsphase der Patientin zog sich über einen Zeitraum von annähernd zwei Jahren hin. Dieser Umstand lässt beispielhaft erkennen, dass ein implantatchirurgischer Eingriff bzw. eine implantatprothetische Versorgung einen Überzeugungsprozess mit vertrauensvoller Beratung voraussetzt. Zeit, die – wie in diesem Fall – von allen Seiten lohnenswert investiert wurde.

Herausnehmbare Konusprothesen sind keinesfalls nur Arbeiten „zweiter Wahl“, denn ein festsitzender, implantatgetragener Zahnersatz ist nicht in jedem Fall realisierbar. Die Gründe hierfür können in der klinischen Situation oder in der anamnestischen Gesamtkonstitution des Patienten liegen. Vor allem umfangreiche Resorptionen der oralen Hart- und Weichgewebe machen herausnehmbare Lösungen unverzichtbar, wenn augmentative Maßnahmen nicht gewünscht sind. In solchen Fällen ist eine Konusprothese eine dankbare Alternative. Hygienefreundlichkeit und unkomplizierte sowie kostengünstige Reparaturen sind weitere Vorzüge, die besonders von älteren Patienten sehr geschätzt werden, ein Aspekt, der bei der aktuellen Bevölkerungsentwicklung immer wichtiger werden wird. ■



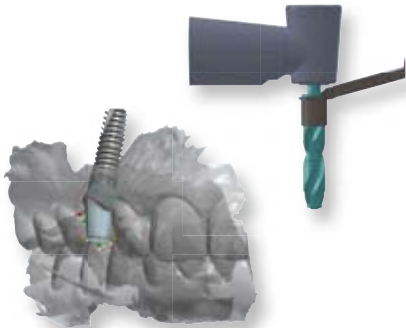
■ KONTAKT

Dr. med. dent. Ante Majic-Todt
Bleichenpfad 9, 26316 Varel

Dr. med. dent. Gerrit Günther
Elisabethstraße 7, 26954 Nordenham

ZTM Fabian Zinser
Zinser Dentaltechnik GmbH
Rademoorweg 7, 27612 Loxstedt





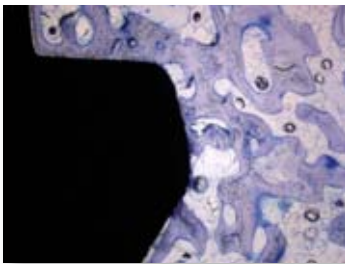
INNOVATIV.

Ob navigierte Implantation mittels Guided-Surgery, digitale Abformung oder die Herstellung von individuellen Abutments mit CAD/CAM Verfahren. Die Zukunft beginnt jetzt – mit alphatech[®].



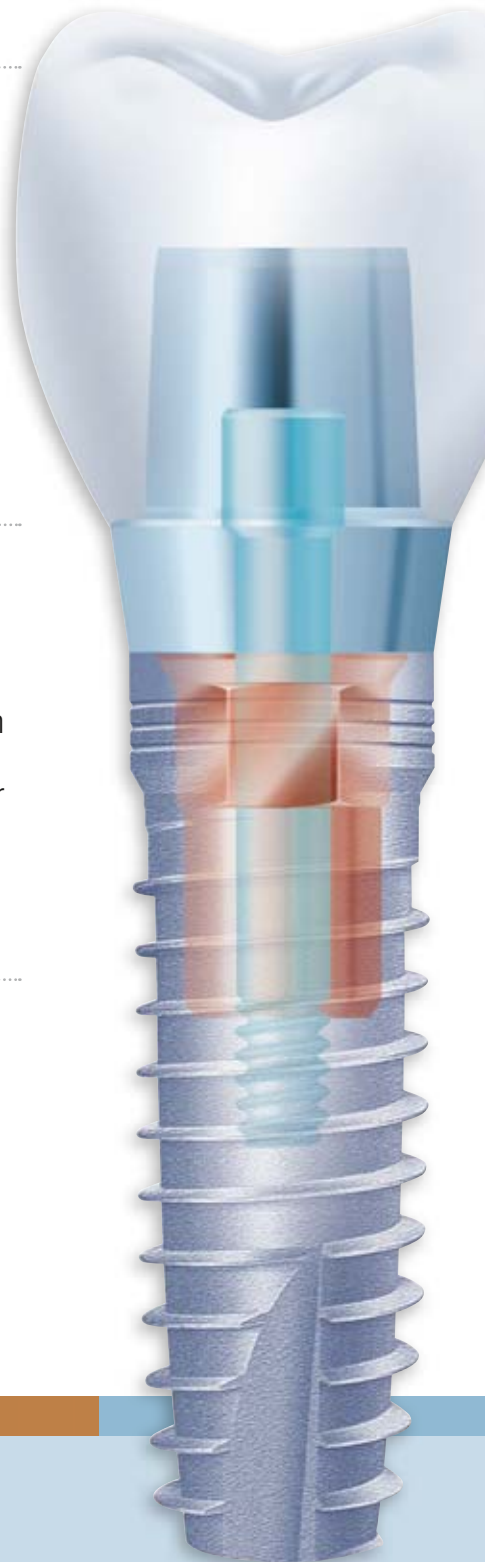
EINFACH.

Vom übersichtlichen OP-Tray mit allen benötigten Komponenten bis zum kompletten Spektrum an Versorgungsmöglichkeiten. Überflüssiges hat hier keinen Platz.



SICHER.

Sicherheit bietet das alphatech[®] System in allen Bereichen. Von der BONITex[®] Oberfläche, über Bohrer mit Tiefenstops bis hin zu einer separaten Schraube für alle prothetischen Aufbauten.



FreeTel: 0800 - 1500055

FreeFax: 08000 - 400044

www.alphatech-implantate.de

alphatech@henryschein.de

Präklinische und klinische Aspekte moderner Implantatsysteme

Heutzutage existieren über 200 Implantatsysteme und auch immer mehr „Billigimplantate“ ohne jeglichen wissenschaftlichen Background versuchen sich am stark gewachsenen Markt der Implantologie zu etablieren. Jedoch sollten Merkmale wie höchste Präzision, maximale Biokompatibilität, technische Ausgereiftheit und auch ein einfaches durchdachtes Handling nicht der Theorie oder womöglich dem Zufall überlassen sein, sondern wissenschaftlich fundiert, dokumentiert und durchdacht entwickelt werden.

Dr. Daniel Ferrari, M.Sc.

■ Um möglichst evidenzbasiert und einfach alle Indikationen der dentalen Implantologie abdecken zu können, sollten Implantate von sehr kurzer (~ 5 mm) bis ausreichend großer (~ 16 mm) Länge und reduziertem (~ 3 mm) bis groß (~ 5 mm) dimensioniertem Durchmesser im verwendeten System vorhanden sein. Somit sollte in Standardsituationen, mit ausreichendem Knochenangebot, das ausgewählte Implantat dem zu ersetzenden Zahn in Durchmesser und Länge innerhalb der genannten Range, unter Berücksichtigung der „allgemeinen Implantologieregeln“, entsprechen. Bei reduziertem Knochenangebot wird häufig durch Hartgewebsaugmentationen (z.B. Sinusbodenelevation, laterale Augmentation mit GBR, Blockaugmentation etc.) versucht, wieder eine Standardsituation mit ausreichend dimensioniertem knöchernen Implantatlager zu schaffen. Jedoch gibt es auch evidenzbasierte Möglichkeiten und Techniken, diesen Knochenaufbau, welcher häufig mit mehr Belastung für den Patienten und Aufwand verbundenen ist, zu umgehen. Beispielsweise durch stark anguliert inserierte oder kurze Implantate mit vergrößerter Oberfläche.

Ein System, welches unter all den genannten Prinzipien entwickelt und wissenschaftlich untersucht wurde, ist das F²- und F³-System (OT medical). Das OT-F²-Implantat ist ein selbstschneidendes Schraubimplantat mit doppelt geätzter Oberfläche (Abb. 1). In Kombination mit dem OT-F³-, einem konischen Press-fit-Implantat mit gesinterter dreidimensionaler Oberfläche, für die Insertion im stark atrophierten Kiefer, können alle sich bietenden Situationen gelöst werden (Abb. 2). Die gemeinsame Innenverbindung „FourByFour“ weist alle modernen Features (Plattform Switch, konische Eintrittsfläche, hoch präzise Rotationssicherung, zylindrisches Gegenlager) auf und vereint die beiden Systeme zu einem umfassenden Konzept.



Abb. 1 und 2: F²- und F³-Implantat (OT medical).

In einer groß angelegten Studie von Dr. Duddeck (Universität Köln) wurden über 90 verschiedene Implantate mittels Rasterelektronenmikroskop auf Oberflächentopografie (Produktionsgenauigkeit), Materialbestandteile/-verteilung (Verunreinigungen) und Elementzusammensetzung untersucht. Die beiden Implantatsysteme F² und F³ schnitten in der Untersuchung, neben einigen anderen, am besten ab (Abb. 3 und 4). Es wurden keinerlei Produktionsungenauigkeiten oder organische Verunreinigungen festgestellt. Außerdem wurde in

der Produktion nur reines Titan (Grad 4/5) verwendet. Um die Biokompatibilität mit knochenbildenden Zellen zu untersuchen, wurden in vitro SaOs-2-Zellen auf Titanplättchen mit geätzter F²- und gesinterter F³-Oberfläche für die Dauer von sieben Tagen kultiviert. Die Messung des ATP-Gehaltes, als Maß für Zellvitalität und Zellzahl, lässt Rückschlüsse im Rahmen dieses Proliferationstests auf die Biokompatibilität der untersuchten Titanoberflächen mit SaOs-2-Zellen zu. Bei adhären Zellen ist die Anhaftung an Oberflächen notwendig zur Proliferation (Abb. 5 und 6).

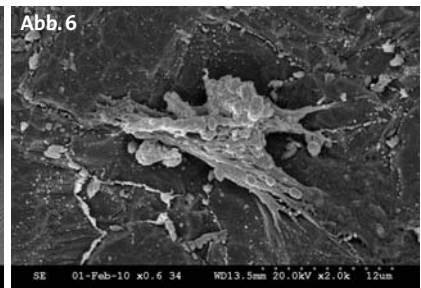
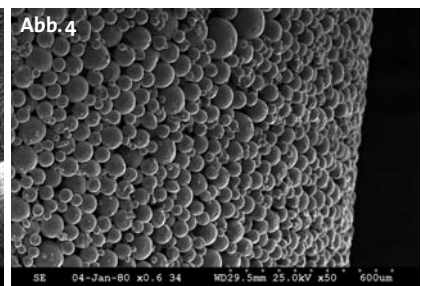
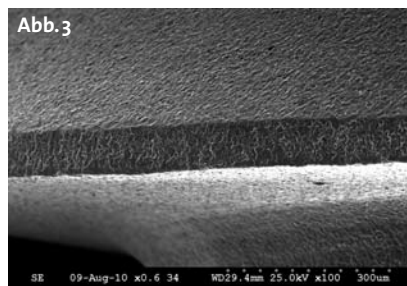


Abb. 3 und 4: REM-Aufnahmen der F²- und F³-Implantatoberflächen. – Abb. 5 und 6: SaOs-2-Zellen auf den F²- und F³-Implantatoberflächen.

Dentegris

Präzisions Implantate made in Germany



**Bovines Knochenaufbaumaterial,
Kollagenmembranen, Kollagenvlies,
Alveolarkegel, Weichgewebmatrix**

**Tausendfach bewährtes
Implantatsystem**

Soft-Bone-Implantat -
der Spezialist im schwierigen Knochen

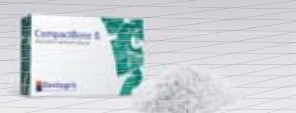
SL-Sinuslift-Implantat -
der Spezialist für den Sinuslift

SLS-Straight-Implantat -
der klassische Allrounder



CompactBone B.

Natürliches, bovines
Knochenersatzmaterial



CompactBone S.*

Biphasisches, synthetisches
Knochenersatzmaterial



BoneProtect® Membrane

Native Pericardium Kollagenmembran



BoneProtect® Guide

Natürlich quervernetzte Kollagenmembran



BoneProtect® Fleece

Natürliches Kollagenvlies



BoneProtect® Cone

Alveolarkegel aus natürlichem Kollagen



MucoMatrixX®

Soft Tissue Graft



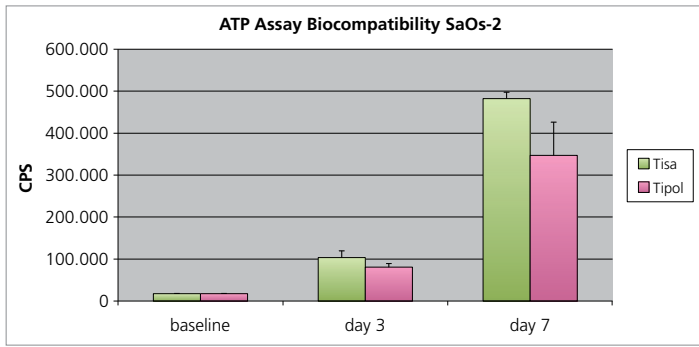


Abb. 7: SaOs-2-Zellen Proliferationstest auf F²/F³-Implantatoberflächen.

Wie im beigefügten Diagramm dargestellt, erwiesen sich beide Titanoberflächen innerhalb der ersten sieben Tage als durchaus biokompatibel für die Proliferation von SaOs-2-Zellen (Abb. 7).

Nachdem die präzise Produktion und die Biokompatibilität mit knochenbildenden Zellen nachgewiesen war, wurde im Rahmen einer tierexperimentellen Untersuchung am Hund die schnelle Osseointegration (Knochenanlagerung an Implantatoberfläche) der F²- und Osseinkorporation (Knochenanlagerung und Knocheinwachsen in die dreidimensionale Implantatoberfläche) der F³-Implantate gezeigt. Bereits nach zwei Wochen der gedeckten Einheilung zeigten die F²-Implantate einen BIC-Wert (Knochen-Implantat-Kontakt) von 69 % (Abb. 8 und 9). Die F³-Implantate zeigten nach acht Wochen im Hund und sechs Monate im Menschen

eine vollständige Integration im Knochen und ein knöchernes Einwachsen in die gesamte dreidimensionale Oberfläche (Abb. 10 und 11).

Klinisch bestätigten sich die durchweg positiven wissenschaftlichen Erkenntnisse. Die F²-Implantate zeigen vorhersehbar sehr gute Ergebnisse bei allen Indikationen. So kann von Standard- über Sofortimplantationen auch jegliche Art von Augmentationen (ein- und zweizeitig) erfolgreich durchgeführt werden (Abb. 12–17). Und auch implantologische Konzepte wie angulierte Implantate mit abgewinkelten verschraubbaren Abutments (4 plus 6-Line) sind einfach durchführbar (Abb. 18–21).

Dank des neuen Bohrprotokolls mit den weltweit ersten „parallel-konisch-parallel“ gestalteten Bohrern ist das modifizierte Tray (Abb. 22) hinsichtlich Übersichtlichkeit und Einfachheit optimal. Es gibt pro Implantatlänge und Durchmesser nur noch einen Bohrer mit abnehmbarem Tiefenstopp. Somit ist ein sicheres und zeiteffizientes Arbeiten im Alltag besser möglich.

Die kurzen F³-Implantate werden stets im kompromittierten Implantatlager inseriert. Deshalb sollte der Grundsatz gelten: je länger und je breiter das Implantat, desto besser. Entsprechend dem, was der ortständige Knochen zulässt. Jedoch ohne simultane Verwendung von Knochenersatzmaterial. Tierexperimentelle Studien haben gezeigt, dass bei einzeitigen Augmentationen mit Implantation ein erhöhtes Risiko der weichgeweblichen Einscheidung der dreidimensionalen Implantatoberfläche besteht. Im Oberkiefer erfolgt die Implantation meis-

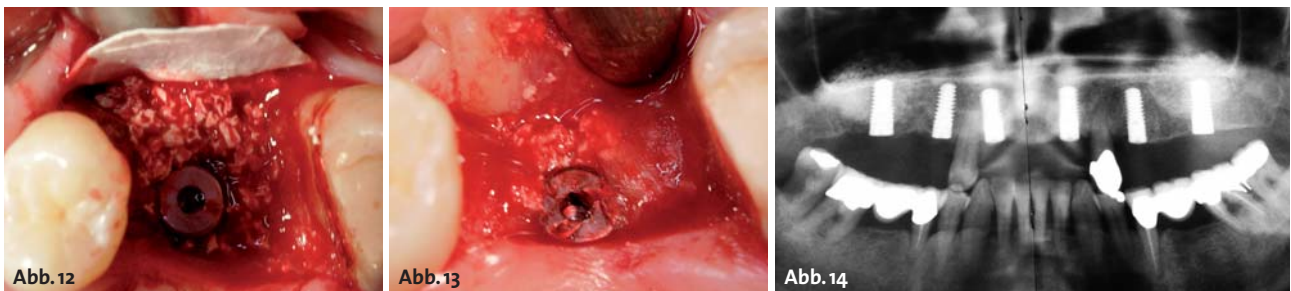
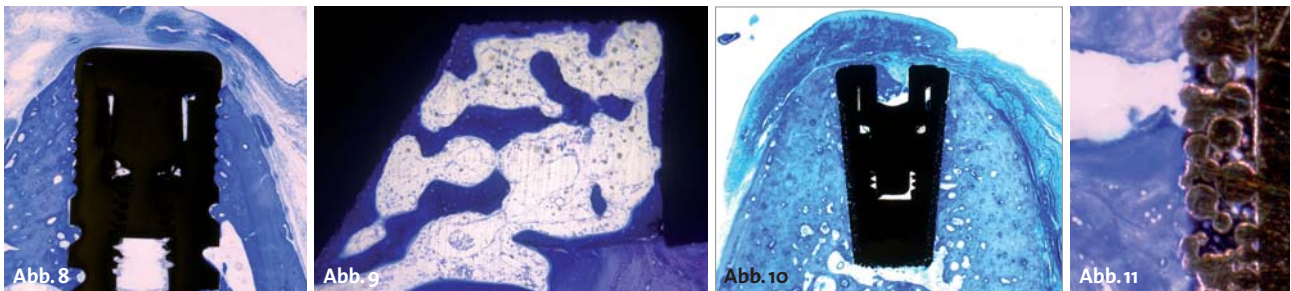


Abb. 8 und 9: F²-Implantate nach zwei Wochen und ... – Abb. 10: ... F³-Implantate nach acht Wochen subgingivaler Heilung im Hund. – Abb. 11: F³-Implantate nach sechs Monaten im Menschen. – Abb. 12 und 13: Laterale Augmentation mit BioVin Bone/Membran am F²-Implantat und Re-entry vier Monate später. – Abb. 14–17: F²-Implantate mit externem Sinuslift beidseits mit BioVin Bone/Membran und erfolgreicher prothetischer Versorgung.



Abb. 18



Abb. 19



Abb. 20

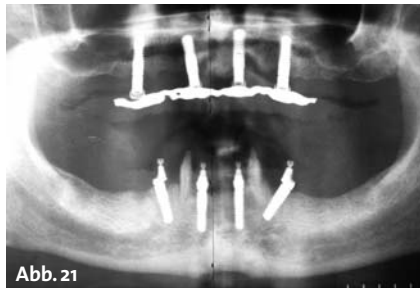


Abb. 21

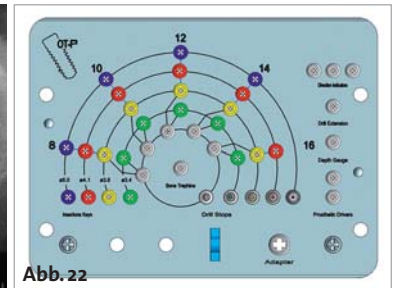


Abb. 22



Abb. 23



Abb. 24



Abb. 25

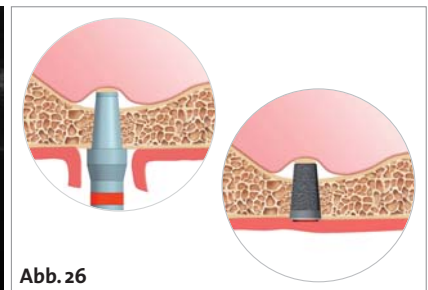


Abb. 26

Abb. 18–21: Festsitzende UK-Versorgung mit angulierten Implantaten und 0° , 17° bzw. 30° abgewinkelten verschraubbaren Abutments. – **Abb. 22:** Neues F²-Implantat-Tray und Bohrprotokoll. – **Abb. 23–25:** F³-Implantation mit internem Sinuslift und stabiler knöcherner Situation ein Jahr später. – **Abb. 26:** Schematische Darstellung des internen Sinuslifts mit dem „Internal Lift Kit“ und F³-Implantat.

tens mit internem Sinuslift, welcher sich mit dem „Internal Lift Kit“ sehr kontrolliert und einfach durchführen lässt (Abb. 23–25). Abbildung 26 zeigt die Stabilität dieses minimalinvasiven Vorgehens nach einem Jahr.

Durch das Hochklopfen des Kieferhöhlenbodens mit den apikal konkaven, schneidenden Osteotomen erreicht man in der Regel einen Höhengewinn formkongruent zu den einzelnen Implantatkonturen von 1–2 mm. Ein zirkulärer Tiefenstopp verhindert ein zu tiefes Eindringen in die Kieferhöhle und somit eine Perforation der Schneider'schen Membran (Abb. 26).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die prothetische Kompatibilität der beiden Implantatsysteme, F² und F³, ein einfaches, durchdachtes und umfassendes Konzept darstellt. Die wissenschaftliche Evidenz und stetige Weiterentwicklung trägt mit Sicherheit zu dem Erfolg dieser noch jungen, aber bereits in über 30 Ländern der Welt im Einsatz befindlichen Systeme bei. ■

KONTAKT

Dr. Daniel Ferrari, M.Sc.
Heinrichstraße 83–85, 40239 Düsseldorf
Tel.: 0211 9083381
ferrari@zahnaerzte-heinrichstrasse.de



Infos zum Autor

ANZEIGE



ProLab
Zahnärztliche Vereinigung für
Implantatplanung u. Prothetik e.V.

Save the date

1

Continuum 1
Kassel/Niestetal
6.–7. Dezember 2013

2a

Continuum 2a
Filderstadt
7.–8. Februar 2014

Team Approach Zahnarzt und Zahntechniker | Komplexe Rehabilitation im teilbezahnten Unterkiefer und im stark atrophierten Oberkiefer (mit Live-OP) | **Dr. K. L. Ackermann** | **ZTM Gerhard Neuendorff**

2b

Continuum 2b
Berlin
21.–22. Februar 2014

2a

Jahrestagung 2014 | 4.–5. April 2014
gemeinsam mit dem DGI LV Bayern in München/Unterschleißheim

Jetzt Programm anfordern!
Tel.: 02363 739332
info@prolab.net



www.prolab.net

Team Approach Zahnarzt und Zahntechniker | Komplexe Rehabilitation im teilbezahnten Unterkiefer und im stark atrophierten Oberkiefer (mit Live-OP)
Dr. Detlef Hildebrand | **ZTM Andreas Kunz**

Sofortimplantation nach Implantatbruch im Unterkiefer

Einmal in situ sind Implantate enormen Belastungen ausgesetzt. In einigen Fällen kann es zu Frakturen der Aufbauten und Prothetik kommen, in wenigen zu Brüchen des Implantatkörpers selbst. Das bereits osseointegrierte Implantat sollte dann nur mithilfe bestimmter Werkzeuge entfernt werden. Im vorliegenden Fallbericht werden eine solche Implantatexplantation nach Implantatbruch und eine sofortige Re-Implantation beschrieben.

Dr. med. dent. Christoph Blum

■ Mit zunehmendem Einsatz und längerer Belastungsdauer von dentalen Implantaten zeigen sich immer mehr Schwachstellen und Komplikationen einzelner Komponenten. Hierzu zählen Beschädigungen und Lockerungen von Implantataufbauten und Verbindungsschrauben sowie Brüche einzelner Komponenten. In der Literatur wird die Häufigkeit dieser Komplikationen mit 1,5–1,8% angegeben und auf mechanische Überlastung zurückgeführt (Priest et al. 1999; Robert et al. 2003). Solange das Implantat selbst ohne Beschädigung bleibt und weiter osseointegriert ist, kann eine erneute prothetische Versorgung vorgenommen werden. Liegt eine Fraktur am Implantatkörper vor, zeigt dies die

hohe Belastung, die auf Implantate während des Kauvorganges wirkt (Abb. 1). Eine erneute Versorgung auf diesem Implantat ist nicht möglich, auch sind Beschädigungen an benachbarten Implantaten, die in der gleichen Versorgung durch Verblockung integriert sind, nicht ausgeschlossen. Hierzu zählen vor allem die nicht unmittelbar erkennbaren Beschädigungen durch Materialdehnung und Materialermüdung. Auch diese Implantate sollten im Rahmen der Neuversorgung überdacht werden. Wird der neue Zahnersatz auf Implantaten geplant, muss zunächst das gebrochene Implantat entfernt werden. Dies erfolgt in der Regel durch Umfräsen mit einer Lindemannfräse oder



Abb. 1: Frakturiertes BIOMED 3i-Implantat Regio 46. – **Abb. 2:** Arten der Explantation im Zahnfilm, v.l.: Trepanfräse, Lindemannfräse; HELP-KIT. – **Abb. 3:** Kronen und frakturierte Implantatshulter.

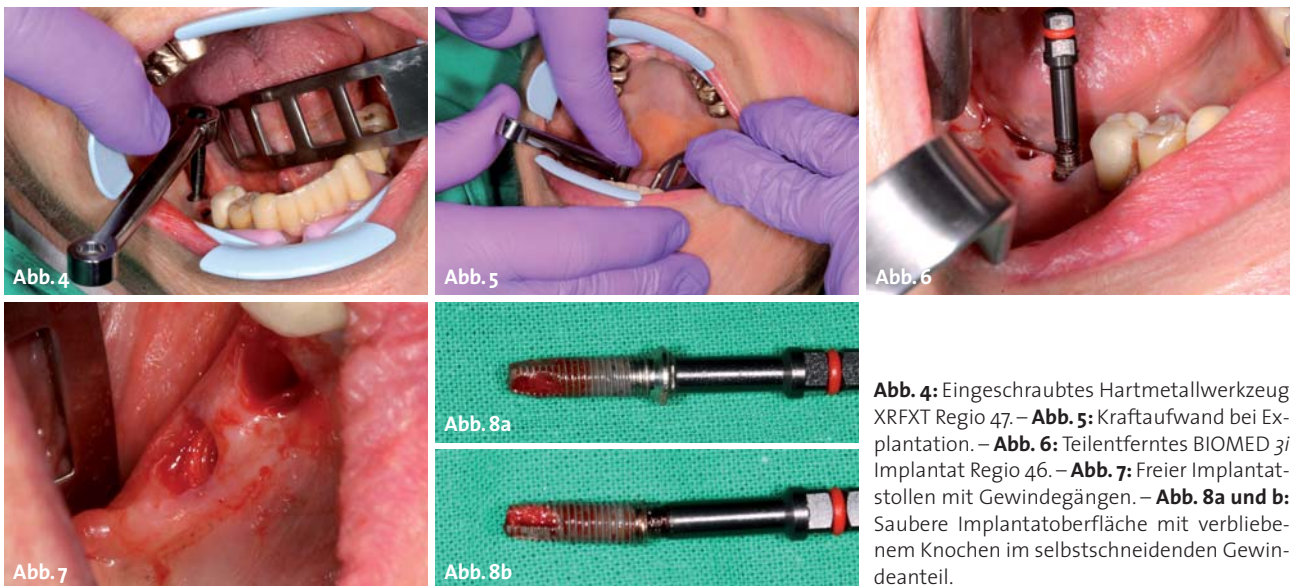


Abb. 4: Eingeschraubtes Hartmetallwerkzeug XRFXT Regio 47. – **Abb. 5:** Kraftaufwand bei Explantation. – **Abb. 6:** Teilentferntes BIOMED 3i Implantat Regio 46. – **Abb. 7:** Freier Implantatstollen mit Gewindegängen. – **Abb. 8a und b:** Saubere Implantatoberfläche mit verbliebenem Knochen im selbstschneidenden Gewindeanteil.

SINUS LIFT „FLEX“ KÜRETTEN

SINUS LIFT „FLEX“ CURETTES

by Prof. Dr. Dr. Frank Palm



Das neue Sinus Lift „FLEX“ Instrumentarium für den direkten Sinus Lift erhöht durch den einmaligen Schwingeffekt das operative Feingefühl und verringert die Perforationsgefahr der „Schneider'schen Membrane“

The new Sinus LIFT „FLEX“ instruments set for the direct sinus lift increases the sensitivity during operation and reduce the risk of perforation the “Schneider'schen mebrane” due to the unique swing-effect.



ANTON HIPPI GmbH, Annastraße 25/1, D-78567 Fridingen

Tel. +497463/99303-0 Fax. +49 7463/99303-50 email: info@anton-hipp.de www.anton-hipp.de



Abb. 9



Abb. 10



Abb. 11



Abb. 12a



Abb. 12b

Abb. 9: Implantatbettaufrbereitung Regio 47.–
Abb. 10: Insetierte Implantate Regio 46 und 47.–
Abb. 11: Insetierte Implantate mit Gingivaformern.–
Abb. 12a und b: Frakturierte Implantate und neu insetierte Implantate.

einem Trepanbohrer. Beides führt zum zirkulären periimplantären Knochenverlust, der eine direkt nachfolgende Implantation nicht zulässt (Abb. 2).

Die einzige Alternative zum Erhalt des periimplantären Knochens besteht im Herausdrehen des Implantatkörpers aus dem Kiefer. Mit einem in den Implantatkörper eingeschraubten Spezialinstrument und der Krafterhöhung reißen die Osteoplasten von der Titanoberfläche ab. Hierbei werden Kräfte von bis zu 350 Ncm aufgebaut, die zum Abscheren der Osteoplasten und zum Bruch der Osseointegration führen.

Dies glatte Abscheren der Osteoplasten ist an den fein abgezeichneten Gewindegängen des Implantatstollens und an der sauberen Implantatoberfläche nach Explantation nachzuvollziehen. Das maximal knochenschonende Verfahren ermöglicht je nach vorliegendem Bohrstolldurchmesser und den begleitenden Umständen (reizlose Gingiva, geringer periimplantärer Knochendefekt) eine sofortige Re-Implantation mit einem neuen Implantat.

Fallvorstellung

Die 2008 alio loco eingegliederten Implantate und verblockten Implantatkronen Regio 46 und 47 zeigten nach fünf Jahren Belastungsphase eine zunehmende, aber schmerzfreie Lockerung mit bucco-lingualer Beweglichkeit von 4 mm. Da die Köpfe der hochgoldhaltigen Prothesenschrauben keine Retention für einen Schraubendreher aufwiesen, wurden diese mit einem Diamantschleifkörper durch den okklusalen Zugang abgetrennt. Nach dem Entfernen der Kronen zeigte sich das Abutment 47 im Kronenblock; der obere tellerförmige Anteil des Implantates 46 war vollständig lose und glatt vom restlichen Implantat abgeschert. Radiologisch und klinisch wiesen beide Implantate eine regelrechte Osseointegration mit minimalem Knochenabbau auf, sodass eine Entfernung und sofortige Re-Implantation geplant wurde (Abb. 3). Nacheinander wurde die beiden Implantate mit einem Spezialwerkzeug (DENTIUM HELP-KIT) entfernt, hierzu wurde das linksschneidende Hartmetallwerkzeug

(XRFXT) linksdrehend vorsichtig in den Implantatkörper eingeschraubt. Mit zunehmendem Kraftaufwand übersteigt die Reibung zwischen dem Werkzeug und Implantat die Haftkraft der Osteoplasten an der Implantatoberfläche und führt schließlich zum Bruch des Implantates aus der Osseointegration. Anschließend konnten die Implantate vollständig aus dem Kiefer unter Erhalt des Knochens herausgeschraubt werden. Dies konnte durch die glatt nachgezeichneten Gewindegänge im ehemaligen Implantatbett und der sauberen Implantatoberfläche nachvollzogen werden (Abb. 4–8). Die entzündungsfreien Implantatstollen der vormaligen zylindrischen OSSEOTITE-Implantate (BIOMET 3i) mit einem Durchmesser von 4 mm boten sich für die Aufnahme von CAMLOG-Implantaten Ø 5,0 Länge 11 mm Regio 46 und Ø 4,3 Länge 13 mm Regio 47 an. Da bei der Explantation auf eine Aufklappung verzichtet wurde, erfolgte auch die Re-Implantation transgingival mit Gingivaformern zur offenen Einheilung (Abb. 9–12). Durch das schonende Vorgehen der Explantation und sofortigen Implantation traten keine postoperativen Beschwerden in Form von Blutung, Schwellung oder Schmerz auf. Das Entzündungsrisiko ist durch die Abdeckung aller Knochen- und Wundflächen auf ein Minimum reduziert, sodass auf eine perioperative/postoperative Antibiose verzichtet wurde. Die postoperative Gabe eines oralen Antibiotikums zur Entzündungsprophylaxe war aufgrund des schonenden operativen Vorgehens und dem Verschluss der Schleimhautwunde nicht erforderlich. ■

■ KONTAKT

Dr. med. dent. Christoph Blum

Fachzahnarzt für Oralchirurgie
 Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie
 Paracelsus-Klinik Bad Ems
 Taunusallee 7–11
 56130 Bad Ems



Infos zum Autor

EL

ESTHETIC LINE implant



C-TECH
CENTURY IMPLANT TECHNOLOGIES

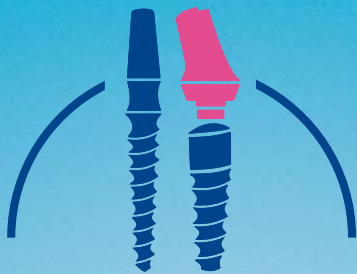
Via Santa Margherita al Colle n. 18 - 40136, Bologna - ITALY
Tel. +39 051 6661817 - Fax +39 051 6667071
www.c-tech-implant.com - info@c-tech-implant.com

Go to
www.c-tech-implant.com



Follow us on facebook
[/CTechImplant](https://www.facebook.com/CTechImplant)





KSI Bauer-Schraube

Das Original

Über 25 Jahre Langzeiterfolg



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

Das KSI-Implantologen Team freut sich auf Ihre Anfrage!

K.S.I. Bauer-Schraube GmbH

Eleonorenring 14 · D-61231 Bad Nauheim

Tel. 06032/31912 · Fax 06032/4507

E-Mail: info@ksi-bauer-schraube.de

www.ksi-bauer-schraube.de

Herstellerinformationen

Dentegris

Dental Expert Symposium am 16./17. Mai 2014

Als Platinsponsor weist Dentegris jetzt schon auf das „Implantology International Dental Expert Symposium“ hin, das am 16. und 17. Mai 2014 im Düsseldorfer Hilton Hotel stattfinden wird.

und Implantatprothetik berühren wird. Das Symposium wird also gleichermaßen für Chirurgen, prothetisch tätige Zahnärzte und engagierte Zahntechniker interessant sein.

Topreferenten mit internationalem Renommee werden ihre implantologischen Konzepte, Therapiestrategien und wissenschaftlichen Erkenntnisse vortragen und zur Diskussion stellen. In verschiedenen Workshops haben die Teilnehmer außerdem die Möglichkeit, anwenderbezogenes Spezialwissen zu vertiefen und sich

intensiv mit den Kollegen und Referenten auszutauschen. Der Freitagabend steht ganz im Zeichen eines lockeren Social Events im Herzen von Düsseldorf.

**Implantology International
Dental Expert Symposium**
16.-17. Mai 2014 Düsseldorf



Das Symposium folgt dem Konzept eines internationalen Expertentreffens, bei dem der Erfahrungsaustausch in Bezug auf die Weiterentwicklung der dentalen Implantologie im Vordergrund steht. Inhaltlich wird es deshalb ein abwechslungsreiches Kongressprogramm geben, das die ganze Vielfalt der für die Implantologie relevanten Themenkomplexe wie Diagnostik, Chirurgie

**Dentegris
Deutschland GmbH**
Tel.: 02841 882710
www.dentegris.de



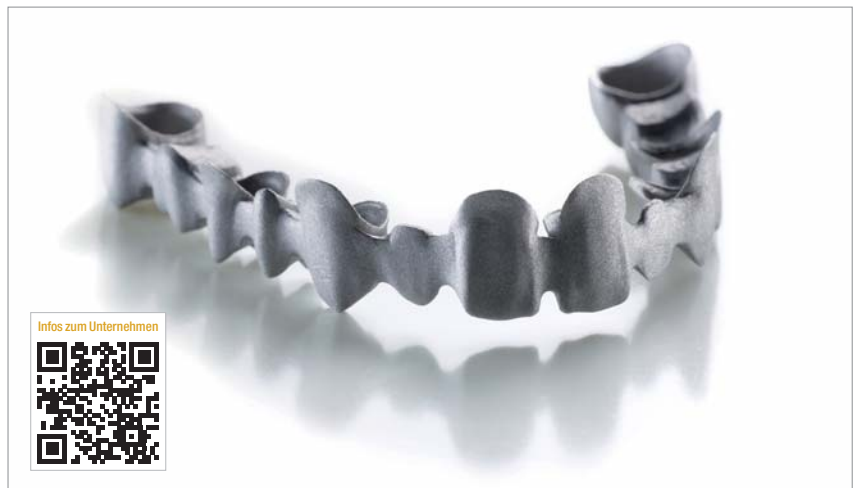
BEGO

Die Klassiker-Legierung

Der Schlüssel zum Erfolg liegt im jahrzehntelangen Kompetenzaufbau der BEGO Gruppe auf dem Gebiet der Wirobond®-Legierungen. Sie werden seit bereits über 30 Jahren weltweit für hochwertige Patientenversorgungen für Kronen und Brücken verwendet und erfreuen sich nach wie vor großer Beliebtheit. Im Rahmen moderner CAD/CAM-Fertigungstechniken wird Wirobond® z. B. für das SLM-Verfahren verwendet. Hier bildet die Legierung das Grundmaterial zur Erstellung spannungsfreier Verblendgerüste mittels additiver Fertigung. Markenzeichen der BEGO Implant Systems ist das Angebot konfektio-

nierter Standardaufbauten aus Wirobond® MI. Das mittels modernster CAD/CAM-Technologie frästechnisch verarbeitete Material wird wiederum für hochpräzise Kronen- und Brückengerüste, aber auch für Stege und individuelle Abutments in der Implantatprothetik angeboten. Für Patienten bedeutet die Verwendung gleicher Legierungskomponenten ein hohes Maß an Sicherheit.

**BEGO Implant Systems
GmbH & Co. KG**
Tel.: 0421 2028-246
www.bego-implantology.com



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

Sunstar GUIDOR

Formbares Knochenaufbaumaterial aus der Spritze

easy-graft® CLASSIC besteht aus mikroporösem β -Tricalciumphosphat (β -TCP), wird im Körper innerhalb von 5–15 Monaten vollständig abgebaut und mit körpereigenem Gewebe ersetzt. β -TCP ist ein bewährtes Knochenaufbaumaterial, aber einige Zahnmediziner und Chirurgen bevorzugen Materialien, welche zum Teil (oder vollständig) aus Hydroxylapatit bestehen und nur eingeschränkt resorbiert werden. easy-graft® CRYSTAL wurde speziell für diese Anwendergruppe entwickelt. Es basiert auf mikroporösem biphasischem Calciumphosphat (BCP), einen Verbund aus 60% Hydroxylapatit und 40% β -TCP. Dieses Material baut sich partiell ab, ein Anteil verbleibt integriert im neu gebildeten Knochen. Das vollständig resorbierbare easy-graft® CLASSIC und das volumenstabile easy-graft® CRYSTAL können in denselben Indikationen eingesetzt werden. Hersteller ist die Degradable Solutions AG aus Schlieren, Schweiz.

Sunstar Deutschland GmbH
Tel.: 07673 88510855
www.degradable.ch

Infos zum Unternehmen



Straumann

Implantatdivergenzen bis 60° kompensierbar

Die derzeit am Implantatmarkt erhältlichen Attachmentsysteme erlauben bisher eine Angulationskompensation von bis zu 40°. Straumann präsentiert nun eine leistungsfähigere Lösung zur Befestigung von Deckprothesen auf Implantaten unter dem Namen SFI-Anchor (SFI: Stress Free Implants). Nach Angabe des Dentalunternehmens ermöglichen diese neuen Sekundärteile eine um 50 Prozent höhere Kompensation der Implantatangulation. Der Zahnarzt könne mit dieser neuen Technik Implantatdivergenzen von bis zu 60° leicht ausgleichen. Auch würde sich durch die neue Konstruktion das Risiko abgenutzter Sekundärteile verringern. Die abriebfesten Retentionseinsätze aus dem Polymer „Pekton“ haben laut Hersteller eine längere Haltbarkeit.

Straumann GmbH
Tel.: 0761 4501-0
www.straumann.de

Infos zum Unternehmen



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

ANZEIGE

Knochenregeneration seit 20 Jahren

- Vollsynthetisch
- Osteokonduktiv
- Langzeiterprobt

5 + 2
gratis



www.lasak.com



LASAK GmbH • Českobrodská 1047/46 • 190 01 Prag 9 – Hloubětín
Tschechische Republik • Tel.: +420 224 315 663 • Fax: +420 224 319 716 • E-Mail: export@lasak.cz

CAMLOG

iSy Implantatsystem – positive Halbjahresbilanz

Zur IDS 2013 präsentierte CAMLOG das Implantatsystem iSy by CAMLOG. Das System sorgte auf Anhieb für großes Aufsehen und rege Diskussionen in der implantologischen Fachwelt. Die Gründe hierfür liegen in dem eigenständigen, selbstbewussten Auftreten der neuen Marke und in der Tatsache, dass CAMLOG mit iSy eine preisgünstige Zweitmarke positioniert – und Marktanteile von renommierten Implantatsystemen aus dem Premiumsegment gewinnen

möchte. Dabei ist bekannt, dass CAMLOG schon vor iSy mit den bewährten Implantatsystemen CAMLOG und CONELOG preislich merklich günstiger positioniert war als andere führende Implantat-hersteller. Gleichzeitig stellt CAMLOG allen Anwendern seiner Produkte ein hervorragendes Serviceangebot zur Verfügung und legt großen Wert auf eine erstklassige Betreuung seiner Partner. Umso überraschender kommt der Vorstoß in den Value-Bereich.

In der ZWP online Gesprächsreihe „Business-Talk“ beantwortet CAMLOG-Geschäftsführer Michael Ludwig die Fragen des ZWP-Chefredakteurs Jürgen Isbaner. In dem 14-minütigen Video-Interview spricht Michael Ludwig über das Erfolgsrezept von CAMLOG, den Implantatmarkt im Wandel, die Hintergründe zur Einführung des iSy Implantatsystems und darüber, was iSy auszeichnet und welche Zielgruppen damit aufseiten der Anwender und Patienten angesprochen werden sollen. Das Fazit: CAMLOG bietet mit iSy die Chance für mehr Wachstum in der Implantologie und sendet ein deutliches Signal in den Markt.



CAMLOG Vertriebs GmbH
Tel.: 07044 9445-0
www.isy-implant.com

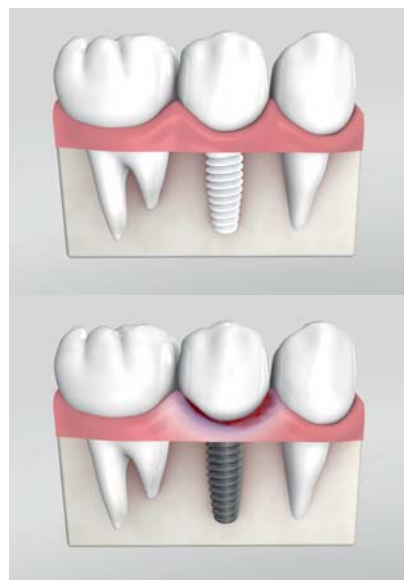


Dentalpoint

Keramik-Implantate auf Augenhöhe

ZERAMEX® hat sich zum Ziel gesetzt, die metallfreie Zahnimplantation auf höchstem Niveau zu entwickeln und damit dem Willen des Patienten nach metallfreier und ästhetisch hochstehender Versorgung zu entsprechen. ZERAMEX® ist eine zuverlässige Alternative zu Titan und bietet zehn Jahre Materialgarantie auf Implantaten und Abutments. Die heute angebotenen, metallfreien Implantatsysteme ZERAMEX®T und ZERAMEX®Plus verweisen die „Mythen“ rund um die Keramikimplantate in die Vergangenheit: Keramik-Implantate und Abutments werden aus hochverdichteten Zirkonoxid-Rohlingen (ZrO₂-ATZ-Bio-HIP) aus dem Vollen geschliffen und entsprechen den höchsten Anforderungen an Festigkeit, bio-

mechanischer Stabilität, Passgenauigkeit und Langlebigkeit und brechen somit nicht. Die wissenschaftlichen Studien sowie die Multicenter-Untersuchungen über 15.000 gesetzte Implantate (Universitäten Genf und Innsbruck) zeigen eine Erfolgsquote > 97%. Die neueste Generation der ZERAMEX®/ ZERALOCK™ Implantate weist im ersten Jahr eine Erfolgsquote >98% aus – sie heilen perfekt ein. Die prothetische Versorgung auf den zweiteiligen Keramik-Implantaten ist einfach und mit den führenden Titan-Systemanbietern auf Augenhöhe.



Dentalpoint AG
Tel.: +41 44 3883636
www.dentalpoint-implants.com

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

ANZEIGE

Sinus-Lift NEU definiert



Sinus-Lift Instrumente von Dentium. Für crestalen und lateralen Zugang.

Exklusiv Vertrieb durch:
dental-bedarf.com

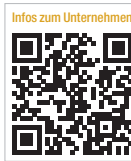
3M Deutschland

Symposium zu Mini-Implantaten



Egal, ob es sich um Interessierte, Einsteiger oder erfahrene Anwender von Mini-Implantaten handelt – das MDI-Symposium mit dem Titel „Mini-Implantate im Zeichen des demografischen Wandels“ hat für alle etwas zu bieten. Denn bei dem Event, zu dem 3M ESPE am 23. November 2013 in das Sofitel Munich Bayerpost im Herzen Münchens einlädt, erhalten sie aus erster Hand Informationen zur Therapieoption der Prothesenstabilisierung mit den durchmesserreduzierten Minis. Auf dem Programm stehen zahlreiche Vorträge, in denen Experten aus Wissenschaft und Praxis die besondere Eignung von MDI Mini-Dental-Implantaten für die Behandlung älterer Patienten beleuchten. Für die Teilnahme am Symposium werden acht Fortbildungspunkte nach den Leitsätzen der BZÄK und DGZMK vergeben. Die Teilnahmegebühr beträgt pro Person 299 Euro zzgl. MwSt. Programm und Anmeldung unter www.3MESPE.de/MDI-Symposium

3M Deutschland GmbH
Tel.: 0800 2753773
www.3MESPE.de/implantologie



curasan

Knochenregenerationsmaterial Ready-to-use

Mit der neuen CERASORB® Paste gibt es jetzt ein besonders anwenderfreundliches und innovatives Knochenregenerationsmaterial.

CERASORB® M Granula in einer heilungsfördernden hyaluronsäurehaltigen Hydrogel-Matrix suspendiert. Diese spezielle Kombination unterstützt den physiologischen Heilungsprozess optimal. Durch die Hydrogelstruktur werden Wachstumsfaktoren, Proteine und Mineralien, die zur Knochenbildung benötigt werden, ohne Diffusionsbarriere schnell aufgenommen. Das Hyaluronsäure-Gel stellt dabei den einwandernden Zellen eine Matrix zur Verfügung, durch die die feinen CERASORB® Granula erschlossen werden. Die Angiogenese und die Anlagerung von Osteoblasten werden unterstützt.



Die resorbierbare Keramikpaste kann direkt aus der sterilen Fertigspritze appliziert werden. So ist die einfache und schnelle Handhabung auch an schwer zugänglichen Stellen möglich. In der Paste sind die bewährten, resorbierbaren, synthetischen,

curasan AG
Tel.: 06027 40900-51
www.curasan.de

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

5 Freunde ...



... lösen jeden Fall.

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

Mit dem neuen einteiligen *Trias® Mini 3,3* mit optional verklebbaren Abutments unterschiedlicher Angulation wird das Implantatsystem der m&k gmbh erweitert. Damit wird eine Brücke zwischen *Trias® Mini* (post und ball) und *Trias®* zweiteilig geschlagen. Abgerundet wird das Angebot durch die zahlreich zur Auswahl stehenden unterschiedlichen Implantataufbauten und feinmechanische Konstruktionselemente für die Prothetik.

Erweiterung des m&k-Produktportfolios um biom'up Knochen- und Weichgewebsregenerationsmaterialien - MatriBone® und CovaMax®: Knochenaufbaumaterial der Zukunft!

Praxisnahe Fortbildung der m&k akademie in Kahla

Live-Operation und Hands-on Kurs am 6. Dezember 2013: Implantation im ästhetisch sensiblen Frontzahnbereich auf der Basis von 3D-Diagnostik
Referenten: Dr. Uwe Wiedemann und Dr. Paul Wiedemann

Jetzt anmelden unter www.mk-akademie.info

m&k dental Jena
Spezielle Dental-Produkte

Im Camisch 49
07768 Kahla
Fon: 03 64 24 | 811-0
mail@mk-webseite.de



Kollagene für die Dentalchirurgie



PARASORB RESODONT® Forte

Als Ergänzung zur klassischen PARASORB RESODONT® gibt es die Kollagenmembran auch in einer Forte-Variante.

PARASORB RESODONT® Forte enthält 6 - 8 mg equine, native Kollagenfibrillen je Quadrat-zentimeter.

Bei PARASORB RESODONT® Forte stehen die Dauer der Barrierefunktion und das fehlerver- zeihende Handling im Vordergrund.

Eigenschaften:

- ▶ sehr hohe Reißfestigkeit
- ▶ deutlich verlängerte Standzeit, ohne chemische Zusätze
- ▶ schnelle Integration im umgebenden Gewebe
- ▶ höchste Produktsicherheit und hervorragende Biokompatibilität



RESORBA®
REPAIR AND REGENERATE

RESORBA Medical GmbH
Am Flachmoor 16, 90475 Nürnberg, Germany

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

SILBERSPONSOR
DER **DGI**

Herstellerinformationen

enretec

Veränderter Entsorgungsbedarf in den Praxen

Das Abfallaufkommen in einer Zahnarztpraxis hat sich in den vergangenen Jahren stark verändert. Mit dem Einzug des digitalen Röntgens und dem Verzicht auf den Einsatz von Amalgam als Füllungsmaterial fallen in vielen Zahnarztpraxen nur noch verhältnismäßig wenige Abfälle zur Entsorgung an. Die Antwort auf die rückläufige Entwicklung von Praxisabfällen ist die Entsorgungslösung der Dental-Depots. Viele Fachhändler bieten gemeinsam mit enretec bereits seit mehreren Jahren die Rücknahme von Praxisabfällen an. Aus einem breit gefächerten Behältersortiment können die Praxen ihre Abfallsammelbehälter individuell wählen. Die Lie-

ferung und der Austausch der Behälter erfolgt i. d. R. innerhalb von 24 Stunden nach Beauftragung. Zwar bieten die Depots auch verschiedene Entsorgungspauschalen an, doch wird Flexibilität garantiert. Auf Basis der tatsächlich entsorgten Abfälle wird die passende und damit günstigste Entsorgungspauschale gewählt. Bei der Abgabe von Kleinstmengen wird sogar eine Abrechnung nach Aufwand angeboten.

enretec GmbH
Tel.: 0800 1005556
www.enretec.de

Infos zum Unternehmen



Entsorgung beginnt mit **e.** enretec



Entspannen Sie sich -
wir kümmern uns um alles.



Bicon

Shortest Implants - Longest History

Seit seiner Entwicklung 1985 werden bei Bicon Implantat und Abument ohne Schrauben mit einer 1,5° Locking-Taper-Konusverbindung miteinander verbunden und bietet so eine nachweislich bakteriedichte Versiegelung zwischen Implantat und Abument. Diese Versiegelung verhindert die mikrobielle Besiedelung, welche eine Entzündung des Weichgewebes rings um ein Implantat verursachen kann, die zum Knochenschwund und sogar zum Verlust des Implantats selbst führen kann. Die Sloping Shoulder (abgeschrägte Implantatschulter) bietet mehr Flexibilität bei der Implantatinsерierung und sorgt für imposante Knochenbildung, außerdem schafft sie Platz für den Knochen oberhalb des Implantats, welcher für die Erhaltung der Interdental-Papilla verantwortlich ist. Dieses ermöglicht ästhetisch gingivale Konturen, die beständig bleiben. Das Plateaudesign des Implantats bietet mindestens 30 % mehr Knochenoberfläche und somit eine erhöhte BIC (Bone-Implant-Surface). Die Implantate sind in den Längen 5,0; 5,7; 6,0; 8,0 und 11,0 mm erhältlich. Gerade die Ultra Short Implantate können als Alternative zu Sinuslift und Augmentationsverfahren eingesetzt werden.



Bicon Europe Ltd.
Tel.: 06543 818200
www.bicon.de.com

Infos zum Unternehmen

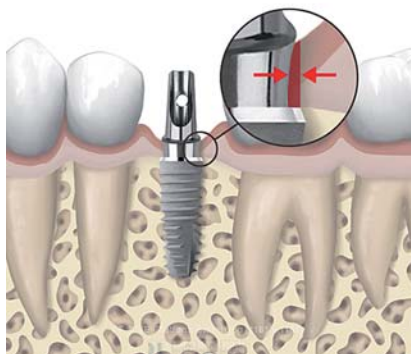
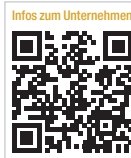


DENTSPLY Implants

Das Platform-Switch-Konzept

Das sogenannte „Platform Switching“ wird bereits seit über 20 Jahren angewandt und ist eine anerkannte Behandlungsmethode für einen besseren Erhalt des krestalen Knochniveaus. Die konsequente Verwendung von PS-Komponenten verlagert den Übergang zwischen Implantat und Aufbau nach zentral: Dadurch wird ein vergrößertes Weichgewebsvolumen erreicht und somit ein verbessertes Emergenzprofil, was wieder

zum langfristigen Erhalt ästhetischer Ergebnisse beiträgt. Für eine erfolgreiche PS-Versorgung ist es maßgeblich, nicht nur den finalen Aufbau in einem reduzierten Durchmesser zu verwenden, sondern direkt von der Verschlusschraube ausgehend mit entsprechenden Prothetikkomponenten zu arbeiten. Hierfür bietet DENTSPLY Implants nun spezielle XiVE® Platform-Switch-Aufbauten an. Diese sind mit „PS“ für Platform-Switch lasermarkiert. Das XiVE® Platform-Switch-Konzept bietet die Möglichkeit, Implantate mit durchmesserreduzierten Aufbauten zu versorgen. Das Platform-Switch-Konzept wurde entwickelt, um ein vergrößertes Weichgewebsvolumen zu erreichen, das zum langfristigen Erhalt ästhetischer Ergebnisse beiträgt.



DENTSPLY Implants
Tel.: 0621 4302-006
www.dentsplyimplants.de

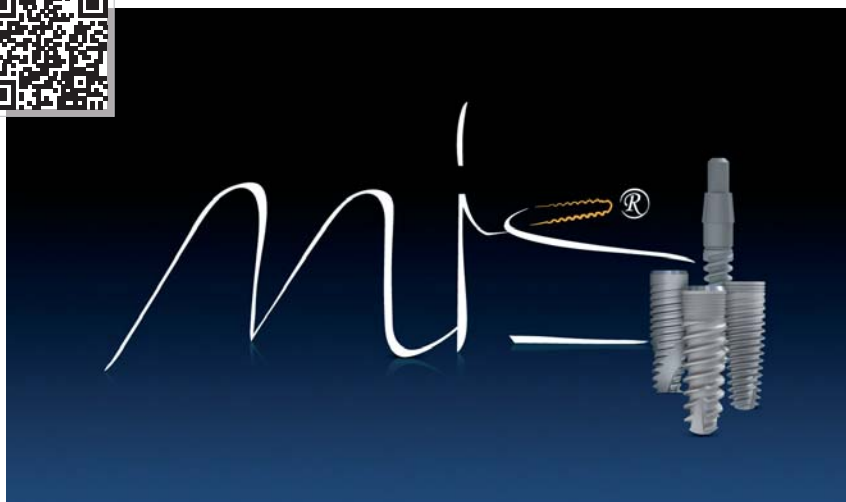
MIS

Produktkatalog der Zukunft

Mit der iPad-App MIS TABCASE vollendet der Mindener Implantatspezialist ein erfolgreiches IDS-Jahr 2013. Die spektakuläre Präsenz auf der größten Dentalmesse der Welt im März, das neue Gingivapflaster PerioPatch® und die erfolgreiche 2. MIS Global Conference in Cannes untermauerten in diesem Jahr die umfassende Kompetenz von MIS in der Implantologie und Mundpflege. Auch 2014 will das Unternehmen entsprechend seinem Motto „Make it simple“ implantologische Prozesse weiter vereinfachen. Die neue iPad-App MIS TABCASE erlaubt Behandlern den schnellen Zugriff auf hochqualitative

Präsentationen von MIS-Produkten, allgemeine Hintergrundinformationen und Wissenswertes über den Dentalmarkt sowie die Nutzung dieser Inhalte zu Schulungszwecken. Auch Patienten können die Vorteile der MIS-Produkte für ihre Gesundheit über die grafisch hochwertig designten Inhalte der App eingängig vermittelt werden. MIS TABCASE für iPads ist kostenlos im iTunes-Store erhältlich, eine Variante für Smartphones folgt in Kürze.

MIS Implants Technologies GmbH
Tel.: 0571 9727620
www.mis-implants.com



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

The only 1

Synthetisches Knochenregenerations-Material

CERASORB®

Das Erste, das Einzigartige. Das Referenzpräparat.

Das Erste

10-Jahresergebnisse belegen für Implantation: **CERASORB®** und natürlicher Knochen sind ebenbürtig*

Das Einzigartige

Bilateraler Sinuslift zeigt bei 20 Patienten gleich gute Ergebnisse zwischen **CERASORB®** und autologem Knochen*

CERASORB® - synthetisches Regenerationsmaterial, mehr als 15 Jahre klinische Erfahrung in über 150 Publikationen dokumentiert*

Das Referenzpräparat

Es gibt nur einen internationalen Referenzstandard für β -Tricalciumphosphat weltweit: **CERASORB®**



Für Bestellungen, Anfragen und Beratung wenden Sie sich bitte an unseren exklusiven Vertriebspartner für Deutschland und Österreich:



Medical & Dental Service GmbH
Jacques-Remy-Str. 17
D-56203 Höhr-Grenzhausen
Telefon: +49 (0) 26 24 - 94 99 - 0
Telefax: +49 (0) 26 24 - 94 99 29
E-Mail: service@mds-dental.de
www.retard.de

Hersteller:
curasan AG, Lindigstraße 4, 63801 Kleinostheim
www.curasan.de

*Informationen und Literatur auf Anfrage erhältlich.



Morita

Innovative Röntgentechnik für Diagnosesicherheit



Im Vorfeld aller implantologischen Behandlungen werden Diagnose- und Planungssicherheit großgeschrieben. Eine

wesentliche Rolle nehmen bildgebende Verfahren ein, welche durch klinische Innovationen stets verbessert werden. Als Leistungsführer in der modernen Röntgentechnik und Premium-Partner des Deutschen Zahnärztetages setzt auch Morita in besonderem Maße auf innovative Ideen und bietet mit Veraviewepocs 3D R100 ein vielseitiges Kombinationsgerät für Panorama-, Cephalometrie- und 3-D-Aufnahmen an, das präzise Bilder liefert. Gleichzeitig schont das System mit einer vergleichsweise geringen Strahlungsexposition den Patienten, indem es das Sichtfeld in Form eines Reuleaux-Dreiecks an die natürliche Zahnreihe anpasst. In 2012 wurde dieses Sichtfeld in Großbritannien mit dem Clinical Innovations Award ausgezeichnet und stellte für die Jury einen „technologischen Durchbruch“ dar, da es die Genauigkeit der Aufnahmen gewährleistet und gleichzeitig die Strahlungsdosis um nahezu 15 Prozent verringert (R100-Abbildungsformat).

J. Morita Europe GmbH
Tel.: 06074 836-0
www.morita.com/europe

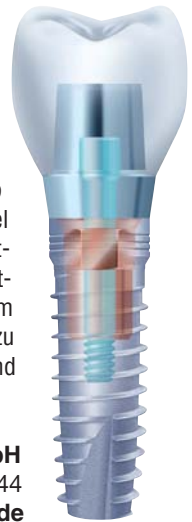
Henry Schein Dental

Schablonengeführte Implantatbettaufbereitung

Mit dem alphatech® guided surgery Konzept bietet Henry Schein seinen Kunden weitere innovative Implantologie-Produkte an. Das Konzept stellt eine sichere Möglichkeit der schablonengeführten Implantatbettaufbereitung dar. Eine 3-D-Diagnostik und Planung mit anschließender Bohrschablonenherstellung ist hierbei eine Grundvoraussetzung. Bei fehlender sicherer dentaler Abstützung kann die Bohrschablone an temporären Implantaten fixiert werden. Die Führung und der Tiefenstopp für die rotierenden Aufbereitungsinstrumente werden durch die Bohrlöfelle und die Geometrie der Bohrer garantiert. Bedingt durch die Implantatlängen von acht bis 16 mm sind zwei unterschiedliche Bohrerlängen notwendig. Der zu verwendende Bohrer ist aus der Planung ersichtlich und im Bohrprotokoll hinterlegt. Um ein optimales Handling zu gewährleisten sind die Instrumente doppelendig und anguliert.



Henry Schein Dental Deutschland GmbH
Tel.: 01801 400044
www.henryschein-dental.de



OT medical

Fortbildungswochenende in Budapest

Ein unvergessliches Fortbildungswochenende bot die OT medical GmbH den Kursteilnehmern des „3-tägigen Intensivtraining am Humanpräparat“ Ende September in Budapest/Ungarn. In Zusammenarbeit mit dem II. Institut für Pathologie der Semmelweis Universität wurde den Teilnehmern aus Deutschland an drei spannenden Tagen eine gelungene Mischung aus Vorträgen, Theorie und vor allem viel Zeit für praktische Übungen an den Humanpräparaten geboten.

Am ersten Veranstaltungstag erwartete die Kursteilnehmer ein erfahrenes Referententeam und Fachvorträge aus der Wissenschaft. Verschiedene Sinuslift-Techniken

und die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien zu den OT-F²- und OT-F³-Implantatsystemen wurden ebenso thematisiert, wie die digitale Volumentomografie und das chirurgische Vorgehen bei der Implantation. Intensive selbstständige Übungen am (unfixierten) Humanpräparat, die im Vordergrund dieser Veranstaltung standen, ermöglichten den Teilnehmern an den folgenden Fortbildungstagen ihre Kenntnisse und Erfahrungen zu vertiefen.

OT medical GmbH
Tel.: 0421 557161-0
www.ot-medical.de





Infos zum Unternehmen



K.S.I. Bauer-Schraube

Sanfte Implantologie für Jung und Alt

Das Implantologen-Team der K.S.I. Bauer-Schraube bietet 2013 einen zusätzlichen Implantologie-Kurs speziell für Ein- und Umsteiger an. Nach dem bewährten KSI-Kurskonzept wird in kleinen Gruppen fundiertes Wissen über die Implantologie von der Planung bis zur Endversorgung vermittelt und in mindestens vier Live-OPs demonstriert. Besonders viel Zeit ist für den „Hands-on-Teil“ reserviert, bei dem das Erlernete praktisch umgesetzt und gefestigt wird. Für dieses KSI-Kursangebot gibt es 17 Fortbildungspunkte. Bei Anmeldung vor dem 1. Dezember reduziert sich die Kursgebühr von 650 € auf nur 450 €. Kurstermin: 6. und 7. Dezember.

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

Hager & Werken

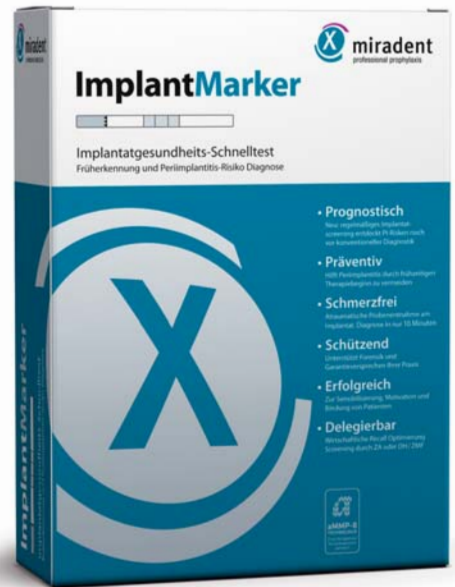
Zeigt frühzeitig versteckten Knochenabbau

Der Spezialitätenanbieter Hager & Werken stellte zu Beginn des Jahres das weltweit erste Frühdiagnostikum zum langfristigen Schutz und Erhalt von Implantaten als Schnelltest auf aMMP-8 Basis vor. Der Praxisschnelltest ImplantMarker wird unmittelbar am Behandlungsstuhl durchgeführt und zeigt innerhalb von fünf Minuten und weit vor ersten durch Röntgen oder Sondieren sichtbaren Anzeichen, ob für den Patienten ein Risiko für die Entwicklung von Knochenabbau oder progressiven Gewebegenerationen besteht. Das Verfahren erfolgt über eine Probenahme des Sulkusfluid am Implantat. Es ist einfach, schmerzfrei, zuverlässig und kann durch die Prophylaxeassistentin durchgeführt werden. Zeigt der Test eine kritische Anzahl von für den Gewebeabbau verantwortlichen Biomarkern, kann durch Therapievarianten und eine Verkürzung des Recalls deutlich frühzeitiger und effizienter mit der Erhaltung des Implantates begonnen werden. Als Beispiel sei hier der Einsatz der antibakteriellen Photodynamischen Therapie (aPDT) mittels Laser oder weiteren unterstützenden Maßnahmen, wie die Gabe von Local Delivery Devices, genannt.

Infos zum Unternehmen



Hager & Werken GmbH & Co. KG
Tel.: 0203 99269-0
www.hagerwerken.de



Nobel Biocare

Studien belegen sehr gute Ergebnisse

Als Premiumhersteller sichert Nobel Biocare seine Produkte und Behandlungskonzepte durch eine Vielzahl von wissenschaftlichen Untersuchungen und die Erhebung von Langzeitdaten ab. Das gilt auch für das NobelActive® Implantat, das zurzeit in rund

40 verschiedenen Studien untersucht wird. Die Ergebnisse zweier aktueller Studien^{1,2} bieten den Anwendern weitere wissenschaftlich untermauerte Daten: Die einjährige Nachbeobachtung durch eine randomisierte, kontrollierte Studie zeigt gute Ergebnisse für sofortbelastete NobelActive Implantate als Einzelzahnversorgung im Oberkiefer. Eine weitere Studie, die verschiedene Belastungsprotokolle speziell für NobelActive 3.0 über einen Zeitraum von einem Jahr untersucht hat, kommt zu dem Ergebnis, dass das 3-mm-Implantat eine sichere und lebensfähige Option für Frontzahnbereiche mit einem begrenzten Platzangebot darstellt.



Infos zum Unternehmen



- 1 Slagter K., Meijer H., Den Hartog L., Vissink A., Raghoobar G. Immediate single implant treatment in the aesthetic zone: 1 year results of a randomized controlled trial. *Clinical Oral Implants Research, Special Issue: EAO 21st Annual Scientific Meeting Abstracts, Okt. 2012; 23 (Nachtr. 7): S. 23, Abstract Nr. 68.*
- 2 Russe P., Cherry J., Hermans M, Polizzi G., Sisodia N., Villata L. A tapered variable-thread design implant with a 3.0 mm diameter placed in the anterior region. Interim results of a retrospective study with one year follow-up. *International Symposium Osteology, Monaco, 2.-4. Mai 2013, Poster-Abstract Nr. 133.*

Nobel Biocare Deutschland GmbH
Tel.: 0221 50085-590
www.nobelbiocare.com

ANZEIGE

comfiBite®

Die ideale Interimsversorgung bei Implantatbehandlungen

schonend
unzerbrechlich
patientenfreundlich

DENTAL PROFESSIONAL SERVICE

DPS

88079 Kressbronn am Bodensee
Tel.: +49(0)7543 500 47 58
info@dentalprofessional.de
www.dentalprofessional.de

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

brumaba

OP-Tisch mit Längsachsenkipfung

Mit dem PRIMUS präsentiert das Unternehmen brumaba einen OP-Tisch, der sich aufgrund seiner Form und Funktion für kopfchirurgische Maßnahmen eignet. Als Operateur wissen Sie, dass solche Eingriffe häufig nicht nur zeitaufwendig, sondern auch kompliziert sind und vollste Konzentration erfordern – diesem Punkt kommt der OP-Tisch mit seiner seitlichen Längsachsenkipfung um 17° entgegen. Damit können Sie den Kopf des Patienten gezielt in unterschiedlichste Seitenpositionen neigen. Das maximiert den Zugriff und schont Kraft durch optimale, auch extrem nahe „operative Distanzen“. So lassen sich selbst anspruchsvollste Eingriffe schonender gestalten; sanfter und angenehmer vor allem für den Behandlungsrücken, da sich die Lage des Patienten an den Eingriff und Einblick anpasst – nicht umgekehrt.



Das schlichte und moderne Design aus Edelstahl lässt den OP-Tisch zudem zu einem Blickfang in Ihrem OP-Bereich werden. Verschiedenes Zubehör und eine große Farbpalette bietet Ihnen die Möglichkeit der geschmackvollen Individualität.

brumaba GmbH & Co. KG
Tel.: 08171 2672-0
www.brumaba.de

NSK

Sichere und exakte Befestigung

Der NSK Prothetikschauber iSD900 bietet höchste Sicherheit beim Befestigen von Halteschrauben bzw. Abutmentschrauben. Mit drei Geschwindigkeiten (15, 20, 25/min) sowie zwischen 10 und 40Ncm frei wählbaren Anzugsmomenten (anwählbar in 1- und 5-Ncm-Schritten) ist er geeignet für alle gängigen Implantatsysteme. Das speziell für diese Anwendung konzipierte Drehmoment-Kalibriersystem stellt dabei sicher, dass stets das exakt erforderliche Drehmoment anliegt. Gegenüber herkömmlichen Befestigungssystemen wie z.B. manuellen Ratschen bietet der iSD900 eine deutliche Zeitersparnis bei gleichzeitig bester Zugänglichkeit. Der Behandler kann sich so auf das Wesentliche dieser Prozedur konzentrieren, nämlich Schrauben ohne Verkanten zu platzieren.

Der iSD900 ist leicht und klein wie eine elektrische Zahnbürste und aufgrund seiner Aufladung durch Induktion (d.h. keine Kontaktkorrosion an elektrischen Kontakten) und seinem sterilisierbaren Verlängerungs-An/Aus-Schalter benutzerfreundlich und kinderleicht in der Anwendung.



Champions-Implants

Unter der Sonne Mallorcas

Anfang Oktober, Sonne satt und fast 30 Grad – zum 3. Mal lud das Dental-Unternehmen Champions-Implants zum

Kongress ein. Und dieses Jahr auf der Insel Mallorca. Unter dem Motto „MIMI®-flapless – die (R)Evolution geht weiter“ begrüßt CEO und Entwickler des Champions®-Systems, Dr. Armin Nedjat, knapp 100 Teilnehmer in Illetas, Palma de Mallorca. Nach den Erfolgen der beiden Champions-VIP-ZM-Kongresse in Mainz und Dresden in den letzten Jahren freute sich das Champions-Team über den interaktiven Erfahrungsaustausch auf dem Gebiet der minimalinvasiven Techniken, Sofortbelastung und Prothetik. Ein weiteres Highlight war die Champions-Party mit Victoria Miles & Band. Im nächsten Jahr findet der Kongress vom 3. bis 5. Oktober 2014 in Frankfurt am Main statt.

Champions-Implants GmbH
Tel.: 06734 914080
www.championsimplants.com



NSK Europe GmbH
Tel.: 06196 77606-0
Web: www.nsk-europe.de

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

BIOMET 3i

Neue Implantatgeneration

Das neue 3iT3® Implantat von BIOMET 3i wurde designt, um mit dem Erhalt von Hart- und Weichgewebe nachhaltige ästhetische Ergebnisse zu ermöglichen. Das moderne Hybriddesign mit neuer Multilevel-Oberflächentopografie mindert das Risiko von Periimplantitis, verbessert die Integration und erleichtert das Bone Bonding.

- Topografie im Grob-Mikronbereich: Abgestrahlte Oberfläche für 10+ Mikrometerrauigkeit erleichtert die Retention des Blutkoagulums.
- Topografie im Fein-Mikronbereich: Doppelt säuregeätzte Oberfläche mit Peak-to-Peak Abständen von 1–3 Mikrometern (OSSEOTITE®) unterstützt die Thrombozytenaktivierung.
- Topografie im Sub-Mikronbereich: Einzelkristallauflagerung (Discrete Crystalline Deposition, DCD) von Kalziumphosphat-Nanopartikeln.
- Integrated Platform Switching: Die Implantate mit integriertem Platform Switching (3iT3® und PREVAIL® Implantate) haben im Verhältnis zur gesamten Implantatplattform einen kleineren prothetischen Durchmesser. Dadurch wird die Verbindungsstelle von Implantat und Abutment weiter nach innen verlagert, was dazu beiträgt, die Knochenhöhe zu erhalten.
- Dichtigkeit der Verbindung mit der Certain®-Innenverbindung und der Gold-Tite® Schraube: Die Certain®-Innenverbindung und die Gold-Tite® Schraube reduzieren im Zusammenspiel die Undichtigkeit im Mikrobereich durch enge Toleranzen der Verbindungen und eine maximale Erhöhung der Haltekräfte.



BIOMET 3i Deutschland GmbH
Tel.: 0800 1016420
www.biomet3i.de

DPS

Die Interimsversorgung während der Einheilphase

Diese Interimsversorgung bietet eine noninvasive, restaurative Option für eine Vielzahl von kurz- und langfristigen Herausforderungen. Sie ist individuell auf den Patienten zugeschnitten, erfordert keine Präparation, keine Anästhesie und kein Kleben. Sie ist somit die ideale Lösung als Provisorium vor der Einheilphase bei zahnmedizinischen Implantatbehandlungen. Augmentat und Implantat können in Ruhe ausheilen und einwachsen, während der Patient hochwertig und ästhetisch versorgt ist. Es entstehen keine Hindernisse beim Sprechen und Essen sowie keine Irritation von Gaumen und Zahnfleisch. ComfiBite ist die ideale Versorgung bei Kunststoff- und Metallallergien. Für die Anfertigung der Prothese sind lediglich im eigenen Labor hergestellte Modelle von beiden Kiefern erforderlich.



ComfiBite ist die ideale Versorgung bei Kunststoff- und Metallallergien. Für die Anfertigung der Prothese sind lediglich im eigenen Labor hergestellte Modelle von beiden Kiefern erforderlich.

ComfiBite ist die ideale Versorgung bei Kunststoff- und Metallallergien. Für die Anfertigung der Prothese sind lediglich im eigenen Labor hergestellte Modelle von beiden Kiefern erforderlich.

DPS Dental Professional Service
Tel.: 07543 5004758
www.dentalprofessional.de

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



Der weiße Ticer®



DURAPLANT® 2.2

Schön:

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

Sicher:

Arbeits- und Versorgungsgewinde

Die Zukunft ist **TiWhite!**

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



www.zl-microdent.de | Telefon 02338 801-0



DER ZAHNARZT ALS GENERALIST

Patienten fordern eine metallfreie Versorgung

Sie sind in den meisten Fällen die erste Anlaufstelle für den gesunden Patienten mit einem Bedürfnis nach prothetischer Rehabilitation.

Auf der Grundlage der allgemeinmedizinischen und zahnärztlichen Anamnese und der Diagnose erstellen Sie das Behandlungskonzept mit dem Ziel, Kaufähigkeit und natürliche Ästhetik des Patienten wiederherzustellen. Darin spielen die Vorbehandlung und das Erkennen der Risikopatienten eine wichtige Rolle. Aufgrund der zunehmenden Metallunverträglichkeiten wird seit einigen Jahren, damals in Ermangelung praxistauglicher Alternativen, nur im prothetischen Bereich metallfrei versorgt. Titanstimulationstests (IMD-Berlin) weisen bei 10–20% der Patienten nach, dass sie Titanimplantate nicht vertragen, mit einer Entzündung reagieren (Periimplantitis) und lokal sowie systemisch erkranken können. Immer mehr Patienten sind diesbezüglich aufgeklärt.

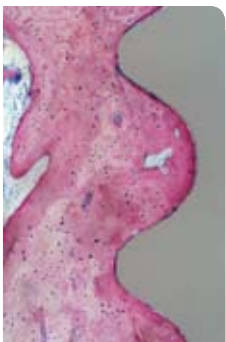
Sie als zuweisender Zahnarzt setzen sich im Behandlungsablauf mit dieser Frage zum Schutz des Patienten auseinander und weisen den Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen gegebenenfalls an, metallfrei mit ZERAMEX® zu implantieren. Auf der Website ZERAMEX.com finden Sie die Spezialisten für die metallfreie Implantation in Ihrer Region.

KERAMIK-Mythen gehören endgültig der Vergangenheit an

Die häufig gehörte Aussage, Keramik breche, ist ein Mythos. ZERAMEX® Implantate brechen nicht.

ZERAMEX® Implantate werden aus hochverdichteten Zirkonoxid-Rohlingen (ZrO₂-ATZ-Bio-HIP von www.metoxit.com) aus dem Vollen geschliffen und entsprechen den höchsten Anforderungen an Festigkeit, biomechanischer Stabilität, Passgenauigkeit und Langlebigkeit. Untersuchungen an der Eidgenössischen Technischen Materialprüfanstalt EMPA (ISO 14801) belegen die enorme Bruchfestigkeit, welche bedeutend höher ist als bei Titanimplantaten. ZERAMEX® Implantate sind zudem komplett korrosionsresistent und leiten weder Strom noch Wärme.

Eine weitere Aussage, jene, dass Keramik nicht einheile, ist ebenfalls falsch. ZERAMEX® heilt ein.



ZERAMEX® Implantat, BIC 85%

Die durch Sandstrahlung und Oberflächenätzung perfektionierte Oberflächenstruktur des ZERAMEX® Implantates wurde in enger Zusammenarbeit mit der Universität Bern entwickelt. Die wissenschaftlichen Zell- und Tierstudien belegen die hervorragende Osseointegration von ZERAMEX®. Die Forscher attestieren ZERAMEX® mit den Oberflächen führender Titanimplantate vergleichbare Eigenschaften und Charakteristiken. („Acid and alkali etching of grit-blasted zirconia: Impact on adhesion and osteogenic differentiation of MG63 cells in vitro“, Gruber et al., „Dental Materials Journal“ 2012; 31(6): 1097–1102).

„Acid and alkali etching of grit-blasted zirconia: Impact on adhesion and osteogenic differentiation of MG63 cells in vitro“, Gruber et al., „Dental Materials Journal“ 2012; 31(6): 1097–1102).

Auch die Behauptung, die Verlustraten bei Keramikimplantaten seien viel zu hoch, stimmt nicht beim zweiteiligen ZERAMEX® Keramikimplantat.

ZERAMEX® Implantate sind zweiteilig, die Nachteile aller einseitigen Keramikimplantatsysteme können Sie mit ZERAMEX® vermeiden, massiv verbesserte Langzeitergebnisse sind die Folge. Die universelle, präzise Verbindung zwischen Implantat und Abutment ermöglicht zudem den Einsatz bei nahezu allen,

vom Titanimplantat her bekannten Anwendungsmöglichkeiten. Die Erfahrung in der Praxis zeigt: Die Erfolgsrate bei bereits über 15.000 gesetzten und versorgten ZERAMEX® Implantaten ist mit den Erfolgsraten der Top-Titanimplantate vergleichbar.

ZERAMEX® bietet Sicherheit – und noch mehr



ZERAMEX® hat sich zum Ziel gesetzt, die metallfreie Zahnimplantation auf höchstem Niveau zu entwickeln. In Funktionalität und natürlichem Aussehen muss die metallfreie Zahnimplantation mit den bewährten Titansystemen von Nobel Biocare®, Straumann® und anderen Top-Titanprodukten auf Augenhöhe sein. Die metallfreie Implantation mit ZERAMEX® muss aber noch mehr, nämlich dem Willen des Patienten entsprechen, metallfrei und ästhetisch versorgt zu werden. Dem Wunsch von Zahnärzten, Chirurgen und Prothetikern ist ZERAMEX® auch gefolgt: ZERAMEX® bietet langfristige Sicherheit,

rationales Handling und die zahntechnischen Möglichkeiten, die dafür erforderlich sind. ZERAMEX® ist eine zuverlässige Alternative zu Titan und bietet 10 Jahre Materialgarantie auf ZERAMEX® Implantate und Abutments.

ZERAMEX® ist 100 % metallfrei

ZERAMEX® Implantate sind weltweit die einzigen zweiteiligen Implantate, welche konsequent ohne Metall verschraubt werden. Auch die Tools des ZERAMEX®T Systems sind mit einer metallfreien Oberfläche versehen. Sowohl in der Wissenschaft als auch in der Praxis ist bestätigt, dass Titanimplantate oxydieren und nie 100-prozentig rein sind, weshalb auch gesundheitliche Nebenwirkungen sowohl lokal als auch um das Implantat herum auftreten können. Im Gegensatz dazu ist Zirkonoxid absolut inert, korrosions- und abriebresistent.

Ästhetisch vollkommene Ergebnisse



ZERAMEX®
(Praxis Dr. Heller, Zürich)

ZERAMEX® Implantate sind weiß oder in Zahnfarben und unterstützen, zusammen mit dem idealen Wachstum des Weichgewebes auf Zirkonoxid, die Bemühungen des Prothetikers, dem Patienten zu einem natürlichen und nicht sichtbaren Zahnersatz zu verhelfen. Neben der Zweiteiligkeit der

ZERAMEX® Implantate spielen vor allem die Gingiva-Verträglichkeit von Zirkonoxid, deren Ausformung und die anschließende Stützung des Emergenzprofils eine wichtige Rolle. Im Falle einer dünnen Gingiva oder einer Gingiva-Rektion brilliert ZERAMEX® mit weißer Zahnästhetik.

Keep it simple



Einbringung ZERAMEX® Plus

Das ZERAMEX® System ist einfach. Mit wenigen Teilen und einem einfachen Handling wird die Arbeit für den Versorger erleichtert und optimiert. Das ZERAMEX® Plus System erlaubt zudem, bekannte Instrumente, Protokolle und Arbeitsabläufe beizubehalten. Das erleichtert die Arbeit auch für das Team.

Wissenschaftlich fundiert

In-vitro- und In-vivo-Studien an der Universität Bern (Prof. Dr. Buser/Prof. Dr. Bosshardt/Dr. Gruber) stützen die herausragenden Osseointegrations-Eigenschaften der ZERAFIL™ Oberfläche. Diese Studienergebnisse trugen maßgeblich zur Entwicklung der ZERAFIL™ Implantatoberfläche bei. Die klinische 5-Jahres-Studie an der Universität Genf (Prof. Dr. A. Mombelli) attestiert dem ZERAMEX® System die Praxistauglichkeit und verweist ausdrücklich auf die große Patientenzufriedenheit. Die laufende Untersuchung an der Universität Genf bezüglich des Verhaltens der Gingiva auf Zirkonoxid zeigt bereits heute, dass sich das Wachstum der Weichgewebezellen positiv entwickelt und die Formung der Gingiva erleichtert wird.

ZERAMEX® ist 100 % verträglich und biokompatibel

ZERAMEX® Implantate sind zu 100 Prozent biokompatibel. Erstmals vor mehr als 5 Jahren eingesetzt, sind bis dato keine Unverträglichkeiten oder Allergien bekannt. Das ZERAMEX® Implantat besitzt eine optimale Gewebeverträglichkeit gegenüber Knochen und Weichgewebe. Die geringe Ablagerung von Zahnbelag führt zu entzündungsfreiem Zahnfleisch. Erste Studien scheinen eine Titanunverträglichkeit im Sinne unspezifisch überschießender Entzündungsreaktionen bei einem gewissen Anteil der Patienten zu bestätigen.

Traditionelles Titanimplantat



- Titan ist ein (nie ganz reines) Metall
- Unerwünschte Reaktionen aufgrund metallischer Substanzen im menschlichen Mund sind möglich:
 - Entzündungen lokal und systemisch
 - Reaktionen mit anderen Biomaterialien
 - Metall-Intoxikationen
 - Gingiva- und Knochenrückgang

ZERAMEX® Keramikimplantat



- Absolut metallfrei: aus gehippter Hochleistungskeramik ZrO₂-ATZ-BIO-HIP
- Absolut biokompatibel:
 - inert
 - keine Reaktionen mit anderen Biomaterialien
 - kaum Plaque-Affinität
 - leitet weder Strom noch Wärme

Jürg Bolleter, CEO Dentalpoint AG | www.zeramex.com



ZERAMEX®

ästhetisch • natürlich • sicher

KERAMIK-IMPLANTATE



Ihr Behandlungserfolg – zufriedene Patienten

Sie haben Fragen?

www.zeramex.com

Telefon Deutschland 07621 1612749 | Schweiz 044 388 36 36



DENTALPOINT

Swiss Implant Solutions

„Eine gute Kombination: Hochschullehrer und niedergelassene Kollegen arbeiten zusammen“

An der Spitze der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie (DGZI) steht seit 3. Oktober 2013 ein renommierter Prothetiker: Univ.-Prof. Dr. Heiner Weber, Ordinarius und Ärztlicher Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik mit Propädeutik und Sektion „Medizinische Werkstoffkunde und Technologie“ am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Eberhard-Karls-Universität Tübingen lenkt ab sofort die Geschicke der ältesten implantologischen Fachgesellschaft Europas. Ein Gespräch mit Zahnärztin und Fachjournalistin Dr. Aneta Pecanov-Schröder.

Herr Professor Weber, die DGZI hat in ihrer 43-jährigen Geschichte Maßstäbe in praxisorientierter Fort- und Weiterbildung gesetzt. Welche Akzente der DGZI überzeugen Sie besonders?

Die Praxisorientierung und die Internationalität sind zwei wichtige Bereiche der DGZI, die ich für ausgesprochen unterstützenswert halte. Das von dem Vizepräsident Dr. Roland Hille vorgestellte Fortbildungsprogramm „Curriculum Implantologie – DGZI“ hebt sich sowohl durch Freiheit der Teilnehmer bei der Themenwahl unter gleichzeitiger Beibehaltung von sinnvollen Pflichtmodulen, der neuen Integration von E-Learning-Modulen und durch die Internationalität von Angeboten anderer Fachgesellschaften ab. Die Diskussionsforen und -podien bei den Tagungen in der Thematik wie in der Zusammensetzung der Referenten und auch in der Art der Diskussionsführung sind beispielgebend. Die Ausrichtung der DGZI passt absolut zu meinem Praxisverständnis.

Können Sie das konkretisieren?

Ich habe mich nie als Hochschullehrer im Elfenbeinturm gesehen, sondern bin sehr in der Praxis verwurzelt. Da hat mich schon meine frühe Erfahrung an der Düsseldorfer Universität geprägt: Noch zu dieser Zeit hat sowohl mein damaliger Chef, Prof. Böttger, als auch sein Oberarzt, mein sehr geschätzter Kollege und Freund Prof. Dr. Dr. Dr. h. c. Hubertus Spiekermann, immer sehr viel behandelt. Und diese Art des Praxisverständnisses ist auf mich übergegangen, als ich in Düsseldorf sein Nachfolger wurde. Daher ist es eine gute Kombination, wenn Hochschullehrer und niedergelassene Kollegen zusammenarbeiten – bis hin zu einem Zusammenschluss in einer Fachgesellschaft.

Neben der praxisorientierten Ausrichtung der DGZI heben Sie auch ihre Internationalität als besonderes Merkmal hervor ...

Ja, die Förderung der Internationalität liegt mir persönlich am Herzen. Ich hoffe, durch meine Kontakte besonders nach China und in den russischsprachigen Raum potenzielle Bereicherungen einbringen zu können.

In meiner Abteilung hielten sich in den letzten 15 Jahren rund 80 Gastwissenschaftler respektive Gastzahnärztinnen und Gastzahnärzte für ein bis vier Jahre auf. Die Herkunftsländer erstrecken sich von Fernost – Japan, Korea, China, Thailand – über den sonstigen asiatischen Raum – russischsprachigen Raum, Indien, arabischer Raum; darüber hinaus dem europäischen Nicht-EG-Bereich sowie



Univ.-Prof. Dr. Heiner Weber

Univ.-Prof. Dr. Weber
[Infos]



über den fernwestlichen Raum mit Mexiko, Brasilien und Chile.

Schwierig wird es, die Studierenden oder Jung-Zahnärzte im Ausland anzusprechen, weil die Ausbildungsstrukturen außerordentlich verschieden sind.

Welche Weiterentwicklungsmöglichkeiten mit Blick auf den implantologischen „Nachwuchs“ sehen Sie für die DGZI national?

Die jetzt neu etablierten und für mich vielversprechenden Fortbildungsprogramme beziehungsweise -möglichkeiten (u.a. Integration von E-Learning-Modulen innerhalb des DGZI-Curriculums) und die Beiträge zur Stützung der Wissenschaft (Stichwort: Promotionsstipendien) halte ich für wichtige Bausteine. Die Entwicklung dieser neuen Ideen sollten wir zunächst einmal beobachten und fördern. Vor diesem Hintergrund halte ich es für unpassend, diese neuen Ideen durch weitere neue, die ich sehr wohl im Kopf habe, zu überfrachten.

Gleichwohl ist es eine wichtige und sinnvolle und für alle fruchtbare Aufgabe und Aktivität, nicht nur die etablierte Kollegenschaft, sondern gerade junge Leute – Studierende der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sowie Auszubildende unserer Teamkollegen/-innen – anzusprechen und einzubinden.

Gerade erst fand die 43. Internationale Jahrestagung der DGZI mit einem vielfältigen Themenprogramm mit klar praxisorientiertem Fokus und einem besonderen Augenmerk für prothetische Konzepte statt. Inwieweit deckt sich dieser Ansatz mit Ihrem Verständnis bei der Umsetzung implantologischer Fragestellungen?

Seitens der Hochschule wird meines Erachtens häufig ignoriert, dass die zahnärztliche Implantologie zumindest in Deutschland sehr stark von der Praxis ausging – ich darf hier nur Namen wie Pruin, Brinkmann, Koch, Kirsch stellvertretend für eine Reihe anderer Kollegen nennen. Die damals ausgeübte implantologisch-prothetische Versorgung war durch eine Behandlung „von einer Hand“ gekennzeichnet. Nicht nur durch das Hinzutreten der Hochschule in Deutschland – hier sind beispielhaft Düsseldorf, Mainz,

München und Tübingen (in alphabetischer Reihenfolge!) zu nennen – wurde auch ein sogenannter „Team Approach“ etabliert, der die Zusammenarbeit von Chirurgen und Prothetikern ins Auge fasste. Die eigentliche Planung geht vom prothetischen-restaurativen Behandler aus.

Gerade Spiekermann war es, der die Implantologie als prothetische Therapie deutlich betonte und dies auch in der Praxis lebte, wovon ich letztendlich als sein Nachfolger als Oberarzt in Düsseldorf (damaliger Direktor Prof. Dr. H. Böttger) bis zum heutigen Tag entscheidend profitierte. Die DGZI zeigt durch ihre personelle Zusammensetzung einerseits, dass sie diesen ursprünglichen Praxisgedanken nach wie vor stark fördert. Andererseits macht sie durch Referenten- und Themenwahl genauso deutlich, dass in Abhängigkeit der eigenen Ausbildung oder respektive in Abhängigkeit des Schwierigkeitsgrades des Falls die Teamarbeit als entscheidende Lösung für bestimmte Behandlungssituationen anzustreben und umzusetzen ist.

Stichwort „Team Approach“. In der Prothetik umfasst dieses originär das Team Zahnarzt – Zahntechniker. Was können Sie als DGZI-Präsident tun, um diese Schnittstelle Zahnmediziner – Zahntechniker weiterhin in den Fokus zu rücken?

Meine Einstellung zu Zahntechnikern ist unzweifelhaft, unter anderem mündete mein Einsatz für einen Schulterschluss von Zahnarzt und Zahntechniker in den rund neunjährigen Vorsitz der Arbeitsgemeinschaft Dentale Technologie (ADT). Wir müssen seitens der DGZI alles tun, um Zahntechniker nicht nur zu bewerben,

sondern auch einzubinden. Nach außen hin sichtbar wird dies durch den Vorstandskollegen Zahntechnikermeister Christian Müller deutlich gemacht. Neben diesem sichtbaren Zeichen müssen dann in der Nachfolge sowohl Themen- wie Referentenwahl bei den Jahrestagungen so gestaltet werden, dass sich die Gruppe der Zahntechniker wirklich angesprochen fühlt, wobei dies natürlich wechselseitig gilt.

Vielen Dank für die Einblicke und Perspektiven.

Deutsche Gesellschaft für
Zahnärztliche Implantologie e.V.
Paulusstr. 1, 40237 Düsseldorf
Tel.: 0211 1697077
Fax: 0211 1697066
sekretariat@dgzi-info.de
www.dgzi.de



Dr. med. dent. Aneta Pecanov-Schröder
DENTinform – Zahnmedizin kommunizieren
Irmintrudisstr. 9a, 53111 Bonn
Tel.: 0228 7078135
Fax: 0228 7078136
info@dentinform.de
www.dentinform.de



ANZEIGE

Meistern jede Belastung - SOFORT!

Implantate für High-End-Sofortbelastung von **IHDE**DENTAL 

Nutzen Sie das volle Angebot der Natur!

KOS[®] PLUS



ab **69,90€**

BCS[®]



NEU eingetroffen:
Die **KOS-Sondergrößen 3.7 6 und 3.7 8**

Mehr **Info** gefällig? Kontaktieren Sie uns oder besuchen Sie einen unserer **Anwenderkurse!**

Kontakt: **Dr. Ihde Dental GmbH** • Erfurter Str.19 • 85386 Eching • Tel.: +49 (0)89 319 761-0 • Fax: +49 (0)89 319 761-33

www.ihde-dental.de • www.implant.com

Alle angegebenen Preise verstehen sich zuzüglich gesetzlicher Mehrwertsteuer.



43. Internationaler Jahreskongress der DGZI in Berlin: Praxisorientierte Implantologie

Dr. Georg Bach

Mit Professor Dr. Heiner Weber wurde in Berlin der Nachfolger des scheidenden Präsidenten Professor Dr. Dr. Frank Palm mit einem überwältigenden Wahlergebnis gewählt, und somit steht nun ein Urgestein der deutschen Implantologie an der Spitze der ältesten implantologischen Fachgesellschaft Europas.

„Praxisorientierte Implantologie“, dies war zudem nicht nur das Thema des 43. Jahreskongresses der DGZI in diesem Jahr, vielmehr ist es ein Credo, dem sich die DGZI seit ihrer Gründung im Jahre 1970 verschrieben hat. Besonders verdeutlicht werden konnte dies im Rahmen der Pressekonferenz am Freitagmittag, als Vorstandsmitglieder der DGZI sich den Fragen der zahlreich erschienenen Journalistinnen und Journalisten stellten und das Konzept der DGZI in vier Impulsreferaten erläuterten. Wie ein roter Faden zog sich das Motto auch durch den zweitägigen Kongress, an dessen Ende die DGZI-Macher befriedigt feststellen konnten, dass die DGZI nun personell und als Fachgesellschaft an sich gut aufgestellt und für die Zukunft gewappnet ist.

„Ich bin stolz und dankbar, dieser Fachgesellschaft vorzustehen!“, mit diesem sympathischen Begrüßungswort wandte sich DGZI-Präsident Professor Dr. Heiner Weber an die über 450 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der 43. Jahrestagung aus 18 Nationen, darunter auch Gruppen befreundeter Fachgesellschaften aus Japan, den USA und Arabien.

DGZI-Vizepräsident und wissenschaftlicher Leiter Dr. Roland Hille konnte nicht ohne Stolz berichten, dass über vierzig Referenten gewonnen werden konnten, jeder Beitrag zum wissenschaftlichen Programm wurde neu für die DGZI-Jahrestagung erstellt.

Erfolgreiche und bewährte Implantatkonzepte aus der Praxis

Chairman Roland Hille wies als Leiter der ersten Kongress-Session darauf hin, dass es einen wesentlichen Unterschied zwischen „über Erfolge berichten“ und „Erfolge haben“ geben kann. Ziel des ersten Vortragsblocks war es dann, tatsächlich bewährte Implantatkonzepte darzustellen, „nicht unbedingt der übliche 99 Prozent Erfolg“, wie es Hille formulierte, „sondern die Realität“.

Mit Dr. Bernhard Drüke, Dr. Matthias Stamm, Dr. Thomas Hanser und Dr. Sebastian Becher schritten Referenten zum Mikrophon, die einerseits zu den gefragtesten Rednern gehören, welche gleichzeitig jedoch orale Implantologie in der täglichen Praxis leben.

„Sofortimplantation mit Sofortversorgung in der ästhetischen Zone“, dies das Thema des Münsteraner Implantologen Drüke, der neben den Vorteilen dieses Verfahrens auch darauf hinwies, dass eine etwas schlechtere Prognose als beim konventionellen Vorgehen zu verzeichnen ist. Dies wird jedoch durch die deutlich erhöhte Prognose, ein ästhetisch anspruchsvolles Ergebnis mit Sofortimplantation und Sofortbelastung und eine gute Knochenstabilität mehr als aufgewogen. Voraussetzungen sind das Vorhandensein einer ausreichend dimensionierten bukkalen Knochen-

Bildergalerie



Pastpräsident der DGZI Prof. Dr. Dr. Frank Palm (l.) wurde feierlich verabschiedet.



Prof. Dr. Weber, neuer DGZI-Präsident, richtete erste Grußworte an die Teilnehmer.

lamelle, ein guter Zahnfleischbiotyp und, so Drücke, am Wichtigsten, eine orale Positionierung des Implantates. Große Bedeutung weist der Münsteraner Oralchirurg einer möglichst hohen Passgenauigkeit der provisorischen Versorgung zu. Hervorragend dokumentierte Fallbeispiele rundeten die Ausführungen Drückes ab.

Dr. Matthias Stamm nahm sich ein „heißes“ Thema vor, indem er über das Konzept „One Abutment – One Time“ berichtete. Der frühere Oberarzt der Düsseldorfer Klinik unter Professor Becker ist seit geraumer Zeit in niedergelassener Praxis tätig und stellte fest, dass ein häufiger Abutmentwechsel ein gewisses Risiko für vermehrten Knochenabbau birgt. So wäre ein möglichst früh zu inserierendes Abutment, das dann verbleibt, doch vorteilhaft. Auch wenn es mehrere Versionen des One-Abutment-One-Time (OAOT) gibt (direkt bei der Implantatinserterion, später bei der Freilegung oder einem Folgetermin), so sieht Stamm die frühestmögliche Insertion eines frühestmöglich geplanten Abutments mit anschließendem dauerhaften Verweilen als beste Form der Periimplantitisprophylaxe, da wir uns „ab jetzt nicht mehr auf Knochenniveau, sondern immer auf Gingivaniveau befinden“, so Stamm. Zudem sei erwähnenswert, dass dieses OAOT-Konzept auch für den Patienten sehr angenehm ist und eine höchst effiziente Zeit-Kosten-Nutzen-Relation aufweise.

„Weichgewebsmanagement im Rahmen vertikaler Kieferkamm-augmentationen“ – Dr. Thomas Hanser aus der renommierten Klinik Schloss Schellenstein stellte ein außergewöhnliches Augmentationskonzept vor, bestehend aus dünnen Knochenscheiben, welche mit Schrauben auf Abstand zum Knochen fixiert und die Spalten anschließend mit partikulärem Knochen aufgefüllt werden. Da in der Regel gemischte Hart- und Weichgewebsdefizite vorliegen, sollte stets auch neben der Augmentation ein Augenmerk auf die Weichgewebsgestaltung gelegt werden. Hanser stellte die Verwirklichung seines Konzeptes für den Oberkiefer, das Seitenzahngebiet des Unterkiefers (als Onlay-Bone-Graft) und in Kombination mit der Sinuslift-OP (als Tunneltechnik mit ausschließlich vertikaler Schnittführung) vor. Entscheidende Vorteile des Verfahrens sind die Revitalisierung des Augmentats und eine hohe Stabilität der periimplantären Weichteile.

Von „einem implantologischen Brandherd zum nächsten“ schritt Dr. Sebastian Becher, der über „Therapiemöglichkeiten periimplantärer Infektionen“ sprach. Becher ist als Spezialist für Parodontologie in eigener Praxis in Düsseldorf tätig und beschränkte sich bei seinem Beitrag auf biologische Komplikationen der Periimplantitis. Bei allen scheinbaren Gemeinsamkeiten zwischen Parodontitis und Periimplantitis weisen beide oralen Erkrankungsformen doch erhebliche Unterschiede auf, so Becher. Diese Unterschiede sind histologischer und morphologischer Natur, was auch dramatische Auswirkungen auf das Progredienzverhalten der Periimplantitis hat. Becher legte sehr viel Wert auf die umfangreiche Darstellung der Manifestationen der Periimplantitis und deren Risikofaktoren, die therapeutischen Möglichkeiten indes kamen etwas zu kurz. Ziel sei die Desintegration des Biofilms und die Dekontamination der Implantatoberfläche. Hier ist, so Becher, zwischen nicht chirurgischer (Kürettage mit Titaninstrumenten/PT/Laser, allerdings kaum Langzeitdaten) und chirurgischer Therapie zu unterscheiden (der Defektkonfiguration folgend entweder rekonstruktiv mit Knochenaufbau oder Rekonstruktion mit Knochen- und Weichgewebsaufbau ? ca. 60 Prozent Erfolg) oder als Resektion. Periimplantäre Entzündungen als Folgeerkrankungen (Zementreste, Abformungsreste, zu geringer interimplantärer Abstand) bildeten den letzten Teil der Ausführungen Bechers.



Wissenschaftl. Leiter Dr. Roland Hille



Fortbildungsreferent Dr. Georg Bach

Am frühen Samstagmorgen war es Dr. Shahrām Ghanaati vorbehalten, den ersten Beitrag des zweiten Kongresstages beizusteuern. Der in der Frankfurter Kieferchirurgie tätige Referent sprach über Knochenregeneration mit einem neuartigen, pastösen Material auf der Basis von β -TCP und Hyaluronsäure. Ghanaati teilte sein Referat in drei Teile, einen in-vitro, einen tierexperimentellen und einen, in dem er über klinische Ergebnisse berichtete. Das neue Material, das Ghanaati vorstellte, ist eine mit der Firma curasan entwickelte CERASORB-Paste, bestehend aus Hyaluronsäure und aus reinem β -TCP-Pulver. Bei alleiniger Verwendung des reinen TCP-Pulvers war ein massives Einwandern von Weichteilgewebe beobachtet worden, die triphasige Kombination aus Hyaluronsäure und TCP-Pulver ergab ein stabiles Gerüst, welches den Zell- und Gewebeeinwuchs massiv verzögert, bei gleichzeitig erhöhter Vaskularisierungsrate. Im Femurkondylusmodell konnte nach ca. drei Monaten die Umwandlung der organischen Materialien in Knochen nachgewiesen werden, die mit ca. sechs Monaten abgeschlossen ist. Klinische Studien laufen momentan an der Universität Frankfurt am Main. Ghanaati betont die einfache Applikation aufgrund der Injizierbarkeit, die gute Anpassung an verschiedene Defektgrößen und eine Reduktion der Infektionsgefahr durch die Applikationsform. Einem üblen Effekt der Implantologie widmete Dr. Dr. Martin Bonsmann seinen Beitrag zum wissenschaftlichen Programm des 43. DGZI-Jahreskongresses. Der Düsseldorfer Implantologe sprach über Fehlpositionierung von Implantaten, ging im zweiten Teil seines Vortrages aber auch auf Konsequenzen ein und gab letztendlich Tipps zur Fehlervermeidung. Der Düsseldorfer Kieferchirurg, der im Vorfeld seiner Studien übrigens auch eine zahntechnische Ausbildung absolviert hatte, betonte: „Ich zeige Ihnen heute nur Katastrophen!“ Mit Vorgaben, die er aus der Zahnprothetischen Disziplin ableitete, definierte



Dr. Bernhard Drücke hielt den ersten Vortrag des Tages: Sofortimplantation mit Sofortversorgung in der ästhetischen Zone – Ein Risiko für Funktion und Ästhetik?

Bonsmann die Voraussetzungen, die zur Erzielung eines ästhetisch anspruchsvollen Ergebnisses erforderlich sind. Mit zahlreichen Fallbeispielen unterstrich Bonsmann seine Ausführungen und stellte abschließend fest: „Die Prothetik steht immer im Vordergrund.“

„Gesinterte Implantate mit poröser Oberfläche – das kurze Implantat mit der längsten Historie“, der implantologische Insider weiß bereits beim Titel, wer hier ans Mikrofon schritt, und – richtig! Professor Dr. Douglas Deporter konnte in seinen Ausführungen die an seiner Torontoer Universität entwickelten kurzen (kürzer als 8 mm), gesinterten Implantate und deren Indikationen vorstellen. „Ich brauche keine Implantate, die länger als 7 Millimeter sind!“ – mit dieser für den Großteil des Auditoriums doch ein wenig überraschenden Aussage setzte der kanadische Implantologe ein Feuerwerk von Fallbeispielen in Gang, wo die präsentierten Implantate in der Regel lediglich 4 bis 5 Millimeter Länge aufwiesen. Höhere Implantatlängen, so Deporter, die er bei 8/10 Millimetern definiert, hätten in den ersten Studien eine doppelt so hohe Versagensquote aufgewiesen, sodass die maximale Länge nun bei 7 Millimetern, gerne kürzer, anzusiedeln sei. Drastischen Missachtungen der Implantatlängen-Kronenlängen-Verhältnisse setzte Deporter Beobachtungszeiten von bis zu zwölf Jahren entgegen und betonte die hohe Wertigkeit der gesinterten Implantatoberfläche, deren Ausführung der Orthopädie entlehnt ist, sowie die der „Press-Fit“-Insertionstechnik. Ein ausführlicher Ausflug in die Wissenschaft, in der der Referent ausgesuchte Studien zu seinem Themenbereich vorstellte, stellten den Schlusspunkt der Ausführungen Deporters dar. Ein hohes Maß chirurgischer Erfahrung, ein gutes Knochenangebot, eine adäquate operative Vorgehensweise, eine nur mäßige Rauigkeit der Implantate, die Beschränkung auf den posterioren Anteil des Unterkiefers und die Verblockung bei „längeren“ Implantaten bei stetiger Wahl des maximal möglichen Durchmessers – dies sind die Erfolgsrezepte des kanadischen Implantologen.

„Besser eins als keins: das mittige Einzelimplantat im zahnlosen Unterkiefer“ – Professor Dr. Matthias Kern hat in der Tat Neuland beschritten. Mit seinem jüngst präsentierten Konzept des Prothesenhalts im Unterkiefer mit nur einem, mittig inserierten (Regio 41, 31) Implantat hat Kern für Furore in der implantologischen Welt, aber auch für erhebliche Aufmerksamkeit in der Wissenschaft geführt. Gerechter Lohn hierfür waren erhebliche Fördergelder für die Entwicklung und Dokumentation seines 1-Implantat-Konzeptes. Kern betonte zu Beginn seiner Ausführungen, dass die Aussage „lieber vier als zwei“ im zahnlosen Unterkiefer zweifellos zutrefte, zumindest was langzeitprognostische Daten betreffe. In der Tat sei eine Investition in dieser Höhe jedoch für die meisten Patienten nicht leistbar, und so sei die Idee des italienischen Implantologen Gordiolo aus dem Jahre 1993 aufgegriffen worden. Die Kieler Klinik verfügt nun bereits über sechs Jahre Erfahrung mit zahnlosen Patienten, denen ein mittiges Implantat mit 11 mm Länge, welches mit einem Kugelkopfanke versorgt und dann in die bestehende Prothese ein entsprechendes Gegenstück integriert wird, inseriert wurde. Bezüglich der Implantate waren keine Komplikationen zu verzeichnen, es wurden hingegen prothetische Probleme verzeichnet, wie z.B. Prothesenbrüche, die allerdings alle gut beherrschbar waren. „Unsere Methode, man traut es sich ja gar nicht zu sagen, funktioniert zu hundert Prozent“, so Kern. Eine richtige Größe in der zahnmedizinischen, in der kieferchirurgischen, aber auch in der implantologi-



ZTM Christian Müller



Dr. Hitoshi Yamawaki, Vice President International Society of Oral Implantology, DGZI Japan Section, bei seiner Eröffnungsrede.

schen Welt ist zweifellos Professor Dr. Dr. Wilfried Wagner. Der Chef der Mainzer Kieferchirurgie sprach über „Moderne Sofortkonzepte in der Implantologie“. Wagner überraschte zu Beginn seiner Ausführungen – „Ich rede über nichts Neues, mich begleitet die Sofortbelastung seit über 35 Jahren!“ Er wies allerdings darauf hin, dass es sich bei seinem Thema nicht um ein einziges, sondern um verschiedene Versorgungskonzepte handelt, die ihren Beginn in den Arbeiten von Schulthe und Ledermann fanden. Wagner beschränkte sich auf die transalveoläre Sofortimplantation und -belastung. Seine ultimative Forderung ist der Erhalt des funktionellen Verlaufs der Faserstruktur und der keratinisierten Gingiva. Dass bei Sofortbelastungskonzepten auch noch eine reduzierte Behandlungszeit und der OP-Zeiten und -Termine beinhaltet ist, bereichert die Liste der Vorteile dieser Verfahren. Credo des Referenten: Der Schlüssel zum Erfolg ist die Stabilität der periimplantären Mukosa.

Den letzten Teil des Main-Podiums bestritten drei sehr erfahrene und gefragte Referenten:

Dr. Andreas Henschke referierte über „Vorhersagbare Ergebnisse durch neue Implantatoberflächen und -materialien“, Professor Dr. Wolf-Dieter Grimm faszinierte mit seinen Ausführungen zu „Einzeitig stammzellgestützte vertikale Augmentationen mit allogenen ringförmigen Knochentransplantaten“, und der Past-Präsident der DGZI, Privatdozent Dr. Friedhelm Heinemann, entführte in die Welt der Alterszahnheilkunde, indem er über „Durchmesserreduzierte Implantate – Klinische Indikationen und Grenzen“ sprach. Heinemann konnte hier über eine erhebliche Ausweitung der Versorgungsoptionen für ältere, ggf. multimorbide Patienten berichten; wird doch durch die geringen Dimensionen der Implantate das Maß der Implantate erheblich verringert.

Prothetik-Podium

Mit Zahntechnikermeister Christian Müller zog vor zwei Jahren zum ersten Mal ein Nichtzahnarzt in das Vorstandsgremium der ältesten implantologischen Fachgesellschaft Europas ein. Dies entsprach dem ausdrücklichen Wunsch der weiteren Vorstandsmitglieder und dem der Hauptversammlung der DGZI im vergangenen Jahr, wird doch der „Schnittstelle Zahntechnik-Zahnmedizin“ seitens unserer Fachgesellschaft höchste Priorität eingeräumt. Ein weiteres, überaus erfolgreiches Kind dieser erfreulichen Entwicklung ist das Curriculum Implantatprothetik, welches die DGZI in Zusammenarbeit mit der Essener Firma FUNDAMENTAL anbietet. Über 250 Zahntechniker absolvierten in den vergangenen Jahren dieses Curriculum und erwarben die entsprechende Qualifikation. Neuestes Kind

dieser erfolgreichen Zusammenarbeit ist der „Spezialist für Implantatprothetik“, der erstmals seit diesem Jahr erworben werden kann. Unter anderem obliegt es ZTM Christian Müller, ein Spezialpodium „Implantatprothetik“ zu organisieren und dieses zusammen mit dem Autor dieses Berichtes als dessen Chairman zu leiten.

Zahntechnikermeister Volker Weber war es indes vorbehalten, auch einen Beitrag zu diesem Prothetik-Podium beizusteuern. „Verschraubte Brückenkonstruktionen – Ist das zeitgemäß?“, dies das Thema aus der Aachener Arbeitsgruppe des unvergessenen Professors Spiekermann stammenden Zahntechnikermeisters. Summarisch gesehen hat das Zementieren klare Vorteile gegenüber dem Verschrauben, aber, so Weber, selbst die geringe Zahl der Nachteile wiegt aufgrund deren Schwere den scheinbaren Vorteilsvorsprung auf. Ob im Sulkus verbliebenes Abformmaterial bzw. Zementreste, ob Kompletterneuerung wegen Abutment-Frakturen, die Zahl drastischer Komplikationen bei Zementierungen ist lang. Allerdings bedingt der Wunsch nach Verschraubung eine gute Platzierung der Implantate. Nach gründlicher Wertung und umfangreichen Vergleichen zwischen beiden Möglichkeiten ein klares Credo Webers: „Gerade mit den heutigen Möglichkeiten ist die Verschraubung auch oder gerade heute noch aktuell!“

„All-on-4“, nicht nur ein Konzept, eigentlich eine „Philosophie“, so das Einführungswort von Dr. Bernd Quantius, M.Sc. Fortschritt ist der Weg zum Primitiven, über das Komplizierte hin zum Einfachen, mit diesem Wernher-von-Braun-Zitat erläuterte Quantius seinen Weg hin zum All-on-4-Konzept. Vor allem in der Schnelligkeit, mit der der Patient mit festsitzendem Zahnersatz versorgt werden



kann, sieht Quantius einen ganz erheblichen Nutzen für den Patienten. Zudem sind die Implantat-Überlebensraten sehr hoch. Limitationen sind erhaltungswürdige (Rest-)Zähne und eine hohe Lachlinie.

„Die Batterie im Mund?“, in die Welt der Werkstoffkunde entführte Priv.-Doz. Dr. Roland Strietzel, der über Korrosion und Herstellungsmethoden von Abutments sprach. In der Implantologie kommt zwar bei den Implantaten selbst nahezu nur ein Material (Titan) zur Anwendung, dann jedoch, bei Abutments und Suprastrukturen, kommt es zu einer Vielzahl verwendeter Materialien. Diese müssen vor Korrosion geschützt werden, bei NEM-Legierungen z.B. durch Passivierungsschichten. Bei Reaktionen mit Sauerstoff bzw. mit

Die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie gratuliert!

Die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie ist nicht nur die älteste und traditionsreichste europäische implantologische Fachgesellschaft, sie hat auch in der Zusammenarbeit mit den Zahn Technikern Geschichte geschrieben. So konnte jüngst die bereits 20. Staffel des Curriculums „Implantatprothetik“, welches die DGZI zusammen mit ihrem Kooperationspartner FUNDAMENTAL (Essen) veranstaltet, erfolgreich abgeschlossen werden.



Die DGZI und FUNDAMENTAL gratulieren sehr herzlich:

ZT Swantje Paetow	ZTM Michael Thiel
ZT Anett Dittrich	ZTM Marc Klemm
ZT Maximilian von der Linde	ZA Eugen Pawlow
UT Andreas Michael Jalowy	ZA Marcel Müller
ZT Roland Dettmar	

Die Absolventen der 20. Staffel des Curriculums Implantatprothetik konnten in Essen aus den Händen von ZTM Volker Weber (vorne links) und DGZI-Vorstandsmitglied ZTM Christian Müller (hinten links) die Urkunden entgegennehmen.

Wenn Sie Interesse an unserem Curriculum Implantatprothetik haben, dann wenden Sie sich bitte an unsere Geschäftsstelle.

Anionen kann die Passivschicht sich auflösen und anschließend kann sich das Implantat selbst auflösen/korrodiere. Vor allem Fluoride, die zur Vergrauung von Titan führen können, stellen sich als „Achillesferse“ von Titanimplantaten heraus. Zwei unterschiedlich leitende Materialien (Titan ist hier eines der „unedelsten“), eine elektrische Leitung und eine Elektrolytlösung – fertig ist das (intra-orale) galvanische Element! Um dies zu vermeiden, dies das Fazit Strietzels, ist die Verwendung korrosionsgeschützter Legierungen unbedingt erforderlich.

„Der Locator – Problemlöser oder Problem?“, Dr. Hans Jürgen Nonnweiler widmete seine Ausführungen einem Abutment und dessen Möglichkeiten, das vor sechs Jahren bei seiner Präsentation kompetent in die Zahnheilkunde und Zahntechnik einschlug. Im direkten Vergleich zwischen Kugelanker, Locator, Steg und Teleskop hob Nonnweiler hervor, dass der Locator in der Lage ist, Höhendifferenzen und Abweichungen von Implantatachsen in gewissen Maßen auszugleichen. Probleme treten mit dem Retentions-element auf, ebenso durch Food impaction und Verschleiß. Auch bei stark divergierenden Implantaten (bis 40 Grad Winkeldivergenz) ist zwar ein Locatoreinsatz möglich, allerdings auf Kosten eines massiv erhöhten Verschleißes. Hier wäre der neue SFI-Anker die bessere Wahl.

Mit einem „Troubleshooting-Update“ warteten ZTM Christian Müller und der Autor dieses Beitrages auf, die an ihre Ausführungen aus dem vergangenen Jahreskongress anzuknüpfen wussten und weitere, neue Fälle implantatprothetischen Troubleshootings präsentierten. Tröstliche Botschaft der beiden Freiburger: Auch bei Fehlentscheidungen/Komplikationen in Planung/Umsetzung gibt es dennoch ein Vielzahl von Möglichkeiten, doch noch ein gutes Ergebnis für Patient, Zahnarzt und Zahntechniker zugleich zu erzielen, Gott sei Dank sind nur wenige Fälle als „gänzlich hoffnungslos“ einzu-stufen.

Spezialpodium „Das All-on-4-Konzept“

Die Spezialpodien der DGZI sind nicht nur fester Bestandteil des wissenschaftlichen Programms, sondern werden immer mehr zu einem der Höhepunkte dieser Fortbildungsveranstaltungen.

Unter der Moderation des Fortbildungsreferenten der DGZI diskutierten Professor Dr. Christoph Bourauel (Bonn), Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner (Mainz) und last but not least der Inaugurator des All-on-4-Konzeptes Paulo Malo, DDS, PhD/PT. Als quasi Einstieg hatte der Bonner Grundlagenforscher Bourauel ein Referat über die biomechanische Komponente des AOF-Konzeptes gehalten, mit „Fakten und Fiktionen“, wie er es nannte. Mithilfe von Finite-Elemente-Untersuchungen beschäftigte sich der Bonner Grundlagenforscher mit Spannungs- und Dehnungsphänomenen im Knochen – simuliert für das All-on-4-Konzept. Simuliert wurde der Zustand nach Osseointegration und bei Sofortbelastung in verschiedenen Ausführungen. Auch wenn letztendlich die Ergebnisse der bisher durchgeführten Studien eine grundsätzliche Eignung für beide Belastungszeitpunkte ergaben, so weisen diese trotzdem einen klaren Vorteil für die Belastung nach erfolgter Osseointegration („abgeschlossene Einheilung“) auf. Diese ist für Bourauel denn auch klar die Methode der Wahl!



Prof. Dr. Paolo Malo referierte zum Thema „All-on-4“.



Spannende Diskussion mit Prof. Dr. Malo (l.) zur Fragestellung: Ist das „All-on-4“-Konzept praxistauglich und wissenschaftliche basiert?

Im Anschluss daran stellte der Inaugurator der AOF-Konzeptes, der aus Lissabon angereiste Dr. Paulo Malo mit Verve und Herzblut das von ihm präferierte Konzept vor. Basierend auf seinen Erfahrungen als Biologe und Ingenieur und später dann als Zahnarzt wies Malo darauf hin, dass stets die Wissenschaft im Mittelpunkt stehen müsse, diese sei „alles“. Ideen früherer Behandler aufgreifend und mit seinen eigenen Erfahrungen in Einklang bringend sei so das Malo-Clinic-Protocol entstanden, bestehend aus Malo-Diagnose/ dem All-on-4-Konzept, der Malo Bridge und den Zygoma-Implantaten. Ganz wesentliche Vorteile sieht der Lissabonner Implantologe bei seinem All-on-4-Konzept weniger in der Verringerung der Zahl zu inserierender Implantate, als in der Möglichkeit der Vermeidung von (teuren und invasiven) Augmentationen. Seit der Einführung seines Konzeptes im Jahre 1990, welches grundsätzlich mit jedem geeigneten Implantat durchgeführt werden kann, und der Erweiterung des Indikationsspektrums vom Unterkiefer auch auf den zahnlosen Oberkiefer, haben sich über vierzig Malo-Kliniken seiner Philosophie weltweit angeschlossen. Allein in seiner eigenen Lissabonner Klinik beschäftigt Malo auf über 50.000 m² über fünfhundert Menschen. „All-on-4 wird bei uns jeden Tag über 20-mal gemacht“, so Malo, der für das von ihm entwickelte Konzept nahezu 100 Prozent Erfolg und nahezu keine Limitationen sieht.

Wer angesichts dieser Aussagen auf ein überaus kontrovers und emotional geführtes Streitgespräch zwischen Malo, Wagner und Bourauel unter der Moderation des Autors dieser Zeilen gesetzt hätte, zeigte sich nach der in der Tat sehr interessanten, facettenreichen, aber insgesamt harmonischen Diskussion enttäuscht. Dies lag vor allem an Paulo Malo selbst, der bei den entscheidenden Kritikpunkten an seinem System diese vorbehaltlos einräumte: Natürlich sei es besser, die Osseointegration der Implantate abzuwarten, bevor diese belastet werden, aber es klappt halt in der Regel auch mit der für den Patienten attraktiveren Sofortbelastung.

Ebenso sei eine Resektion von intaktem Kieferknochen zur Anpassung des labial sichtbaren Prothesenrandes an die Lachlinie des Patienten zu vermeiden, aber wenn es technisch so vorgegeben sei, dann verlange das Konzept eben dieses Opfer. Insgesamt jedoch für das Auditorium eine kompakte und inhaltsreiche Aufarbeitung dieses umfangreichen Konzeptes, welches umfassend hinterfragt und gewertet wurde!

Internationales Podium

Ein bewährter, ein fester und ein unentbehrlicher Bestandteil eines DGZI-Jahreskongresses ist zweifellos das „Internationale Podium“. Auch in diesem Jahr bestückten namhafte Referenten befreundeter Fachgesellschaften das gut besuchte Internationale Podium des DGZI-Jahreskongresses. Die vornehmlich aus dem arabischen und asiatischen Raum kommenden Referenten widmeten sich hochaktuellen, aber auch hochbrisanten, kontrovers diskutierten Fragen der Implantologie: Ob Lippenplastik, 3-D-Diagnostik und -planung, ob Sofortbelastung und Risikopatienten – das Internationale Podium bot erneut ein Füllhorn guter Beiträge und Erkenntnisgewinne. Beispielhaft seien hier die Ausführungen der deutschen Referentin Christine Zachriat genannt, die über „Superstructures – cemented or screw retained?“ sprach und in ihrer sehr sorgfältig geführten Literaturrecherche ein klares Bekenntnis zu kleineren, zementierten Einheiten gab und großen verblockten Versorgungen eine klare Absage erteilte!

Corporate Podium

Eine ähnlich lieb gewonnene Tradition wie das Internationale Podium ist das des Corporate Podiums, welches vornehmlich DGZI-Mitgliedern und niedergelassenen Kollegen die Möglichkeit bietet, über ihre Erfahrungen und Erkenntnisse zu berichten. Ergänzt wird dieses Podium auch durch Beiträge aus der Hochschule, an dieser Stelle sei als Beispiel das von Herrn Professor E. Machtei genannt, der über einen „Neuen Ansatz in der nichtchirurgischen Periimplantitistherapie“ sprach. Insgesamt widmeten die acht Referenten ihre Beiträge dem Motto des 43. Internationalen Jahreskongresses der DGZI – Nachhaltigkeit und Langzeiterfolg im Sinne einer praxisorientierten Implantologie stand im Vordergrund der Referate u.a. über die Themenbereiche durchmesserreduzierte Implantate, Zirkonoxidimplantate, Wundmanagement bis hin zur Wasserhygiene.

„Habemus papam novum“ – Mitgliederversammlung der DGZI

Wie im Vorjahr wurde die Mitgliederversammlung der DGZI in den Jahreskongress integriert. Gerne nahmen zahlreiche DGZI-Mitglieder, die zugleich Kongressteilnehmer waren, diese Option wahr und nahmen an der MGV teil und befürworteten die Neuterminierung der MGV auch in der Diskussion. Naturgemäß auf das größte Interesse stieß die Neuwahl des Präsidenten der DGZI. Nach einer sehr erfolgreichen Amtsperiode stellte der Konstanzer Kieferchirurg Professor Dr. Dr. Frank Palm sein Amt zur Verfügung. Baden-Württemberg scheint ein gutes Pflaster für DGZI-Präsidenten zu sein, denn zum Nachfolger Frank Palms wählten die DGZI-Mitglieder ein Urgestein



Am Stand des Hauptsponsors OT medical.



der deutschen Implantologie, Professor Dr. Heiner Weber, ebenso im Südweststaat wohnhaft. Der Tübinger Hochschullehrer erhielt einen überwältigenden Vertrauensbeweis der Mitgliederversammlung und wird nun der ältesten Fachgesellschaft Europas in den nächsten Jahren vorstehen. Neben den Berichten des Vorstandes, die allesamt aufzeigten, dass die DGZI nachhaltig und erfolgreich mit den Mitteln ihrer Mitglieder wirtschaftet und von der Organisation und Ausrichtung sich für zukünftige Aufgaben gut gewappnet sieht, stand auch die Neuwahl eines Vorstandsmitgliedes an. Auch wenn eine Mitgliederversammlung sich naturgemäß eher vereinstypischen Strukturen und Abläufen widmen muss, so wurde doch auch in deren Rahmen das Ansinnen der ältesten europäischen Fachgesellschaft überaus deutlich: Praxisorientierung und Nachhaltigkeit in der Implantologie. So kann der Tenor der Mitgliederversammlung quasi auch als Resümee des gesamten 43. Internationalen Jahreskongresses der DGZI gelten – die Fachgesellschaft ist gut aufgestellt, stellt sich den aktuellen und künftigen Aufgaben der Implantologie und übernimmt Verantwortung in der Ausbildung der Kollegen (Fokus: niedergelassene Praxis) und für Patienten (Fokus: Information).

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



DGZI-Geschäftsstelle
Paulusstraße 1
40237 Düsseldorf
sekretariat@dgzi-info.de
www.DGZI.de



Original auf Original – der Unterschied ist offensichtlich!

Freiburger Forum Implantologie (FFI) – eine Studiengruppe der DGZI

Dr. Georg Bach

Engagierte Diskussion um (scheinbare) Kompatibilitäten von Implantatabutments – In den 15 Jahren seines Bestehens hat das Freiburger Forum Implantologie im Rahmen seiner Studiengruppentreffen nahezu alle Facetten der zahnärztlichen Implantologie dargestellt, diskutiert und gewertet. „Heiße Themen“ wurden hierbei keinesfalls ausgespart, ganz im Gegenteil. Ein solches, momentan überaus kontrovers diskutiertes Thema war Anlass zum Herbsttreffen des FFI, welches erneut im idyllischen Attental bei Stegen stattfand: Sind Nachbauabutments oder solche von Fremdfirmen so exakt und bewährt, wie die Originale der Implantathersteller?



*Sprach im Freiburger Forum Implantologie:
Jens Meineke.*

Der offensichtliche Unterschied

Grund genug, sich diesem Thema zu widmen: Mit Zahntechnikermeister Jens Meineke konnte das FFI einen sehr erfahrenen und versierten Referenten zu dieser Thematik gewinnen. Meineke wies darauf hin, dass der Markt der nicht originalen Abutments und prothetischen Hilfsteile sogar noch stärker wachse wie der, der Implantatkopien bekannter Hersteller, da nach Osseointegration eines Implantates dieses nun mal zur prothetischen Versorgung anstehe, egal ob es sich um ein Originalimplantat handelt, oder um einen Nachbau. So ist nicht auszuschließen, dass auch Originalimplantate mit einem nicht origi-

nalenen Abutment versorgt werden und in der Tat sind bei einem solchen Vorgehen auch Einsparpotenziale bei den Materialkosten in erheblicher Höhe möglich.

Aber: „Nicht alles was klinisch gut passt und aussieht, passt auch wirklich!“, so Meineke. Und er konnte diese anfänglich von einigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchaus mit einem Augenbrauenziehen kommentierte Aussage auch anhand von zahlreichen Rasterelektronenmikroskopischen und sonstigen Schnittbildern eindrucksvoll belegen! Meineke stellte folgende Parameter ausführlich dar:

- a) Vorhandensein von (unerwünschten) Spalträumen zwischen Implantat und Abutment
- b) Größe der Kontaktfläche zwischen Implantat und Abutment
- c) Abstützung des Abutments im Implantat und daraus resultierende Stabilität
- d) Gefahr der Verrückung des Sekundärteils

Konsequenzen?

Mit steigender Anzahl der präsentierten Schnittbilder wuchs merklich die Spannung des Auditoriums, konnte der Referent doch darlegen, dass manche der Nachbauabutments weniger als 1/3 der Abstützung des Originalteils aufweisen. Auch die dargestellten Spalträume einiger Copycats gaben Studiengruppenteilnehmern zu denken. „Da haben wir zum x-ten Mal ein Treffen zum Thema Periimplantitis und machen hier sogar eventuell selbst was, was zum Entstehen einer führt“, so ein Teilnehmer sichtlich nachdenklich. Um es vorwegzunehmen: Ein Konsens der gesamten Studiengruppe zu diesem Themenbereich konnte an diesem Abend nicht erzielt werden, dies war jedoch auch nicht die Zielsetzung der Veranstaltung.

Die momentane Situation

Hausherr und Studiengruppenleiter Professor Dr. Dr. Peter Stoll, wies in seinem Grußwort darauf hin, dass in die Implantologie durchaus ein gewisser Preisdruck hineingetragen werde. Dies einerseits von den Patienten, die nach Einsparpotenzialen suchen, aber auch von Erstattungsstellen und natürlich von Hersteller- und Anbieterseite. „Die Preisspirale scheint momentan nach unten offen zu sein!“, so Professor Stoll. Was bei den Implantaten selbst begann, wird nun in sogar noch stärkerem Maße auf dem Gebiet der Abutments und sonstigen prothetischen Hilfsteile fortgeführt.



© katalinab2

Der Vorstand und die Mitglieder der DGZI gratulieren

zum 70. Geburtstag

Dr. Hans-Peter Kroker (01.12.)
ZA Jochen Tribulowski (04.12.)
Dr. Rüdiger Dinse (22.12.)
Dr. Manfred Claßen (30.12.)

zum 65. Geburtstag

Dr. Michael Thiele (02.12.)
Dr. Dr. Michael Brockerhoff (09.12.)
Dr. Bernhard Buchwald (22.12.)
Dr. Christian Hieronymus (23.12.)

zum 60. Geburtstag

Prof. Rudolf Beer (03.12.)
Dr. Thomas Spielau (05.12.)
Liehsien Oei-Yosy (13.12.)
Dr. Uwe Sommer (26.12.)

zum 55. Geburtstag

Dr. Leendert v. Heyningen (09.12.)
Dr. Helmut Gottsauner (11.12.)
Dr. Klaus Suchanka (11.12.)
Dr. Klaus Aichmüller (15.12.)

Dr. Jens Walters (24.12.)
Dr. Mathias Stirkat (26.12.)
Dr. Britta Barta (29.12.)

zum 50. Geburtstag

Dr. Karsten Kowallik (02.12.)
Dr. Thomas Koty (04.12.)
Dr. Thomas Jehle (05.12.)
Dr. Petra Krauss (10.12.)
ZA Kai Lüdemann (13.12.)
Dr. Stefan Wegener (15.12.)

Dr. Wafaa Kaddoura (23.12.)
Dr. Stefan Mauß (25.12.)
Dr. Stephan Künzle (26.12.)

zum 45. Geburtstag

ZA Sven Hangert (03.12.)
Dr. Ayman Aljajeh (05.12.)
Dr. Raed Ghalayini (12.12.)
ZA Alexander Hacker (24.12.)

zum 40. Geburtstag

Dr. Walter Riedel (28.12.)

Die betriebswirtschaftliche Komponente

„Was bedeutet eigentlich Qualität?“, so der Einstieg von Dr. Bernd Hartmann, dem zweiten Referenten des Abends, der es sich zum Ziel gesetzt hatte, die Tagungsthematik aus betriebswirtschaftlicher Sicht darzustellen. In Deutschland zählte man Ende 2011 54.286 niedergelassene Zahnärzte in eigener Zahnarztpraxis, davon alleine in Baden-Württemberg 6.664. Nach welchen Kriterien entscheidet sich also der „Neupatient“ für eine der zahlreich vorhandenen Zahnarztpraxen? Wichtig ist, dass sich die Praxis mit einem „Alleinstellungsmerkmal“ von der Masse der Konkurrenten abhebt. Ein besonders hoher oder niedriger Preis als „Alleinstellungsmerkmal“ ist für Hartmann besonders in der Medizin oder Zahnmedizin allerdings nicht dafür geeignet. Vielmehr komme es auf nachhaltige Qualität und guten Service an. Zur Qualität gehört es auch, Qualitätsmaterialien mit entsprechender Garantie zu verwenden. Laut Hartmann ist bereits der erste Kontakt eines Patienten zu einer Praxis entscheidend für seine subjektive Beurteilung der Qualität. Er misst dem Internetauftritt mit einer eigenen Homepage als erste Kontaktaufnahme eine große Bedeutung zu. Eine professionell gestaltete Homepage stellt die Grundlagen für den Aufbau einer Vertrauensbasis seitens des Patienten. Nicht selten assoziiert der Patient mit einem gelungenen Internetauftritt ein hohes Maß an Qualität der medizinischen Leistung.

Mit den dort gefundenen Informationen betritt der Patient bereits vorinformiert die Praxis. Jedoch gilt es nicht nur den Fokus auf die Gewinnung von Neupatienten zu legen. Es ist nämlich nicht so, dass in den meisten Praxen zufriedene Bestandspatienten den „Zahnarzt Ihres Vertrauens“ automatisch weiterempfehlen. Daher ist es wichtig auch eine gute „Bestandspflege“ zu betreiben und zufriedene Patienten zu ermutigen, Ihre guten Erfahrungen weiterzutragen. Ob dies über sogenannte Bewertungsportale, die in den letzten Jahren mehr und mehr an Zulauf gewinnen, erfolgt, bleibt abzuwarten, so Hartmann.

Fazit

Das Anstoßen einer wichtigen und dauerhaften Diskussion indes stand durchaus im Fokus des Interesses der FFI-Männer um ihren Frontmann Peter Stoll, und dieses Ziel wurde bei diesem hochinteressanten Abend zweifellos erreicht.

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



ANZEIGE



REMOTiⁱmpⁱlant

Implantat-Reinigungs-Paste
RDA < 7

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



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

E-Learning für Implantologen – weniger Zeitaufwand, mehr Flexibilität

Kathrin Schuldt, M.A.

Mit dem 1. Januar 2014 bekommen Teilnehmer des „Curriculums Implantologie“ der DGZI, das durch die Konsensus Konferenz Implantologie anerkannt ist und zum Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie führt, die Möglichkeit, 50 Prozent der postgraduierten Ausbildung online in Form von E-Learning-Modulen zu absolvieren. „Eine zeitgemäße Entscheidung“, betont Prof. (Cairo University) Dr. med. dent. Roland Hille, selbst erfahrener Implantologe und Vizepräsident der DGZI. „Lernen, wenn man Lust und Zeit hat, sichert nachweislich einen besseren Lernerfolg – das wollen wir nutzen.“ Damit geht die DGZI nach eigener Marktanalyse auf ein Kernbedürfnis von Zahnärztinnen und Zahnärzten ein, das vom Wunsch nach mehr Flexibilität und Individualisierung im Fortbildungsmarkt ebenso geprägt ist, wie von erhöhter Technikaffinität und dem immer wichtiger werdenden (Frei-)Zeitfaktor. Für die Umsetzung ist es der DGZI gelungen, einen international etablierten Partner zu gewinnen: das International Medical College (IMC®).



DGZI-Vizepräsident Prof. (Cairo University) Dr. med. dent. Roland Hille

sondern auch einen erfahrenen Partner für die Umsetzung. Prof. Hille: „Wir freuen uns, dass wir auf das Know-how aus der zehnjährigen inhaltlichen sowie logistischen Erfahrung des universitären Fortbildungs- und Wissensportals IMC® bauen können.“ Besonders auf die strukturierte Darstellung der Inhalte im Internet sowie auf die Kommunikationsmöglichkeit über eine geeignete Plattform werde großer Wert gelegt, betont Hille. „Zur Veranschaulichung der theoretischen Inhalte haben wir umfangreiches Bildmaterial integriert. Eine übersichtliche Darstellung wird dabei durch eine speziell konzipierte Weboberfläche sichergestellt und über ein geschlossenes Forum kann der fachliche Austausch stattfinden.“ Zudem solle die Plattform permanent um aktuelle Funktionalitäten und neue Webtechnologien wie die Integration eines virtuellen Seminarraums erweitert und auch fachlich ständig aktualisiert werden, verspricht Hille weiter.

Voraussetzungen für das E-Learning

Die Curriculum-Teilnehmer benötigen einen Computer mit Internetzugang, am besten mit DSL-Anschluss. Mit einem persönlichen Login können die in zeitlichen Abständen freigegebenen Lektionen der E-Learning-Module abgerufen werden, die Inhalte stehen den Teilnehmern ein ganzes Jahr lang zur Verfügung. Individuelle und flexible Lösungen verspricht Vizepräsident Hille auch bei den Lernzielkontrollen. Mithilfe von Online-Tests können Studierende überprüfen, ob sie fit genug für die Klausur sind. Sie bestimmen auch selbst den Zeitpunkt für die Online-Klausuren, mit der jede E-Learning-Einheit abschließt.

Weitere Informationen zum „Curriculum Implantologie“ können Interessierte über das Sekretariat unter Tel.: 0211 1697077 oder per E-Mail: sekretariat@dgzi-info.de erfragen.

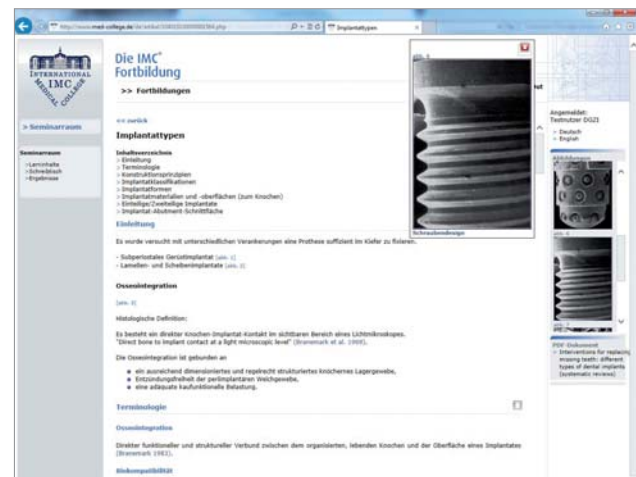
International Medical College IMC®

Zum international renommierten IMC®, 2003 gegründet, gehören als Hochschulverbund die Universitäten Bangkok, Berlin, Budapest und Szeged, Düsseldorf, Essen, Karlsruhe, Leipzig und Porto Alegre an. Darüber hinaus zählen die Privatklinik Schloss Schellenstein, das Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz sowie das Städtische Klinikum Karlsruhe zu den Kooperationspartnern des Instituts (www.med-college.de). Innerhalb des IMC®-Masterprogramms „Implantology and Dental Surgery“ wird das „Curriculum Implantologie“ der DGZI als Baustein anerkannt. Damit lassen sich nicht nur wertvolle Zeit, sondern auch Kosten für die Masterqualifizierung (15 % auf die Gebühr des Masterstudiengangs) sparen.

Individualisierung des „Curriculums Implantologie“

„Schon 2009 hat die DGZI mit der Einführung der Pflicht- und Wahlmodule ein Zeichen in Richtung Individualisierung des Curriculums gesetzt“, erinnert Vizepräsident Hille. Ab Januar können nun drei Pflichtmodule als E-Learning und drei als Präsenzveranstaltungen mit Workshop-Charakter absolviert werden. „So kann im Bereich der Präsenzausbildung die praktische und praxisorientierte Komponente viel stärker berücksichtigt werden.“ Die zwei Wahlmodule können dann je nach Interessensschwerpunkt im Anschluss ergänzend gewählt werden. Ganz neu: Die Wahlmodule können auch für die Erlangung des DVT-Scheins genutzt werden.

Um nicht nur wissenschaftlich, sondern auch technisch dem hohen Anspruch nach einer hochwertigen implantologischen Fortbildung nachzukommen, braucht es nicht nur reichlich Erfahrung, die die DGZI mit über 20 Jahren in der postgraduierten Ausbildung mitbringt,



In das „Curriculum Implantologie – DGZI“ werden ab 1. Januar 2014 drei E-Learning-Einheiten als Pflichtmodule integriert.

DAS **NEUE** DGZI-CURRICULUM IMPLANTOLOGIE

ZEITSPAREND – EFFIZIENT – INNOVATIV

Mit dem neuen Curriculum der DGZI erstmals auch zum Master of Science in Implantology & Dental Surgery. Volle Anerkennung der Konsensuskonferenz für den Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie.

**JETZT MIT
E-LEARNING TOOLS
BEQUEM LERNEN
VON ZU HAUSE AUS.**

NEU

3 E-Learning Tools

DIREKT STARTEN UND
VON ZU HAUSE AUS STUDIEREN

3 Pflichtmodule

PRÄSENZFORTBILDUNG

Anatomie, Prothetik, Hart- & Weichgewebsmanagement

2 Wahlmodule

PRÄSENZFORTBILDUNG

Wählen Sie selbst Ihre Schwerpunkte aus vielfältigen
DGZI-Kursangeboten

oder

2 Wahlmodule

„DVT-SCHEIN UND
RÖNTGENFACHKUNDE“

Anerkennung wie 2 Wahlmodule

NEU



Ihre Chance zu mehr Erfolg in der Praxis!

DGZI – Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.

Fortbildungsreferat, Tel.: 0211 16970-77, Fax: 0211 16970-66, www.dgzi.de

oder kostenfrei aus dem deutschen Festnetz: 0800-DGZITEL, 0800-DGZIFAX



DGZI

Deutsche Gesellschaft für
Zahnärztliche Implantologie e.V.

Implantologie aus 43 Jahren

Große Bücheraktion: drei Bücher = ein Preis

„Nicht nur Einsteiger im Bereich der Implantologie, die gerade Curricula oder den Anatomiekurs absolvieren, profitieren zur Prüfungsvorbereitung von unseren Skripten und Publikationen“, betont Dr. Rolf Vollmer, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V. (DGZI), „sondern auch Fortgeschrittene, die ihr Wissen erweitern, auffrischen oder abrunden wollen. Ich als erfahrener Implantologe weiß, wovon ich spreche.“ Die DGZI hat in ihrer 43-jährigen Geschichte als älteste implantologische Fachgesellschaft Europas Maßstäbe in praxisorientierter Fort- und Weiterbildung gesetzt, u.a. mit den Curricula Implantologie und Implantatprothetik (für Zahnärzte und Zahntechniker), den Masterkursen für erfahrene Kollegen oder den internationalen Qualifizierungen „Specialist/Expert in Oral Implantology – DGZI“. Ihre Zertifizierungen genießen national wie international eine hohe Reputation. Vollmer: „Wer seinen Schwerpunkt auf praktische Implantologie und Prothetik legt, dem seien unsere praxisnahen Publikationen ans Herz gelegt.“



Dr. Rolf Vollmer, DGZI-Vorstandsmitglied: „Die DGZI-Literatur ersetzt keine Lehrbücher, sondern ergänzt sie und nützt implantierenden Kolleginnen und Kollegen als ‚Auffrischung‘ ihres Fachwissens.“

Bücheraktion: bis 1. Dezember 2013

Im Nachgang des 43. Jahreskongresses bietet die DGZI interessierten Zahnärzten/-innen eine einmalige Aktion zum Kauf aktueller Bücher an. Das Glossar der oralen Implantologie, das Lernbuch Orale Implantologie und das Buch Topographische und klinische Anatomie der Kiefer-Gesichtsregion können zu einem Paketpreis von nur 125 € (DGZI-Mitglieder: 99 €) statt 177,90 € erworben werden.

2013 aktualisiert

Das Repetitorium Topographische und klinische Anatomie der Kiefer-Gesichtsregion wurde unter Einbezug neuerer Literatur im Frühjahr 2013 von den Autoren Ute Nimtschke, Marie Böhnisch, Priv.-Doz. Dr. Wolfgang Schwab (alle TU Dresden) und Werner Götz (Rheinische Friedrich-Wilhelm-Universität Bonn) in Zusammenarbeit mit der DGZI aktualisiert. „Die Lektüre ersetzt zwar keine Anatomielehrbücher“, räumt Vizepräsident Vollmer ein, stellt aber gleichzeitig heraus, dass diese zweifelsohne hilfreich für eine erfolgreiche Teilnahme am gleichnamigen curricularen Kursmodul der DGZI sei und auch bei der Beantwortung von Fragen auf dem Gebiet der Anatomie der Kiefer- und Gesichtsregion helfe, die im Praxisalltag immer wieder aufkommen. Das Skript gebe als kompakte „Anatomie-Auffrischung“ Aufschluss über den funktionellen Aufbau des Schädels, über die Innervation der Zähne und des Zahnhalteapparates. Darüber hinaus vermittele es spezielle Anatomie-Aspekte von Mandibula und Maxilla sowie über relevante Leitungsbahnen, so Vollmer weiter.

Kompodium implantologischer Fragestellungen

„Zur Vorbereitung auf die postgraduierte Ausbildung und Prüfung ‚Specialist Implantologie – DGZI‘, aber auch als fundiertes Nachschlagewerk kann ich das Lernbuch Orale Implantologie nur empfehlen“, so Vollmer überzeugt, der an der Entwicklung des Grund-

konzepts mitbeteiligt war. Das Kompendium beantworte auf 500 Seiten die wichtigsten implantologischen Fragestellungen und eigne sich daher für Einsteiger ebenso wie für Spezialisten. Einen Großteil des Kompendiums machen dabei einschlägige Prüfungsfragen (mit Antworten) aus, gefolgt von 30 Seiten über anatomische Grundlagen wie die Blutversorgung und Nervenbahnen des Kopfes, die Gewinnung von autologem Knochen und vieles mehr.

Der Praxisleitfaden: planen und kommunizieren

„Mit dem Praxisleitfaden Dentale Implantologie wollen wir die Kommunikation zwischen Patient, Behandler, Prothetiker, Chirurg, Zahntechniker und Dentalhygienikerin erleichtern und eine praktische Hilfe an die Hand geben“, konstatiert Vizepräsident Vollmer. „Denn wichtig für den Behandlungserfolg ist eine gute Kommunikation aller Beteiligten, eine vorausschauende Planung sowie die reibungslose Koordination der einzelnen Versorgungsphasen.“ Auf über 50 Seiten finden sich dort einheitliche und gut verständliche Formulare von der Anamnese bis zur Nachsorge, auf die das Behandler-Team Schritt für Schritt zurückgreifen kann. Die beige-fügte CD-ROM enthält ebenfalls alle Formulare und kann als übersichtliches digitales Nachschlagewerk genutzt werden.

Qualifizierung international

Für Kollegen, die sich nicht nur national spezialisieren möchten, sondern auch international im Fachgebiet bewegen wollen, hat die DGZI das Oral Implantology Guide Book I und II sowie zur Ergänzung das Fachbegriffs-Register Glossar der oralen Implantologie herausgegeben, das fundierte Erklärungen in deutscher und englischer Sprache enthält. „Diese Publikationen wurden eigens zur Vorbereitung auf die international anerkannte Prüfung des German Board of Oral Implantology (GBOI) zum ‚Expert in Oral Implantology – DGZI‘ und zum ‚Specialist in Oral Implantology – DGZI‘ entwickelt“, so der Mitinitiator und Begründer der GBOI-Prüfung Dr. Rolf Vollmer. Dieses Angebot sei zudem eine Reaktion auf den sich zunehmend international vernetzenden Markt und das wachsende Interesse ausländischer Patienten, sich in Deutschland behandeln zu lassen, so Vollmer weiter. Denn „made in Germany“ stehe im Ausland vielerorts noch immer für hohe Qualität. Der Praxisratgeber Dentale Implantologie von Priv.-Doz. Dr. Dr. med. Steffen G. Köhler, Facharzt für MKG-Chirurgie und Implantologie-Spezialist, und die Broschüre Mehr Lebensqualität durch Zahnimplantate führen Patienten unkompliziert in das Themengebiet der Implantologie ein und beantworten Fragen wie „Wann ist der Einsatz eines Implantates sinnvoll?“, „Wie lange dauert eine Implantation und was wird genau gemacht?“ oder „Was kostet ein Implantat?“. Sie klären aber auch über die Notwendigkeit regelmäßiger Kontrolltermine auf und beraten hinsichtlich der richtigen Implantatpflege. Darüber hinaus haben Patienten die Möglichkeit, sich auch auf den Seiten des DGZI-Patientenportals unter www.dgzi-info.de zu informieren.

Große DGZI-Bücheraktion



3 Bücher – 1 Preis

Regulär:
177,90 €

Jetzt:
125,- €

Hiermit bestelle ich verbindlich:

- Lernbuch Orale Implantologie
- Glossar der oralen Implantologie
- Topographische und klinische Anatomie der Kiefer-Gesichtsregion

für 125,- € statt 177,90 €.

Oder gleich DGZI-Mitglied werden und das Bücherpaket für 99,- € erwerben.

Alle Preise inkl. MwSt., zzgl. Versandkosten

Lieferadresse

Name
Straße
PLZ/Wohnort
Telefon (für evtl. Rückfragen)
Datum/Unterschrift

Rechnungsadresse falls diese von der Lieferadresse abweicht

Name
Straße
PLZ/Wohnort
E-Mail

Jetzt per Fax bestellen: 0211 16970-66

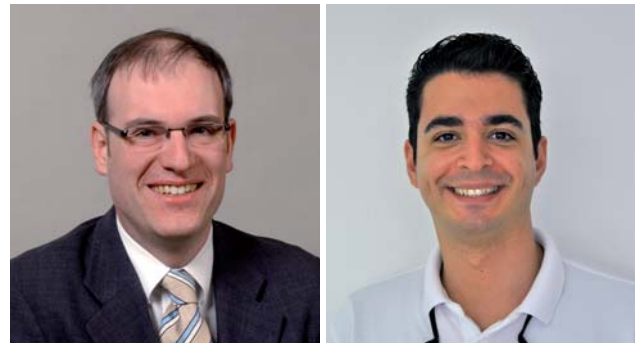
DGZI fördert Nachwuchs in der Implantologie

Win-win-Situation durch Studiengruppe und kostenfreie Netzwerke

„Wir legen jungen Zahnärzten sehr ans Herz, sich zusammenzuschließen. Bereits kleinere Studiengruppen haben sich als ausgesprochen wertvoll für die persönliche und fachliche Entwicklung erwiesen“, bekräftigt Dr. Georg Bach, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V. (DGZI). „Jüngere Kolleginnen und Kollegen verfügen in der Regel über ein ausgezeichnetes theoretisches implantologisches Wissen – woran es oft mangelt, ist der Praxisbezug.“ Genau hier setze die Studiengruppenarbeit, die die DGZI mit Rat und Tat stetig fördere, an. Anlässlich der 43. Internationalen Jahrestagung am 4. und 5. Oktober in Berlin ludt die DGZI alle Interessierten – vom Absolventen der Zahnmedizin bis hin zum in eigener Praxis niedergelassenen Zahnarzt – ein, sich einer der bereits 30 bestehenden Studiengruppen anzuschließen (Liste mit Ansprechpartnern auf Seite 74 in dieser Ausgabe) oder eine neue Studiengruppe auf nationaler oder internationaler Ebene ins Leben zu rufen. Bach: „Bei der Neugründung kommt es nicht auf die Anzahl der Mitglieder an: Auch eine Handvoll engagierte Kolleginnen und Kollegen ist herzlich willkommen. Eine Nachricht an unsere Geschäftsstelle oder die Kontaktaufnahme hier vor Ort ist ein guter erster Schritt.“ Damit bekräftigt der Zahnmediziner und Facharzt für Oralchirurgie ein Herzensanliegen der renommierten ältesten wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Implantologie in Europa: „Unseren ‚Nachwuchs‘ in der Implantologie fachlich und organisatorisch zu unterstützen“, so Bach.

Kostenlos und gemeinsam

Die Studiengruppen treffen sich in einem gewünschten Rhythmus in ihrer Region. Bach: „Durch Vorträge, intensive Diskussionen, Besprechung von Behandlungsfällen sowie durch den Austausch von Erfahrungen aus der täglichen Praxis wird der Einstieg in die praktische Implantologie erleichtert, erste Erfolge stellen sich meist schnell ein.“ Die Mitglieder besuchen gemeinsam Tagungen oder bereiten sich auf eigene Referententätigkeiten vor. Eine Win-win-Situation entstehe, wenn sich bereits spezialisierte Kollegen und Einsteiger innerhalb einer Studiengruppe mischen, „denn die jungen Kollegen erfahren von den Älteren auf Augenhöhe, was in der Praxis Bestand hat und was nicht, während selbige vom digitalen Know-how der jungen Generation profitieren. Hier können Wissens- und Erfahrungslücken auf beiden Seiten geschlossen werden.“ Von diesem Netzwerk profitieren Zahnärzte der Region kostenfrei. Um nur einige Beispiele zu nennen: Zum Thema „Misserfolge in der Implantologie“ traf sich in diesem Jahr die DGZI-Studiengruppe Freiburger Forum Implantologie (FFI) mit Dr. Dr. Martin Bonsmann, Düsseldorf, als Hauptreferen-



Dr. Georg Bach (l.) ermuntert junge Zahnärzte, sich in Studiengruppen zusammenzuschließen. – Gründungsmitglied und Studiengruppenleiter Dr. Navid Salehi (r.).

ten. Den Themenkomplex „Sofort-Implantation, Sofort-Versorgung, Sofort-Belastung von Implantaten“ widmete sich die Studiengruppe Hamburg bei ihrer 15. Jahrestagung am 26. Oktober 2013.

„New Generation of Oral Implantology“

Der Gründer der jüngsten Studiengruppe, der „New Generation of Oral Implantology“, ist in Hamburg in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassen: Dr. Navid Salehi entschied sich gemeinsam mit sieben jungen Kollegen Anfang 2013 für eine Studiengruppe innerhalb der DGZI, „weil diese als international renommierte Fachgesellschaft eine ausgezeichnete Unterstützung bietet und den Schwerpunkt vor allem auf praktische Implantologie und Prothetik legt – genau das ist uns wichtig“, betont Salehi und ergänzt: „Wir wollen nun gemeinsam wachsen und uns bei unserer täglichen Arbeit unterstützen. Dabei spielt auch der Austausch mittels neuer Medien eine große Rolle, was die persönlichen Zusammentreffen optimal ergänzen und den Wissensaustausch erweitern soll.“ Aktuell arbeite die Gruppe daran, eine Facebook-Präsenz zu erstellen, die auf die Bedürfnisse junger Zahnärzte und Studenten abgestimmt ist.

Implantologie-Curriculum

Ergänzend zu diesem Angebot empfiehlt Bach allen an einer qualitätsorientierten praxisnahen Implantologie Interessierten die Teilnahme am mit Pflicht- und Wahlmodulen individuell gestaltbaren Implantologie-Curriculum der DGZI, dessen Schwerpunkt auf praktischen Übungen und praxisorientierter Wissensvermittlung liegt. „Unsere jungen Kollegen profitieren von der engen Vernetzung der DGZI mit der Wissenschaft“, betont Dr. Bach. „So können wissenschaftliche Erkenntnisse nutzbringend für die eigene Praxis umgesetzt werden. Durch die drei frei wählbaren Module besteht die Möglichkeit, die eigene Ausbildung dem Kenntnisstand entsprechend zu individualisieren. Übrigens: Wer als Student mit dem Curriculum beginnt, profitiert darüber hinaus von ermäßigten Gebühren. Wer sich für Studiengruppenarbeit interessiert oder alternative Angebote der DGZI in Anspruch nehmen will, erhält über die DGZI-Geschäftsstelle weitere Informationen.“

Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.
Tel.: 0211 16970-77
sekretariat@dgzi-info.de · www.dgzi.de

Studiengruppe Berlin/Brandenburg trifft sich

am 23.11.2013, 10.00 Uhr
Ort: Ariana Dental Design, Wilmsdorfer Str. 54, 10627 Berlin
 Einfahrt ins Parkhaus über Schillerstraße
Vortragender: Dr. Dr. Christoph Leitner, MKG-Chirurg, Freiburg im Breisgau
Thema: Vollkeramische zweiteilige Implantatsysteme –
 chirurgisches und prothetisches Vorgehen
 Gäste, auch aus anderen Bundesländern, sind herzlich willkommen.

MITGLIEDSANTRAG

Deutsche Gesellschaft für
Zahnärztliche Implantologie e.V.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der DGZI (Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.).

Sekretariat
 Paulusstraße 1
 40237 Düsseldorf
 Tel.: 0211 16970-77
 Fax: 0211 16970-66
 E-Mail: sekretariat@dgzi-info.de

Dieser Antrag wird unterstützt durch _____
 Bitte senden an: Telefax 0800-DGZIFAX oder 0211 16970-66.

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon, Telefax _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Kammer/KZV-Bereich _____

Besondere Fachgebiete
oder Qualifikationen _____

Sprachkenntnisse in
Wort und Schrift _____

Haben Sie schon Implantationen durchgeführt?
(Antwort ist obligatorisch)

ja nein

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Veröffentlichung
meiner persönlichen Daten.

Datum und Unterschrift _____

Ordentliche Mitgliedschaft/Niedergelassene Zahnärzte
>> Jahresbeitrag 250,- €

Ausländische Mitglieder (Wohnsitz außerhalb Deutschlands)
>> Jahresbeitrag 125,- €

Zahnärzte in Anstellung (Assistenten) >> Jahresbeitrag 125,- €

Zahn techniker >> Jahresbeitrag 125,- €

Angehörige von Vollmitgliedern >> Jahresbeitrag 125,- €

ZMA/ZMF/ZMV/DH >> Jahresbeitrag 60,- €

Studenten >> beitragsfrei

Kooperative Mitgliedschaft (Firmen und andere Förderer)
>> Jahresbeitrag 300,- €

Erfolgt der Beitritt nach dem 30.06. des Jahres, ist nur der halbe
Mitgliedsbeitrag zu zahlen.

Über die Annahme der Mitgliedschaft entscheidet der Vorstand durch
schriftliche Mitteilung.

Der Jahresbeitrag wird per nachstehender Einzugsermächtigung beglichen.

Den Jahresbeitrag habe ich überwiesen auf das Bankkonto der DGZI
(Deutsche Apotheker- und Ärztebank Dortmund, Kto.-Nr. 0003 560 686,
BLZ 440 606 04).

Den Jahresbeitrag habe ich als Scheck beigefügt.

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Jahresbeiträge bei Fälligkeit
zulasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden
Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Konto-Nr. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BLZ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Kreditinstitut _____

Kontoinhaber _____
(wenn nicht wie oben angegeben)

Datum und Unterschrift _____

Stempel _____

Prothetische Leistungen Teil F GOZ

Nadine Cichon

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich die zahnmedizinische Prothetik, die auf oraler Rehabilitation bei fehlenden Zähnen ausgerichtet war, zu einer präventiv, ästhetisch orientierten Zahnmedizin entwickelt. Die Verwendung neuer Materialien und die Anwendung neuer Behandlungsmethoden stellen den Behandler bei der Abrechnung dieser Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vor Fragen, die der Gesetzgeber trotz jüngster GOZ-Novelle offen gelassen hat:

Frage 1:

Kann die Unterfütterung nach GOZ 5290 neben der Bruchreparatur nach GOZ 5260 liquidiert werden?

Die Bundeszahnärztekammer hat in ihrem Kommentar (Stand 09.02.2013) deutlich protokolliert, dass mit Leistungen nach GOZ 5270 bis 5310 (Unterfütterungen) nur Leistungen nach GOZ 5250 und 5260 (Reparaturen) berechnet werden dürfen, wenn es sich um zeitlich getrennte Verrichtungen handelt. So kommt es in der zahnärztlichen Praxis besonders bei Prothesen, die schon eine längere Tragedauer aufweisen, vor, dass erst eine Bruch-/Sprungreparatur mit oder ohne Abformung durchgeführt werden muss, bevor eine ordnungsgemäße Unterfütterung erfolgen kann. In diesen Fällen sind beide Leistungen zwei voneinander zeitlich getrennte Maßnahmen. Die Ziffern können aufgrund der zeitlichen Trennung nebeneinander abgerechnet werden.

Tipp: Vermerken Sie die zeitliche Trennung der Behandlungen bereits in der Rechnung durch eine Uhrzeitangabe, somit vermeiden Sie unnötiges Einreden vonseiten der Kostenträger.

Frage 2:

Ist die PC-gestützte Auswertung einer optisch-elektronischen Abformung (GOZ 0065) berechnungsfähig?

Die Gebührenziffer GOZ 0065 beinhaltet die dreidimensionale Datenerfassung intraoraler Strukturen mittels optisch-elektronischer Apparaturen zum Zweck der Herstellung von Restaurationen jeglicher Art. Die einfache Registrierung der Bissverhältnisse auf digitalem Weg ist Leistungsbestandteil der GOZ 0065, nicht jedoch die PC-gestützte Auswertung. Die PC-gestützte Auswertung einer optisch-elektronischen Abformung ist daher nicht nach GOZ 0065 berechnungsfähig.

Tipp: Da die PC-gestützte Auswertung weder durch eine Gebührenziffer der GOZ noch eine Ziffer aus dem geöffneten Bereich der GOÄ abgebildet wird, ist die Berechnung entsprechend § 6 Abs. 1 GOZ analog vorzunehmen.

Frage 3:

Ist die Berechnung einer Cover-Denture-Prothese bei Versorgung eines Restzahngebisses nach GOZ 5220 bzw. GOZ 5230 möglich?

Die Gebührenziffern GOZ 5220 und GOZ 5230 honorieren die Versorgung eines zahnlosen Kiefers mittels totaler Prothese. Die Versorgung eines Restzahngebisses ist in der GOZ nicht beschrieben und kann daher nur analog berechnet werden (vgl. Kommentar der BZÄK, GOZ 5220).

Frage 4:

Ist eine Zweitprothese entsprechend den „normalen“ Gebührensätzen für Prothesenversorgungen berechnungsfähig?

Gebührenrechtlich stellt der Patientenwunsch nach einer Zweitprothese den Behandler immer dann vor eine Herausforderung, wenn die Erstprothese erst vor Kurzem eingegliedert oder erneuert wurde. In diesem Fall bestehen erhebliche Zweifel an einer medizinischen Notwendigkeit im Sinne des § 1 Abs. 2 GOZ. Eine Erstattung durch einen privaten Kostenerstatter wird erfahrungsgemäß aus diesem Grund nicht erfolgen.

Tipp: Nach wirtschaftlicher Aufklärung des Patienten ist grundsätzlich die Berechnung als Leistung auf Verlangen entsprechend § 2 Abs. 3 GOZ möglich. Die Vereinbarung einer „Verlangensleistung“ muss schriftlich vor Erbringung der Leistung fixiert werden. Die einzelnen Leistungen und Vergütungen sowie die Feststellung, dass es sich um Leistungen auf Verlangen handelt, müssen enthalten sein. Auch der Vermerk auf eine mögliche nicht gewährleistete Erstattung der privaten Kostenerstatter muss auf der Vereinbarung notiert sein.

Frage 5:

Ist die Leistung nach GOZ 5080 (Verbindungselement) neben der Teleskopkrone nach GOZ 5040 berechnungsfähig?

Nach den Abrechnungsbestimmungen der GOZ 5080 kann das Verbindungselement grundsätzlich nicht neben der Teleskopkrone nach GOZ 5040 berechnet werden.

Allerdings bestehen drei Ausnahmen, bei der eine Berechnung trotzdem möglich ist:

1. Ausnahme: Zwei oder mehrere nicht direkt benachbarte Teleskopkronen sind mittels einer Stegkonstruktion verbunden und die Stegkonstruktion übernimmt die Funktion eines oder mehrerer Verbindungselemente.

2. Ausnahme: Bei einer vorhandenen Teleskopkrone wird ein Verbindungselement eingearbeitet. In diesem Fall kann die GOZ 5080 neben der Wiederherstellung der Primärkrone nach GOZ 2320 in Ansatz gebracht werden.

3. Ausnahme: Eine Sekundärkrone nach GOZ 5100 erhält bei Erneuerung ein Verbindungselement oder durch die Eingliederung der Sekundärkrone wird ein Verbindungselement geschaffen.

BFS health finance GmbH Erstattungsservice
Nadine Cichon

Hülshof 24

44369 Dortmund

Tel.: 0231 945362-800

Fax: 0231 945362-888

www.bfs-health-finance.de



Herbstaktion

Gültig bis zum 30.11.

Preis pro DVD
statt 99 €

75€

zzgl. MwSt. und
Versandkosten

DVDs helfen up to date zu bleiben! Jetzt bestellen!



AUCH IM PRAXIS-ONLINE SHOP –
www.oemus-shop.de erhältlich!

3 DVDs* für
199€

statt 225 €

zzgl. MwSt. und
Versandkosten

* 3 DVDs unterschiedlicher Kurse!

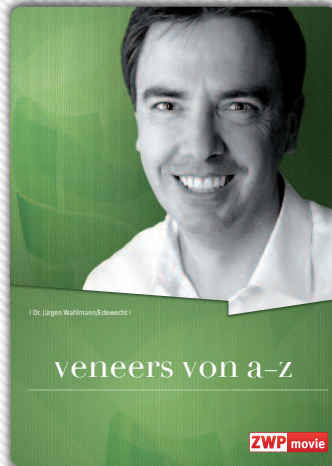
Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen!



DVD-Vorschau
via QR-Code ▶



**DVD Minimalinvasive Augmentations-
techniken – Sinuslift, Sinuslifttechniken***
| Prof. Dr. Klaus-U. Benner/Germering |
| Dr. Dr. Karl-Heinz Heuckmann/Chieming |



DVD-Vorschau
via QR-Code ▶



DVD Veneers von A-Z*
| Dr. Jürgen Wahlmann/Edewecht |



DVD-Vorschau
via QR-Code ▶



DVD Implantate und Sinus maxillaris*
| Prof. Dr. Hans Behrbohm/Berlin |
| Priv.-Doz. Dr. Dr. Steffen G. Köhler/Berlin |



DVD-Vorschau
via QR-Code ▶



**DVD Chirurgische Aspekte der
rot-weißen Ästhetik***
| Prof. Dr. Marcel Wainwright/Kaiserswerth |



DVD-Vorschau
via QR-Code ▶



DVD Endodontie praxisnah*
| Dr. Tomas Lang/Essen |



DVD-Vorschau
via QR-Code ▶



DVD Unterspritzungstechniken*
| Dr. med. Andreas Britz/Hamburg |


 Anzahl

 Anzahl

 Anzahl

 Anzahl

 Anzahl

 Anzahl

Kontakt
OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29 | 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-201 | Fax: 0341 48474-290
E-Mail: grasse@oemus-media.de
www.oemus.com

Die Ware ist vom Umtausch ausgeschlossen!

Praxisstempel

Name/Vorname

Datum/Unterschrift

Studie der Uni Erlangen-Nürnberg

Arztbewertungsportale haben großen Einfluss

Arztbewertungsportale spielen eine wichtige Rolle bei der Wahl eines Arztes. Die Portale gewinnen weiter an Bedeutung für die Suche und Bewertung von Ärzten. Dies sind zentrale Ergebnisse einer Querschnittsstudie der Juniorprofessur für Versorgungsmanagement der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg unter 1.505 Teilnehmern.

„Ziel der Studie ist es, die Bedeutung von Arztbewertungsportalen in Deutschland sowie ihren Einfluss auf den Entscheidungsprozess von Patienten für oder gegen einen Arzt zu untersuchen. Darüber hinaus haben wir die Einflussfaktoren analysiert, die es wahrscheinlicher machen, dass ein Patient ein Arztbewertungsportal nutzt“, sagt Prof. Dr. Martin Emmert, Autor der Studie.



63 Prozent der Befragten suchen ihren Arzt über das Internet. Davon nutzen 58 Prozent Online-Arztverzeichnisse wie Arztbewertungsportale. Die Bewertungsportale erreichen große Bekanntheit und einen hohen Nutzungsgrad unter den Patienten. So kennen 32 Prozent der Befragten mindestens ein deutsches Portal beim Namen (gestützte Abfrage). 25 Prozent der Umfrageteilnehmer nennen mindestens ein Portal namentlich, das sie schon einmal aktiv für die Arztsuche genutzt haben. Die auf den Portalen publizierten Patientenmeinungen zu den Ärzten haben einen großen Einfluss auf die Arztwahl der Patienten. 65 Prozent der befragten Nutzer von Arztbewertungsportalen geben an, schon einmal einen bestimmten Arzt aufgrund seiner Online-Bewertungen gewählt zu haben. Dagegen erklären 52 Prozent, sich aufgrund von Bewertungen schon einmal gegen den Besuch bei einem bestimmten Arzt entschieden zu haben.

Quelle: jameda



© Jorge Casais

Zahngesundheit

Jeder fünfte beim Zähneputzen unsicher

20 Prozent der Bundesbürger wissen nicht, wie die richtige Zahnreinigung aussieht. Und rund jeder Vierte konzentriert sich nach eigenen Angaben nur wenig auf die sorgfältige Pflege. Das sind Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage der mhplus Krankenkasse unter 1.000 Bundesbürgern zum Tag der Zahngesundheit am 25. September. Grundsätzlich sind sich die Deutschen inzwischen durchaus bewusst, wie wichtig das regelmäßige Putzen ist. Dennoch wird es in der Hektik des Alltags schon mal vernachlässigt: Rund 18 Prozent der Bundesbürger geben an, dass sie das Zähneputzen häufiger mal vergessen.

Verunsichert sind viele Menschen darüber, wie die richtige Zahnreinigung aussehen soll. Entsprechend wünschen sich 41 Prozent der Befragten mehr Tipps zur richtigen Pflege von ihrem Zahnarzt. Auch die Krankenkassen sind aufgerufen, ihre Mitglieder noch stärker zu informieren: Von ihnen wünscht sich jeder Dritte mehr Informationen zur Zahngesundheit. Umso wichtiger, dass schon Kindern gezeigt wird, wie sie ihre Zähne richtig putzen und Karies vorbeugen.

Quelle: mhplus Krankenkasse

Operativer Wundverschluss

Naht das Ende der Naht?

Herkömmliche OP-Nähte könnten bald der Vergangenheit angehören. Wissenschaftler der American Chemical Society haben eine Technik entwickelt, die ohne Fäden aus Metall, synthetischen Stoffen oder Seide auskommt. Die Wunde kann so verschlossen werden, dass das Gewebe elastisch bleibt.

Die neue Technik erinnert viel mehr an das Zusammenschweißen von Gewebe als an Nähen. Auf einen OP-Schnitt oder eine Wunde wird ein elastisches Material gelegt. In diesem befindet sich ein Nanostäbchen aus Gold. Um das Gewebe miteinander zu verbinden, wird mit dem Laser eine „Schweißnaht“ erzeugt. Diese ist nicht starr, sondern ein beweglicher Wundverschluss. Dadurch kann sich die Narbe während der Heilung mit der Haut bewegen. Ein Aufreißen oder Austreten von Blut und anderen Flüssigkeiten wird vermieden.

Zu den Vorteilen dieser Methode zählen nicht nur die Elastizität des Materials, sondern auch eine schnellere Verschließung der Wunde und eine verkürzte Genesungszeit. Auch die verbleibenden Narben können verringert werden.



© AleksKey

Quelle: ZWP online

Instrumentenreinigung

Desinfektion mit Sonne?

Alles, was man für die Instrumentenreinigung ohne Chemikalien und ohne Strom benötigt, ist Sonnenlicht. Über diese Möglichkeit wurde Ende September auf der jährlichen Versammlung der American Chemical Society in Indianapolis, USA, berichtet. Tests zeigten, dass eine Reinigung ohne großen Aufwand und in kurzer Zeit möglich ist. Die Reinigung erfolgt mittels Dampfsterilisation, ähnlich wie in herkömmlichen Autoklaven, nur ohne Strom. Dazu werden metallische Nanopartikel ins Wasser gegeben. Diese werden von Sonnenlicht aufgeheizt und es bildet sich eine dünne Dampfschicht an ihrer Oberfläche. Durch diese Dampfschicht steigen sie an die Wasseroberfläche, wo der Dampf an die Luft abgegeben wird. Die Nanopartikel sinken wieder an den Boden des Gefäßes, wo sie sich erneut aufheizen und Dampf produzieren.

Quelle: ZWP online

Mundhygiene

Schlechte Mundgesundheit begünstigt HPV-Infektion

Eine kürzlich veröffentlichte Studie hat mögliche Risikofaktoren für eine HPV-Infektion im Mundraum untersucht. 3.439 Menschen wurden dazu befragt. Die Studie ergab einen möglichen Zusammenhang zwischen mangelnder Mundhygiene und dem Mundkrebsrisiko.

Die Befragten waren Männer im Alter von 30 bis 69 Jahren. Abgefragte Faktoren waren u. a. Rauchergewohnheiten, Anzahl der Oralsexpartner und auch die Mundhygiene nach eigener Einschätzung. Während die meisten Fakten keinen Zusammenhang mit einem höheren Risiko einer Erkrankung zeigten, überraschte der Zusammenhang zwischen dem Faktor Mundgesundheit und einer HPV-Infektion. Bei den Männern, die ihre Mundgesundheit als schlecht oder mangelnd einschätzten, war die Quote einer HPV-Infektion um 55 Prozent höher.

Die an der Studie beteiligten Forscher sind sich über die Zusammenhänge dieser Faktoren noch nicht im Klaren. Vermutlich begünstigen Entzündungen und Verletzungen im Mundraum ein Eindringen der Viren in das orale Gewebe.



© kurhan

Quelle: ZWP online

Kooperation Bundeszahnärztekammer und DKMS

Mund auf gegen Blutkrebs



Mund auf gegen Blutkrebs.

Stäbchen rein, Spender sein.
Jetzt Registrierungsset anfordern:
www.dkms.de

Im Kampf gegen Blutkrebs hat die DKMS Deutsche Knochenmarkspenderdatei einen starken Partner an ihrer Seite – die Bundeszahnärztekammer (BZÄK). Seit dem Frühjahr 2013 haben Zahnärzte die Möglichkeit, ihren Patienten nicht nur in Sachen Mundhygiene auf den Zahn zu fühlen, sondern sie zusätzlich über die Wichtigkeit der Lebensspende zu informieren. Patienten können in der Zahnarztpraxis erfahren, wie einfach es ist, sich bei der DKMS zu registrieren, Geld zu spenden und die Botschaft über die Stammzellspende weiterzutragen. Gemeinsames Ziel der Zusammenarbeit von BZÄK und DKMS: So viele Personen wie möglich motivieren, Spender zu werden, um noch mehr Blutkrebspatienten helfen zu können. Ab sofort unterstützen auch der Bundesverband Dentalhandel e.V. und viele Dentaldepots die Kooperation. Bestellen Sie jetzt für Ihre Praxis Plakat, Flyer und Dispenser kostenlos im Internet unter www.dkms.de/bzaek

Quelle: BZÄK

ANZEIGE



comfiBite®

Mehr Tragekomfort
und mehr Lebensqualität
für Ihre Patienten

unsichtbar
biokompatibel
schonend

DENTAL PROFESSIONAL SERVICE  88079 Kressbronn am Bodensee
Tel.: +49(0) 7543 500 47 58
info@dentalprofessional.de
www.dentalprofessional.de

Die Redaktion des Implantologie Journals bedankt sich herzlich bei den Autoren für ihr Mitwirken in diesem Jahr!

PHOTO: GSKARTWALL

Ausgabe 1/13

Dr. Georg Bach
 Aiman Abdel Galil
 Jeong-Uk Heo
 Dr. Arndt-Christian Höhne
 Christoph Jäger
 Dr. Kai Klimek
 RA Guido Kraus
 Jun-Sub Park
 Dr. Michael Schäfer
 Dr. Roberto Sleiter
 Dong-Seok Sohn
 Dr. Rainer Valentin
 Prof. Dr. Gerd Volland
 Dr. Rolf Vollmer
 Dr. Martina Vollmer
 Prof. Dr. Dr. Gregor-Georg Zafiroopoulos



Ausgabe 2/13

Dr. Georg Bach
 Prof. Dr. Dr. Florian G. Draenert
 Dr. Timo Dreiseidler
 Dr. Dr. Peter A. Ehrl
 Paul Görlach
 Dr. Andrea Grandoch
 RA Dennis Hampe, LL.M.
 Dominic Hützen
 Dr. Frank Kistler
 Dr. Steffen Kistler
 Prof. Dr. Dr. Andreas Neff
 Priv.-Doz. Dr. Jörg Neugebauer
 Dr. Sven Rinke, M.Sc., M.Sc.
 Dr. Lutz Ritter
 Anne Schuster
 Dr. Luca de Stavola
 Dr. Mazen Tamimi
 Dr. Jochen Tunkel



Dr. Rainer Valentin
 Dr. Rolf Vollmer
 Dr. Robert Würdinger
 Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller

Ausgabe 3/13

Dr. Georg Bach
 Johannes D. Bähr
 Dr. Georg Bayer
 Dr. Umut Baysal
 Bianca Beck
 Dr. Dirk Duddeck
 Dr. Dr. Rainer Fangmann, M.Sc.
 Dr. Carsten Franke
 ZT Martin Holz
 Dr. Frank Kistler
 Dr. Steffen Kistler
 Prof. (Shandong University, China)
 Dr. Frank Liebaug
 Priv.-Doz. Dr. Jörg Neugebauer
 Dr. Dr. Martin Scheer
 Prof. Dr. Dr. Peter Stoll



Dr. Arzu Tuna
 Dr. Rainer Valentin
 Dr. Ning Wu
 Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller

Ausgabe 4/13

Dr. Georg Bach
 Bianca Beck
 Priv.-Doz. Dr. Dr. Ronald Bucher
 Dr. Dr. Rainer Fangmann, M.Sc.
 Kai Höckl
 Prof. Dr. Dr. Frank Palm
 Dr. Nikolaos Papagiannoulis
 Dr. Eduard Sandberg
 Dr. Marius Steigmann
 Christine Zachriat



Ausgabe 5/13

Dr. Georg Bach
 Kai Höckl
 Dr. Bettina Hübinger-Wiesend
 ZTM Christian Müller
 Prof. Dr. Dr. Frank Palm
 Gabi Schäfer
 Dr. Georg Taffet, M.Sc.
 Prof. Dr. Dr. Karl Günter Wiese
 Dr. Dr. Michael Wiesend



Ausgabe 6/13

Dr. Georg Bach
 Prof. Dr. Dr. Claus Udo Fritzscheier
 Priv.-Doz. Dr. Joannis Katsoulis, MAS
 Dr. Michael Leistner
 Dr. Claudia Carolina Lenzi
 ZTM Christian Müller
 Dr. Bernd Neuschulz, M.Sc.
 Priv.-Doz. Dr. Sven Rinke,
 M.Sc., M.Sc.
 Iris Wälter-Bergob



Ausgabe 7/13

Stephan Adler
 Dr. Renzo Bassetti
 Dr. Mario Bassetti
 Priv.-Doz. Dr. Norbert Enkling
 Dr. Roland Hille
 Dr. Elisabeth Jacobi-Gresser
 Priv.-Doz. Dr. Dr. Claude Jaquiéry
 Dr. Frank Kistler
 Dr. Steffen Kistler
 Prof. Dr. Regina Mericske-Stern
 Priv.-Doz. Dr. Jörg Neugebauer
 Dr. Nikolaos Papagiannoulis
 Dr. Christoph Reichert
 Dr. Eduard Sandberg
 Dr. Marius Steigmann
 Anne Schuster



Ausgabe 8/13

Dr. Georg Bach
 Dr. Edmond Bedrossian
 Dr. Christoph Blum
 Nadine Cichon
 Dr. Dr. Rainer Fangmann, M.Sc.
 Dr. Daniel Ferrari, M.Sc.
 Dr. Gerrit Günther
 Kathrin Schuldt, M.A.
 Dr. Ante Majic-Todt
 Prof. Dr. Heiner Weber
 ZTM Fabian Zinser



*Werden Sie Autor
 für das „Implantologie Journal“*

Bitte kontaktieren Sie Georg Isbaner
 ✉ g.isbaner@oemus-media.de



Die Studiengruppen der DGZI

Studiengruppe	Leiter der Gruppe	Telefon	Fax	E-Mail
Bayern	Dr. Manfred Sontheimer	08194 1515	08194 8161	dres.sontheimer_fries@t-online.de
Bergisches Land & Sauerland	Dr. Johannes Wurm	0211 16970-77	0211 16970-66	sekretariat@dgzi-info.de
Berlin/Brandenburg	Dr. Uwe Ryguschik	030 4311091	030 4310706	ryguschik@dgzi.de
Berlin/Brandenburg CMD	Dipl.-Stom. Kai Lüdemann	0331 2000391	0331 887154-42	zahnarzt@za-plus.com
Braunschweig	Dr. Dr. Eduard Keese	0531 2408263	0531 2408265	info@mkg-pgm.de
Bremen/Junge Implantologen	ZA Milan Michalides	0421 5795252	0421 5795255	michalidesm@aol.com
DentalExperts Implantology	ZTM F. Zinser/Dr. A. Lohmann, M.Sc.	04744 9220-0	04744 9220-50	fz@zinser-dentaltechnik.de
Euregio Bodensee	Dr. Hans Gaiser	07531 692369-0	07531 692369-33	praxis@die-zahnaerzte.de
Freiburger Forum Implantologie	Prof. Dr. Dr. Peter Stoll	0761 2023034	0761 2023036	ffi.stoll@t-online.de
Funktionelle Implantatprothetik	Prof. Dr. Axel Zöllner	0201 868640	0201 8686490	info@fundamental.de
Göttingen	ZA Jürgen Conrad	05522 3022	05522 3023	info@za-conrad.de
Hamburg	Dr. Dr. Werner Stermann	040 772170	040 772172	werner.stermann@t-online.de
Hammer Implantologieforum	ZÄ B. Scharmach/ZTM M. Vogt	02381 73753	02381 73705	dentaform@helimail.de
Kiel	Dr. Uwe Engelsmann	0431 651424	0431 658488	uweengelsmann@gmx.de
Köln	Dr. Rainer Valentin, Dr. Umut Baysal	0221 810181	0221 816684	rainervalentin@yahoo.de
Lübeck	Dr. Dr. Stephan Bierwolf	0451 88901-00	0451 88901-011	praxis@hl-med.de
Magdeburg	Dr. Ulf-Ingo Westphal	0391 6626055	0391 6626332	info@docimplant.com
Mecklenburg-Vorpommern	Dr. Bernd Schwahn/Dr. Thorsten Löw	03834 799137	03834 799138	dr.thorsten.loew@t-online.de
Mönchengladbach	ZA Manfred Wolf	02166 46021	02166 614202	derzahnwolfi@t-online.de
New Generation of Oral Implantology	ZA Navid Salehi	040 6024242	040 6024252	praxis@borsay.com
Niederbayern	Dr. Volker Rabald	08733 930050	08733 930052	oralchirurgie@dr-rabald.de
Nordbayern	Dr. Friedemann Petschelt	09123 12100	09123 13946	praxis@petschelt.de
Studienclub am Frauenplatz	Dr. Daniel Engler-Hamm	089 21023390	089 21023399	engler@fachpraxis.de
Rhein-Main	Prof. Dr. Dr. Bernd Kreuzer	06021 35350	06021 353535	dr.kreuzer@t-online.de
Ruhrstadt	Prof. Dr. Dr. med. dent. W. Olivier, M.Sc.	02041 15-2318	02041 15-2319	info@klinik-olivier.de
Sachsen-Anhalt	Dr. Joachim Eifert	0345 2909002	0345 2909004	praxis@dr-eifert.de
Stuttgart	Dr. Peter Simon	0711 609254	0711 6408439	dr.simon-stuttgart@t-online.de
Voreifel	Dr. Adrian Ortner	02251 71416	02251 57676	ortner-praxis@eifelt-net.net
Westfalen	Dr. Klaus Schumacher	02303 961000	02303 9610015	dr.schumacher@t-online.de
	Dr. Christof Becker	02303 961000	02303 9610015	dr.becker@zahnarztpraxis.net

Implantologie Journal

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

Impressum

Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.
Paulusstraße 1 · 40237 Düsseldorf
Tel. 0211 1697077 · Fax 0211 1697066
sekretariat@dgzi-info.de

Verleger: Torsten R. Oemus

Verlag:

OEMUS MEDIA AG · Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig
Tel. 0341 48474-0 · Fax 0341 48474-290
kontakt@oemus-media.de
www.oemus.com

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

Verlagsleitung:

Ingolf Döbbecke · Tel. 0341 48474-0
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner · Tel. 0341 48474-0
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller · Tel. 0341 48474-0

Chefredaktion:

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

Redaktion:

Georg Isbaner · Tel. 0341 48474-123
Carla Senf · Tel. 0341 48474-335

Redaktioneller Beirat:

Univ.-Prof. Dr. Heiner Weber, Dr. Rolf Vollmer,
Dr. Roland Hille, Prof. Dr. Herbert Deppe, ZTM Christian Müller,
Prof. Dr. Dr. Kurt Vinzenz, Dr. Georg Bach, Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner

Herstellung:

Sandra Ehnert · Tel. 0341 48474-119

Korrektorat:

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

Druck:

Silber Druck oHG, Am Waldstrauch 1, 34266 Niestetal

Erscheinungsweise:

Das Implantologie Journal – Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V. – erscheint 2013 mit 8 Ausgaben. Der Bezugspreis ist für DGZI-Mitglieder über den Mitgliedsbeitrag in der DGZI abgegolten. Es gelten die AGB.

Verlags- und Urheberrecht:

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

Grafik/Layout: Copyright OEMUS MEDIA AG



|| Frischer Wind für Praxis und Labor

OEMUS MEDIA AG – Die Informationsplattform der Dentalbranche.

Vielseitig, kompetent, unverzichtbar.

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



|| Bestellformular

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

Andreas Grasse | Tel.: 0341 48474-200

Fax: 0341 48474-290

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig

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

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

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

Name, Vorname

Straße/PLZ/Ort

Telefon/E-Mail Unterschrift

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

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

Datum/Unterschrift

Kurze Implantate – Die minimalinvasive Alternative

SCAN MICH

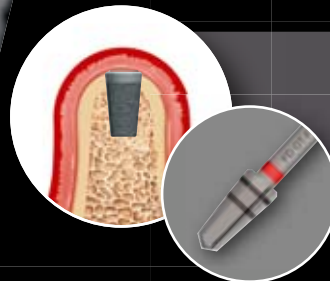


Erleben Sie das
OT-F³ hier LIVE!

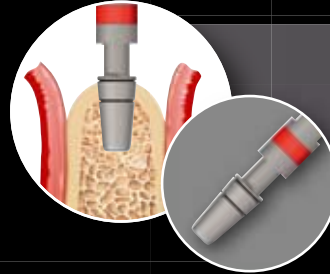
QR-Code einfach mit
dem Smartphone
scannen (z. B. mithilfe
des Readers Quick Scan)



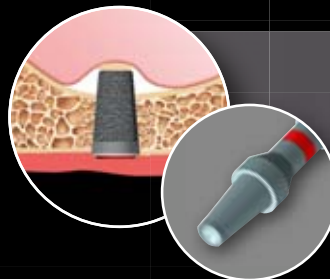
3-dimensionale Osseointegration
erlaubt Kronen-Wurzel-Verhältnis
von 2:1



Klassisch: schneidende Bohrer



Osteotomie-Technik mit
komprimierenden Osteotomen



Interner Sinuslift mit
schneidenden Osteotomen

