

ORALCHIRURGIE

Journal

1
2015

Fachbeitrag

Implantatfortinsertion bei reduziertem Knochenangebot und apikaler Osteolyse
Seite 16

Anwenderbericht

Ein anspruchsvoller multidisziplinärer Behandlungsansatz
Seite 20

Events

BDO-Klausurtagung auf Rügen
Seite 32

Events

IDS 2015 – Implantologie mit Innovationspotenzial
Seite 38



MIT UNS SIND SIE BESSER AUFGESTELLT.

CAMLOG steht für Implantate und Prothetiklösungen in exzellenter Qualität und zu fairen Preisen. Neben einem praxisorientierten Produktportfolio mit den Marken CAMLOG®, CONELOG®, iSy® und DEDICAM® schätzen unsere Kunden vor allem die Menschen, mit denen sie zu tun haben. Die echte Partnerschaft auf Augenhöhe. Die volle Unterstützung in implantologischen und prothetischen Belangen. Und natürlich unser langjähriges Know-how, von dem Sie nicht nur in der täglichen Praxis, sondern auch im Rahmen eines erstklassigen Fortbildungsprogramms profitieren können. Wann stellen Sie sich besser auf? Mehr Infos auf www.camlog.de/besser-aufgestellt oder telefonisch unter **07044 9445-100**.

**CAMLOG
AUF DER IDS:
HALLE 11.3
STAND
A10-B19
B10-C19**



Zur Leistungs-
übersicht

CAMLOG
SYSTEM

CONELOG
SYSTEM

DEDICAM
PROSTHETICS



a perfect fit™

camlog

Zahnheilkunde neu gedacht

Liebe Leserinnen und Leser,

mit unserer ersten Ausgabe des Oralchirurgie Journals zum Thema „Internationale Dental-Schau“ möchten wir in das Jahr 2015 starten, für das ich Ihnen auch im Namen der Redaktion alles erdenklich Gute und viel Erfolg wünschen möchte.

Vom 10. bis zum 14. März treffen sich in Köln die weltweit führenden Unternehmen der Dentalbranche, um nicht nur uns Zahnärzten, sondern allen Berufsgruppen der Branche die neuesten Produktinnovationen auf dem Gebiet der Zahnheilkunde zu präsentieren.

Bei der letzten IDS im Jahre 2013 besuchten mehr als 125.000 Fachbesucher die Messehallen in Köln – das war ein neuer Besucherrekord! Die Fachbesucher hatten die Möglichkeit, sich bei mehr als 2.050 Ausstellern aus dem In- und Ausland über die neusten Produkte- und Technologieentwicklungen zu informieren. Dabei kamen mehr als die Hälfte der Aussteller aus dem Ausland, was die weltweite Bedeutung der IDS unterstreicht. Man darf gespannt sein, mit welchen Innovationen die Industrie dieses Jahr bei der Dental-Schau in Köln aufwarten wird. Gerade auf dem Markt, der mehr als 1.300 verschiedenen Im-

plantatsysteme umfasst, ist durch die Entwicklung titanfreier Materialien, wie zum Beispiel das Zirkon, wieder mehr Bewegung gekommen. Auch die Digitalisierung in den Zahnarztpraxen wird weiter voranschreiten; nicht nur im Bereich der dentalen Röntgendiagnostik, sondern auch im Bereich der zahnärztlichen Prothetik durch die Implementierung von digitalen Abformungssystemen wird einiges zu erwarten sein.

Gerade im Bereich der computergestützten Planungsprogramme erleichtert die Digitalisierung die Planungs- und Behandlungsabläufe und ermöglicht durch entsprechende Visualisierung bereits von Beginn an, den Patienten bei der Beratung und Planung seines (implantatgetragenen) Zahnersatzes besser miteinzubeziehen.

Auch im Bereich der Zahntechnik revolutioniert die CAD/CAM-Technik unseren Bereich maßgeblich. So bieten sich heute Fertigungsmöglichkeiten an, die es ermöglichen, anhand eines Datensatzes entsprechende Suprakonstruktionen herzustellen und direkt nach Insertion der Implantate mithilfe von computergestützt hergestellten Bohrschablonen den Patienten schnell und sicher zu versorgen. Die Systeme werden zukünftig, nicht nur aufgrund des



steigenden Konkurrenzdruckes, sondern auch wegen der verbesserten Wirtschaftlichkeit, nicht mehr aus den Praxen wegzudenken sein.

Übrigens freut sich auch die Redaktion, wenn Sie den Stand der OEMUS MEDIA AG in Halle 4.1, Stand D060–F069 besuchen.

[Infos zum Autor]



Herzlichst
Ihr
Torsten W. Remmerbach

Editorial

- 3 Zahnheilkunde neu gedacht
Torsten W. Remmerbach

Fachbeitrag

- 6 Änderung der skelettalen
Strukturen zur Harmonisierung der
Weichteilstrukturen im Gesicht
*Prof. Dr. med. dent. Nezar Watted, Dr. Muhammad
Abu-Hussein, Ali Watted, Priv.-Doz. Dr. Dr. Josip Bill,
Prof. Dr. Dr. med. Peter Proff, Dr. Dr. Benjamin Schlomi*
- 16 Implantatsofortinsertion bei reduziertem
Knochenangebot und apikaler Osteolyse
Prof. Dr. Thomas Weischer, Prof. Dr. Dr. Christopher Mohr

Anwenderbericht

- 20 Ein anspruchsvoller multidisziplinärer
Behandlungsansatz
Dr. Michael R. Norton

Events

- 28 Indikationsbeschreibung für die
Regelfallversorgung in der Implantologie
- 29 Indikationsklassen
- 30 XXII. Weltkongress der iADH
Dr. Thomas Schreiber
- 32 BDO-Klausurtagung auf Rügen
Dr. Maria-Theresia Peters
- 34 Curriculum operative und
ästhetische Parodontologie ab 2015
mit praktischen Übungen
Dr. Jochen Tunkel, Dr. Maria-Theresia Peters

- 35 Kurs „Oralchirurgisch-
Implantologische Fachassistenz“
Dr. Joachim Schmidt, Dr. Markus Blume
- 36 Das gesunde Implantat – Prävention,
Gewebestabilität und Risikomanagement
- 38 IDS 2015 – Implantologie
mit Innovationspotenzial

Tipp

- 40 Statement zur Piezotechnologie
Dr. Jairo Vargas
- 41 „Lasierzahnheilkunde –
Ein Arbeitsbuch für die tägliche Praxis“
Prof. Dr. Dr. Dieter Weingart
- 42 Praxismietvertrag:
Auf die Gestaltung kommt es an
RA Oliver Weger

Nachruf

- 44 Trauer um Per-Ingvar Brånemark
- 44 Abschied von Johannes Franz Hönig

24 Markt | Produktinformationen

46 News

48 Fortbildungsveranstaltungen des BDO 2015

50 Termine / Impressum



Das Oralchirurgie Journal ist die offizielle Zeitschrift
des Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen e.V.

Titelbild © Lightspring

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, NSKs 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.



Surgic Pro

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

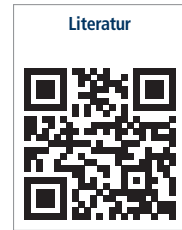
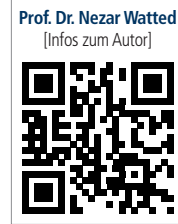


VarioSurg3

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



Der erste in der Literatur beschriebene kieferorthopädisch-kieferchirurgische Eingriff – dieser war am Unterkiefer – wurde von dem amerikanischen Chirurgen Hüllihen im Jahre 1848 durchgeführt.³⁴ Die zunehmenden Erfahrungen führten in den folgenden Jahren dazu, die Indikation für kieferorthopädisch-kieferchirurgische Operationen wesentlich weiterzustellen und dieses operative Vorgehen auch in den Bereich des „Wahleingriffs“ zu transferieren.^{1,2}



Änderung der skelettalen Strukturen zur Harmonisierung der Weichteilstrukturen im Gesicht

Prof. Dr. med. dent. Nezar Watted, Dr. Muhamad Abu-Hussein, Ali Watted, Priv.-Doz. Dr. Dr. Josip Bill, Prof. Dr. Dr. med. Peter Proff, Dr. Dr. Benjamin Schlomi

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts (1893–1896) berichtete Cunningham erstmals über Einzelzahn-Segment-Osteotomien am Oberkiefer-Alveolarfortsatz.¹⁹ Die weitere Entwicklung der kieferorthopädischen Chirurgie basierte auf Erfahrungen aus der Tumorchirurgie, auf die immer wieder Bezug genommen wurde. Cheever hatte bereits 1867 einen operativen Eingriff an einer Oberkieferhälfte von einem umfangreichen extraoralen Zugang aus durchgeführt.¹⁴ 1909 wurde von Babcock vorgeschlagen, die Kocher'sche Technik zur Anteriorverlagerung eines retrognathen Oberkiefers einzusetzen.³ Durch Kocher erfolgte die Erstbeschreibung einer horizontalen Osteotomie der Maxilla in Höhe der Le Fort-I-Frakturlinie mit extraoralem und durch Partsch mit intraoralem Zugang.³⁸ Wer in der gegenwärtigen kieferorthopädischen Chirurgie des Oberkiefers kundig ist, wird vermutlich mit Erstaunen die Ähnlichkeit der Partsch'schen Operationsmethode mit der heute üblichen,⁴⁸ von Bell erst 77 Jahre später als Novum beschriebenen „Le-Fort-I-down-fracturing-technique“ erkennen.^{26–28}

Die Reihe der Modifikationen der Bell'schen Technik eröffneten dessen Mitarbeiter Wolford und Epker, nach deren Vorschlag eine komplette „down fracture“ der Maxilla vorgenommen wird. Dieses Verfahren dient als Grundlage für die heutigen Oberkieferosteotomie (Abb. 1a und b).^{5–9,26–28,61}

Durch eine grafische Analyse der bei der Modell-Operation vorgenommenen Oberkieferverlagerung wurde die günstigste Osteotomielinie bestimmt. Die Übertragung auf die intraoperative Situation erfolgte mittels eines modifizierten Gesichtsbogens.^{11,12,45–47,55–57}

Ein größerer Knochenkontakt nach der Umstellung der Fragmente und bessere Möglichkeiten zur Anbringung von Drahtnähten waren Ziel einer weiteren Variante der Le Fort-I-Osteotomie.

Nach der Einführung der stabilen Fragment-Fixation durch Miniplattenosteosynthese in der chirurgischen Versorgung von Mittelgesichtsfrakturen wurde diese Art der Fixation auch sehr bald in der kieferorthopädischen Chirurgie des Oberkiefers übernommen (Abb. 2).^{24,25,29,41,42}

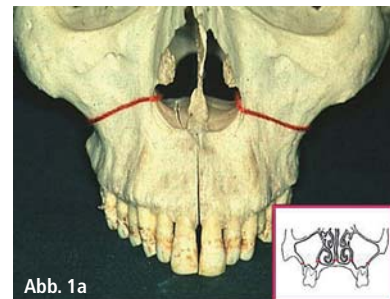


Abb. 1a

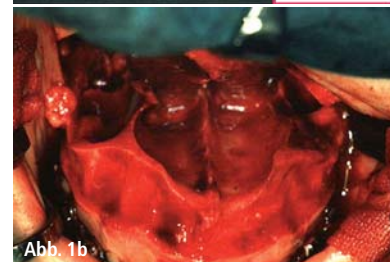


Abb. 1b



Abb. 2

Abb. 1a und b: Komplette „down fracture“ der Maxilla. – **Abb. 2:** Fragment-Fixation durch Miniplattenosteosynthese nach einer kompletten „down fracture“ der Maxilla.

J A I



2015
Jahre
Implantologie.

ICH WILL
IMPLANTATE

AUS DEM HAUSE DENTAURUM.

Seit 20 Jahren Kompetenz, Zuverlässigkeit und Innovation
in der Implantologie - weltweit. Sagen auch Sie ja!

Besuchen Sie uns!
10. – 14. März 2015
Halle 10.1 Stand E10/F11

IDS
2015



tiologic® ST

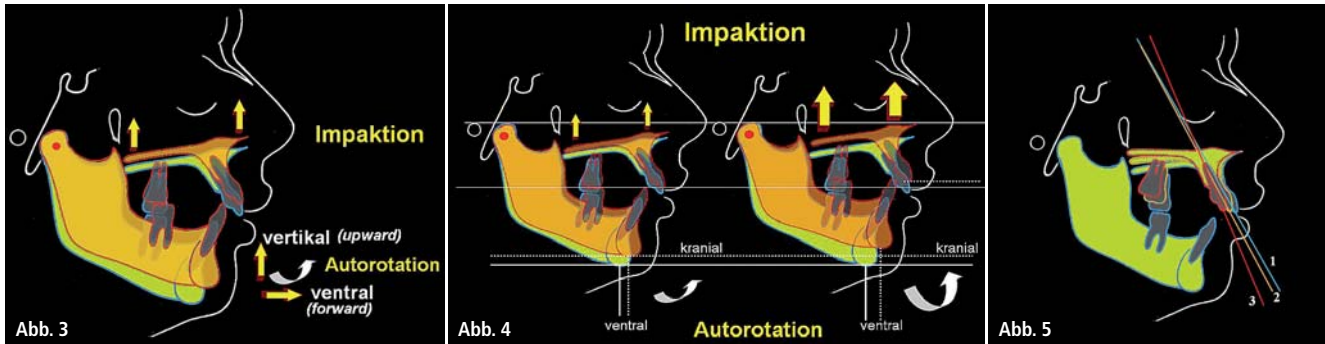


Abb. 3: Simulation der chirurgischen Impaktion der Maxilla und der folgenden Reaktion der Mandibula im Sinne einer Autorotation nach kranial und gleichzeitig nach ventral. – **Abb. 4:** Simulation der chirurgischen Impaktion der Maxilla in unterschiedlichen Maßen. Je mehr die Maxilla nach kranial impaktiert wird, umso größer ist die Reaktion der Mandibula im Sinne einer Autorotation nach kranial und gleichzeitig nach ventral. – **Abb. 5:** Simulation der chirurgischen Impaktion der Maxilla in unterschiedlichen Maßen. Je größer die Impaktion ist, umso steiler werden die Frontzähne sein.

Maxilla-Impaktion und Mandibula-Autorotation

Über die unterschiedlichen chirurgischen Techniken am Oberkiefer sowie über die Stabilität des Ergebnisses nach einer Oberkieferimpaktion (Kranialverlagerung der Maxilla) wurde in der Literatur mehrmals berichtet.^{18,36,37,39,44,49,51–53} Was bei der Kranialverlagerung der Maxilla mit der Mandibula geschieht, wurde bis dato in nur wenigen Artikeln wie zum Beispiel von Bruce N. Epker und Leward C. Fish 1980 aus chirurgischer Sicht veröffentlicht.²⁷

Das Maß und die Art der chirurgischen Maxilla-Impaktion und deren Folge auf die skelettalen, dentalen Strukturen sowie auf die dentofaziale Ästhetik erfordern eine genaue Planung nicht nur auf skelettaler, sondern auch auf dentaler Ebene.

Das Ziel der kieferorthopädischen Vorbereitung ist es unter anderem, die dentale Situation auf die postoperative skelettale Situation unter besonderer Berücksichtigung der dentofazialen Ästhetik abzustimmen. Deshalb ist es wichtig, vorher die Behandlungsziele festzulegen und die Art und das Ausmaß des chirurgischen Eingriffes möglichst genau zu erfahren.

Für eine erfolgreiche kieferorthopädisch-kieferchirurgische Planung sowie Behandlung ist die Beantwortung der folgenden Fragen bei einer Oberkieferimpaktion sehr wichtig:

- Was geschieht mit der Mandibula nach einer Maxilla-Impaktion?
- Wo geschieht die Maxilla-Impaktion (z.B. totale Impaktion bzw. parallele

Impaktion oder Impaktion im posterioren Bereich etc.)?

- Wie groß ist das Ausmaß der Maxilla-Impaktion?
- Was soll mit der Maxilla nach Impaktion bezüglich der sagittalen Dimension geschehen?
- Was soll mit der Mandibula nach Impaktion der Maxilla geschehen?

Bei der Kranialverlagerung der Maxilla tritt eine Autorotation des Unterkiefers ein, bei der der Unterkiefer seine Lage in der Sagittalen (ventrale Verlagerung) und in der Vertikalen (kraniale Verlagerung) verändert (Abb. 3). Eine Folge dieser Impaktion und anschließender Unterkieferautorotation ist die Veränderung der anterioren (AFH) und posterioren (PFH) Gesichtshöhe, sodass sich die Relation der posterioren zu der anterioren (PFH/AFH) Gesichtshöhe vergrößert.^{10,13,31,50} Es tritt eine neue Kieferrelation sowohl in der Vertikalen als auch in der Sagittalen ein. Diese Autorotation ist umso stärker, je größer die Impaktionsstärke der Maxilla ist (Abb. 4), wobei hier das Impaktionszentrum nicht unberücksichtigt bleiben darf. Diese Impaktion abhängig von deren Zentrum führt zu einer Achsenstellung der Frontzähne (Abb. 5). Die Bedeutung und das Ausmaß dieser Bewegungen bzw. Veränderungen können und müssen bei der kephalometrischen Operationsplanung ermittelt und somit berücksichtigt werden.

Das Ausmaß der Impaktion wird nicht nur aus funktionellem, sondern auch aus ästhetischem Gesichtspunkt ent-

schieden. Hierfür werden einige wichtige Aspekte beurteilt:

- Das Ausmaß des Zahnfleischlächelns „gummy smile“
- Die Menge der Zahnhartsubstanz, die zum Erscheinen kommt
- Gesichtsform

Profilveränderungen nach einer operativen Lageveränderung der Kieferbasen

In der Literatur wurde die Reaktion der Weichteile nach einem operativen Eingriff vielfältig beschrieben und kontrovers diskutiert.^{22,23,30,33,35,58} Allen Studien gemeinsam war die Beschreibung der durchgeführten Operation und die Messung verschiedener Referenzpunkte zur Ermittlung der Weichteilveränderungen, ohne weiter auf die Art der kieferorthopädischen Vorbereitung für die Operation, mit entsprechender Auswirkung auf die Durchführung der Operation – z.B. die Größe und Art der Verlagerung – einzugehen.

Die Weichteilveränderungen infolge einer Oberkieferosteotomie in der Le Fort-I-Ebene sind abhängig von der Art und dem Ausmaß der Verlagerung der Maxilla. In der Literatur wurden Veränderungen im Mittelgesicht, der Oberlippenlänge und -prominenz, der Unterlippenposition, dem Nasolabialwinkel, der Nasenbreite, den Nasenflügeln, dem paranasalen Weichteil und der Nasenspitze unterschiedlich beschrieben und interpretiert. Bei den meisten Studien wurde als Folge der Oberkieferimpaktion eine Anhebung der Nasenspitze registriert. Jensen fand 1992, dass die

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. 6a und b: Ein Vorgesicht schräg nach hinten, ein verlagertes Untergesicht in Relation zum Mittelgesicht.

Nasenspitze eine Anhebung von 0,2 : 1 infolge einer Hartgewebeverschiebung erfährt. Es waren sich alle Autoren darüber einig, dass eine Vorhersage der Nasenveränderung nach einer Oberkieferosteotomie in der Le Fort-I-Ebene nur begrenzt möglich ist.³⁵

Die Weichteile des Unterkiefers folgen einer kranialen Impaktion der Maxilla im Zuge der Autorotation der Mandibula, die in einem Verhältnis von 1 : 1 der Maxilla folgt.²⁷ Neben der Verkürzung des Untergesichtes führt dies auch zu einer Entspannung der Kinnmuskulatur und zu einer Verstärkung der Kinnprominenz,

die eine deutliche Veränderung der Supramentalfalte mit sich bringen. Patientengeschichte und Anamnese

Die Patientin stellte sich im Alter von 22 Jahren vor. Sie klagte über länger bestehende Kiefergelenkschmerzen und extrem erschwerte Kaufunktion sowie die ästhetische Beeinträchtigung durch die Zahnfehlstellungen und den inkompetenten Lippenschluss.

Bei der Funktionsanalyse wurde festgestellt, dass infolge des erschwerten Lippenschlusses der Unterkiefer habituell

nach ventral geschoben wurde, um den Mundschluss zu ermöglichen, sodass die Kondylen aus der Fossa ventral Richtung des Tuberkulum artikulare verschoben wurden. Es lag eine Diskrepanz zwischen der zentrischen Relation und der habituellen Okklusion vor.

Diagnose

Für die Diagnose und Behandlungsplanung wurden die Unterlagen der zentrischen Relation herangezogen. Zur definitiven Ermittlung der zentralen Position der Kiefergelenke und zur Abklärung der Kiefergelenksymptomatik wurde eine plane Aufbitsschiene für vier Wochen eingegliedert.

Die Fotostataufnahmen zeigen den unzureichenden Mund- und Lippenschluss in der Ruheschwebelage. Ein gezwungener Mundschluss führt zu einer deutlichen Anspannung der Kinnmuskulatur (Abb. 6a und b). Das Fotostatat von lateral zeigt ein Vorgesicht schräg nach hinten mit fliehendem Kinn, und im Vergleich zum Mittelgesicht ein langes Untergesicht 46 % : 54 % statt 50 % : 50 %.^{11,40,55-57}

Die Patientin hatte eine Klasse II-Dysgnathie, einen skelettal und dentoalveolar offenen Biss, schmaler Oberkieferzahnbogen, Zahnfehlstellungen und Engstände in beiden Zahnbögen (Abb. 7a-e).

Die FRS-Analyse in der Zentrik (Abb. 8, Tab. 1) verdeutlicht die sagittale und vertikale Dysgnathie sowohl im Weichteilprofil als auch im skelettalen Bereich. Die Parameter wiesen auf einen skelettal offenen Biss mit den typischen extraoralen Anzeichen eines „long-face-syndromes“ hin: Die vertikale Dysgnathie äußert sich durch die posteriore Rotation des Unterkiefers (ML-NSL = 48°), die eine posteriore Verlagerung des Pogonions und B-Punktes mit sich gebracht hat; und eine durchschnittliche Lage der Oberkiefergrundebene (NL-NSL = 9,5°). Mit anderen Worten: die vorliegende distale Dysgnathie ist ein Produkt der vertikalen Fehlbildung. In diesem Fall handelt es sich nach der Berechnung der individuellen ANB-Winkel (5,5°) um eine neutrobasale Kieferrelation

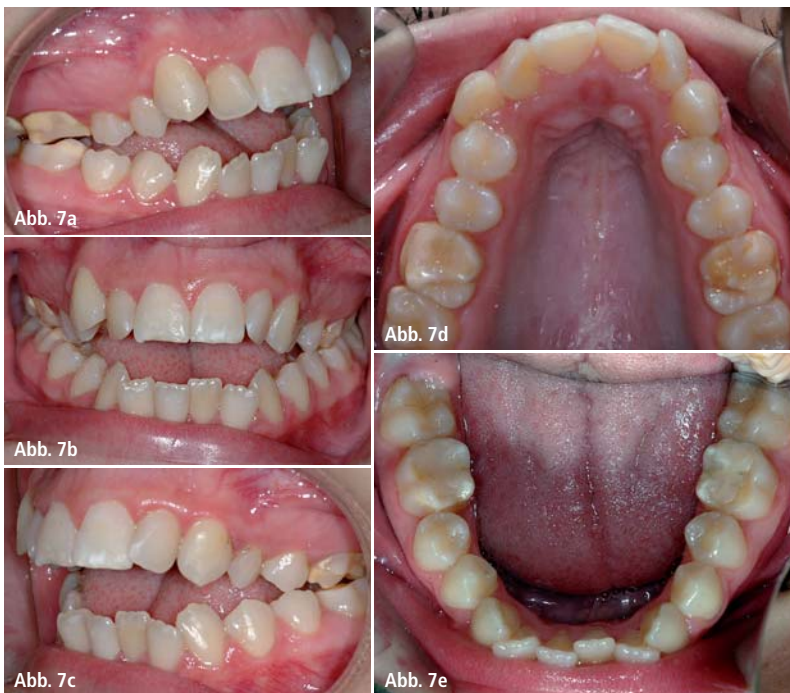


Abb. 7a-e: Intraorale Aufnahmen vor Behandlungsbeginn, distale Okklusionsverhältnisse rechts und links, stark vergrößerte sagittale Frontzahnstufe, Engstände in beiden Zahnbögen.

bei distaler Okklusion. Die entgegengesetzte Neigungen beider Kiefer hat zu einer Vergrößerung des Interbasenwinkels um ca. $15,5^\circ$ ($ML-NL = 38,5^\circ$). Die Folge des skelettal offenen Bisses ist die verkleinerte Relation zwischen anteriorer und posteriorer Gesichtshöhe ($PFH/AFH = 53\%$ statt 63%) bei strukturell nach posterior abgelaufenem Wachstumsmuster. Die vertikale Einteilung des Weichteilprofils zeigte eine Disharmonie zwischen dem Ober- und dem Untergesicht ($G'-Sn: Sn-Me'$; $46\% : 54\%$). Diese äußerte sich ebenso in den knöchernen Strukturen ($N-Sna: Sna-Me$; $39\% : 61\%$). Im Bereich des Untergesichtes bestand ebenso eine Disharmonie ($Sn-Stms: Stms-Me'$; $27\% : 73\%$). Diese Änderungen im Verhältnis lagen weniger in einer Alteration der Oberlippenlänge als vielmehr in einem verlängerten Untergesicht (Abb. 9a und b).^{11,12,40,55-57}

Therapieziele und -planung

Die angestrebten Behandlungsziele waren:

- Herstellung einer neutralen, stabilen und funktionellen Okklusion bei physiologischer Kondylenposition (Zentrik)
- Rehabilitation der Funktion (Kaufunktion und entspannter Lippenschluss)
- Optimierung der Gesichtsästhetik in den drei Dimensionen
- Optimierung der dentalen Ästhetik unter Berücksichtigung der Parodontalverhältnisse
- Erfüllung der Erwartungen bzw. Zufriedenheit des Patienten
- Sicherung der Stabilität des erreichten Ergebnisses

Neben den oben genannten Behandlungszielen war als besonderes Behandlungsziel die Verbesserung der Gesichtsästhetik nicht nur in der Sagittalen, sondern auch in der Vertikalen zu nennen. Dies sollte durch eine relative Verkürzung des Untergesichtes erfolgen. Eine Verkürzung des Untergesichtes als kausale Therapie mit entsprechendem Effekt auf die faciale Ästhetik und Lippenfunktion konnte bei dieser Patientin nur durch eine kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgische

Behandlung erreicht werden. Mit alleinigen orthodontischen Maßnahmen wären die angestrebten Ziele hinsichtlich der Funktion und Ästhetik nicht zu erreichen gewesen. Die Dysgnathie war zu gravierend für einen alleinigen dentoalveolären Ausgleich. Als Operation wurde eine Oberkiefer-Osteotomie geplant. Zur Verbesserung der Vertikalen war eine Oberkieferimpaktion notwendig,^{43,55} die im dorsalen Bereich hauptsächlich durchgeführt werden sollte. Als Folge der Impaktion sollte der Unterkiefer mit den Kondylen als „Rotationszentrum“ in der Sagittalen und Vertikalen autorotieren; dabei war eine Verlagerung des Pogonions (Kinnprominenz) nach ventral und gleichzeitig nach kranial zu erwarten.^{26,27,31,50} Diese Autorotation des Unterkiefers sollte erwartungsgemäß die sagittale Dysgnathie (distalen Okklusion) korrigieren.

Therapiedurchführung

Der Behandlungsablauf besteht aus vier Phasen:

1) Präoperative Maßnahmen und orthodontische Vorbereitung

1. „Schienentherapie“: Zur Ermittlung der physiologischen Kondylenposition „Zentrik“ vor der endgültigen Behandlungsplanung wurde für vier Wochen die Okklusion durch das Einsetzen von Aquasplint nach Sabagh entkoppelt. Dadurch konnte der Zwangsbiss in seinem ganzen Ausmaß dargestellt werden.^{15,59,60}

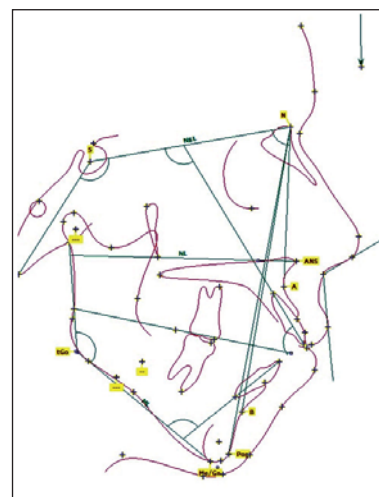


Abb. 8: Kephalematische Durchzeichnung der Aufnahme vor Beginn der Behandlung; es liegt eine skelettale und Weichteildisharmonie in der Vertikalen vor; das Untergesicht ist relativ lang in Relation zum Mittelgesicht.

2. Orthodontie zur Ausformung und Abstimmung der Zahnbögen aufeinander. Für die Erweiterung des Oberkiefers wurde eine konventionelle Gaumennahterweiterung durchgeführt. Im Rahmen der prächirurgischen Orthodontie wurde eine Dekompensation der skelettalen Dysgnathie durchgeführt. Entscheidend bei der Vorbereitung war die Protrusion und das Torquieren der Oberkieferfront nicht nur zur Auflösung des Engstandes, sondern auch hinsichtlich der durchzuführenden Operation, bei der die Maxilla im dorsalen Bereich impaktiert und nach posterior rotiert wird. Diese Maßnahme führt zu einer chirurgisch bedingt steileren Stellung der Oberkieferfront, was bei der

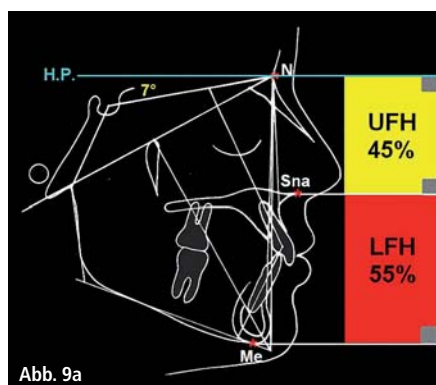


Abb. 9a

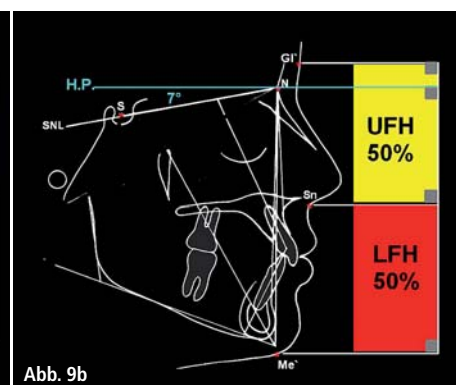


Abb. 9b

Abb. 9a und b: Skelettale Einteilung des Gesichtes in der Vertikalen, die Relation zwischen dem Mittel- und Untergesicht in Bezug auf die Spina nasalis anterior ($N-Sna: Sna-Me$) beträgt 45% zu 55% (**a**). Die vertikale Einteilung des Gesichtes zwischen G' und Me' im FRS in Bezug auf die Horizontalebene (HP); die harmonische Relation von oberer $N'-Sn$ (Upper facial height: UFH) zu unterer Gesichtshöhe $Sn-Me'$ (Lower facial height: LFH) beträgt 50% zu 50% (**b**).

Vorbereitung berücksichtigt werden muss. Deshalb konnte die labiale Achsenneigung der Oberkieferfront vor der Operation toleriert werden. Zur orthodontischen Behandlung

wurde eine Multiband-Apparatur (22er Slot-Brackets) verwendet. In dieser Phase wurden beide Zahnbögen in den drei Dimensionen aufeinander abgestimmt. Die ortho-

dontische Phase dauerte acht Monate (Abb. 10a–e).

3. „Schienentherapie“ zur Ermittlung der „Zentrik“ drei bis vier Wochen vor dem operativen Eingriff. Ziel ist die Registrierung des Kiefergelenkes in seiner physiologischen Position (Zentrik).¹⁶

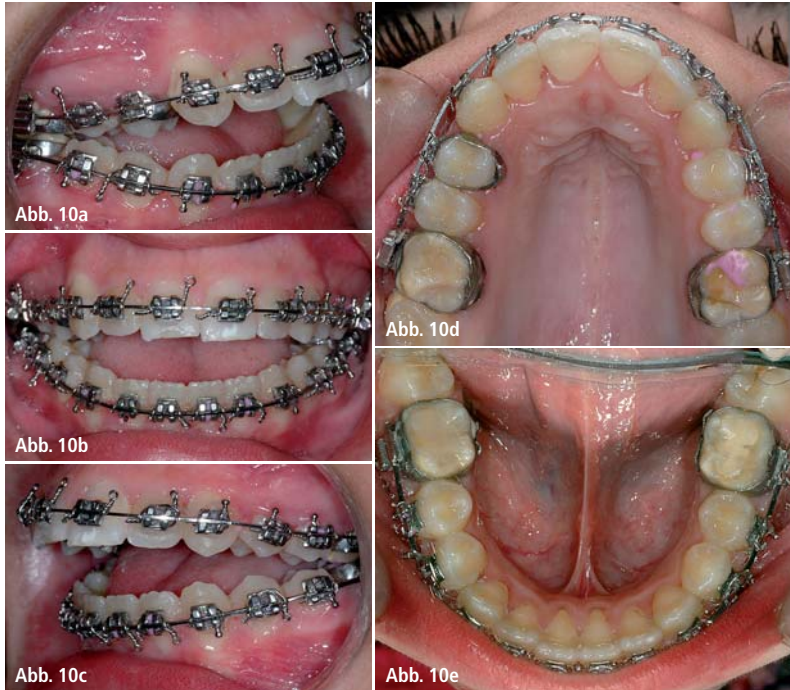


Abb. 10a–e: Intraorale Aufnahmen nach der prächirurgischen kieferorthopädischen Vorbereitung.

II) Kieferchirurgie zur Korrektur der skelettalen Dysgnathie

Nach Modelloperation, Festlegung der Verlagerungsstrecke und Herstellung der Splinte wurde am Oberkiefer eine Le Fort-I Osteotomie durchgeführt, bei der die Maxilla im dorsalen Bereich um 5,5 mm und im ventralen Bereich um 1,5 mm nach kranial impaktiert wurde, sodass eine posteriore Rotation der gesamten Maxilla eintrat.^{43,44,54} Durch die Autorotation des Unterkiefers wurde die Distallage des Unterkiefers korrigiert, sodass eine operative Unterkieferverlagerung nicht mehr notwendig war (Abb. 11a–c).^{17,20,21,32,45,46}

III) Orthodontie zur Feineinstellung der Okklusion

Dabei ist der frühestmögliche Einsatz der orthodontischen Kräfte entscheidend für deren Wirkung, da die angestrebten orthodontischen Zahnbewegungen einfacher durchzuführen sind. Entsprechend beginnt nur wenige Tage nach der Operation die postchirurgische orthodontische Behandlungsphase 4. Es wurden up-and-down-Gummizüge eingesetzt.

IV) Retention zur Sicherung des erreichten Ergebnisses

Vier Monate nach der Operation wurde die MB-Apparatur entfernt. Es wurde zusätzlich zu dem 3-3-Retainer herausnehmbare Retentionsgeräte eingegliedert.

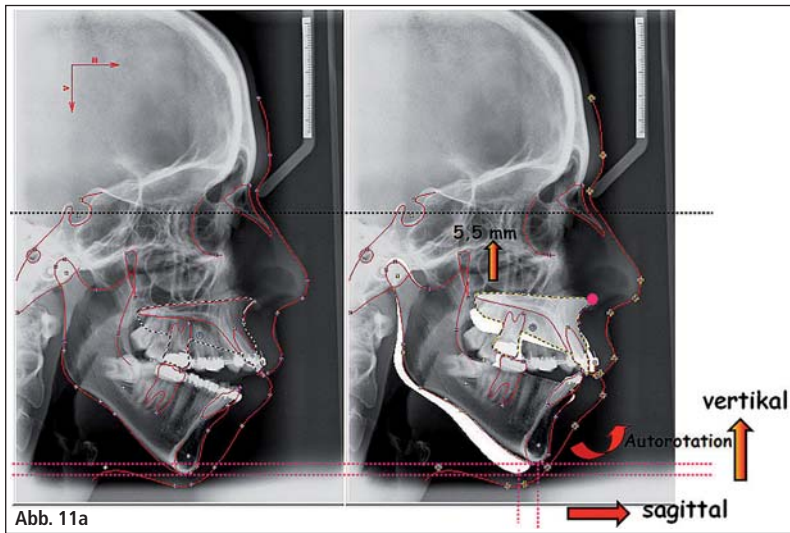


Abb. 11a

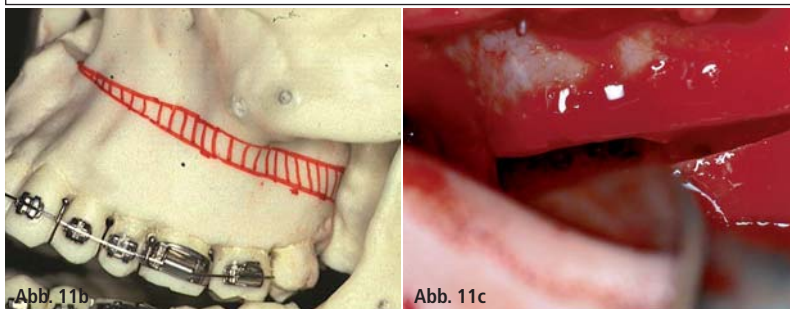


Abb. 11b

Abb. 11c

Abb. 11a–c: Chirurgische Planung; eine Impaktion im dorsalen Bereich um 5,5 mm. Das Impaktionszentrum ist die Sina nasalis anterior.

Ergebnisse und Diskussion

Die Abbildungen 12a–e zeigen die Endsituation in Okklusion. Die extraoralen Aufnahmen lassen eine harmonische Gesichtseinteilung in der Vertikalen, die durch die operative Verkürzung des Untergesichtes erreicht wurde und ein harmonisches Profil in der Sagittalen

erkennen. Das Mundprofil ist harmonisch, die periorale Muskulatur ist entspannt und der Lippenschluss ist möglich (Abb. 13a–c).

Die FRS-Aufnahme (Abb. 14) zeigt die Änderungen der Parameter. Aufgrund der operativen Impaktion und posterioren Schwenkung der Maxilla hat sich die Neigung der Oberkieferbasis um $3,5^\circ$ vergrößert. Durch diese und die anschließende Autorotation der Mandibula ist der Interbasenwinkel um 9° kleiner geworden. Impaktion und Autorotation führten zu einer Verkleinerung der anterioren Gesichtshöhe, sodass es zu einer Vergrößerung und somit zu einer Harmonisierung des Verhältnisses PFH/AFH (60 %) kam (Tab. 1).

Bei der vertikalen Einteilung des knöchernen und Weichteilprofils zeigt sich eine Harmonisierung. Die Disharmonie im unteren Gesichtsdrittel wurde nahezu korrigiert, sodass das Verhältnis Sn-Stom zu Stom-Me' $32\% : 68\%$ betrug.

Bei dem Vergleichen der FRS-Aufnahmen vor und nach der Operation in den Punkten S-N-S sind die skelettalen und Weichteilveränderungen in der Sagittalen und Vertikalen zu sehen. Kontrolliert man die Lage des Pogonions in der Sagittalen und Vertikalen, stellt man fest, dass dieser Punkt eine deutliche ventrale und kraniale Verlagerung erfuhr, obwohl der Unterkiefer

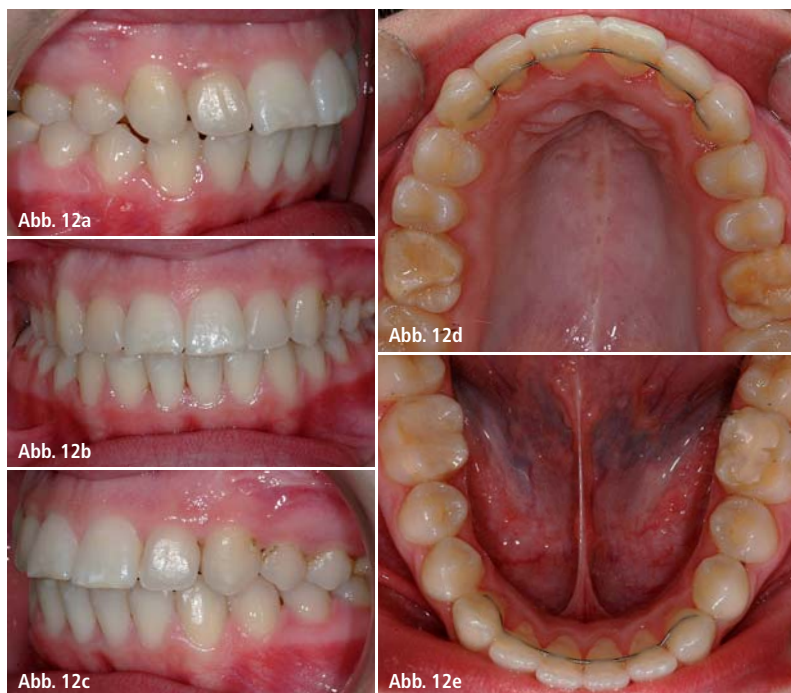


Abb. 12a–e: Intraorale Aufnahmen nach Behandlungsabschluss.

nicht in der operativen Maßnahme involviert war. Dies kommt durch die Autorotation der Mandibula nach erfolgter Maxilla-Impaktion zustande, was zu einer Korrektur der distalen Okklusion geführt hat.

In Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Radney & Jacobs⁴⁹ bezüglich der kranialen Verlagerung des Pro-nasale, den Nachuntersuchungen von Epker²⁷ und Rosen⁵¹ bezüglich der Anhebung der Nasenspitze bei der Impaktion der Maxilla traten diese beiden

Effekte bei der vorgestellten Patientin ein. Diese Ergebnisse wurden von anderen Autoren und besonders von De Assis et al.²³ und Lee et al.³⁹ unabhängig voneinander bestätigt.

In dem dargestellten Behandlungskonzept ist drei bis vier Wochen vor der Operation der zweite Einsatz einer Aufbisschiene zur Ermittlung der Zentrik obligat. Eine Positionierung der Kiefergelenke durch dessen Fixierung in einer falschen Kondylenlage hätte zu einer falschen Planung der



Abb. 13a–c: Extraorale Aufnahmen nach Abschluss der Behandlung; ansprechendes dentofaziales Erscheinungsbild, Lippenschluss erfolgt ohne Anspannung, harmonische Einteilung des Gesichtes in der Vertikalen.

operativen Verlagerungsstrecken geführt.

Zusammenfassung

Die zunehmende Zahl erwachsener Patienten mit behandlungsbedürftigen Bissanomalien macht es angesichts des abgelaufenen skelettalen Wachstums

und der somit fehlenden Möglichkeit zur therapeutischen Wachstumsbeeinflussung häufig notwendig, dass kieferchirurgische Maßnahmen in die Therapie miteinbezogen werden. Während Dysgnathien geringen Umfangs durch rein dentoalveoläre Maßnahmen ausgeglichen werden können, stellt sich bei

Proportionen der Weichteilstrukturen vor und nach der Behandlung

Parameter	Mittelwert	vor Behandlung	nach Behandlung
G'-Sn/G'-Me'	50 %	46 %	49 %
Sn-Me'/G'-Me'	50 %	54 %	51 %
Sn-Stms	33 %	27 %	32 %
Stms-Me	67 %	73 %	68 %

Skelettale Analyse: Durchschnittswerte bzw. Proportionen skelettaler Strukturen vor und nach der Behandlung

Parameter	Mittelwert	vor Behandlung	nach Behandlung
SNA (°)	82°	77,5°	78°
SNB (°)	80°	71°	73,5°
ANB (°)	2°	6,5° (ind. 5,5°)	4,5°
WITS-Wert (mm)	± 1 mm	6 mm	4,5 mm
Facial-K.	2 mm	6 mm	3,5 mm
ML-SNL (°)	32°	48°	42,5°
NL-SNL (°)	9°	9,5°	13°
ML-NL (°)	23°	38,5°	29,5°
Gonion-< (°)	130°	135°	134°
SN-Pg (°)	81°	69,5°	72,5°
PFH/AFH (%)	63 %	53 %	60 %
N-Sna/N-Me (%)	45 %	39 %	44 %
Sna-Me/N-Me (%)	55 %	61 %	56 %

Dentale Analyse

Parameter	Mittelwert	vor Behandlung	nach Behandlung
Interinc.-W. (°)	135	137	134
1-NL (°)	70	67	68
1-NS (°)	77	72	74
1-NA mm	4	6,5	5,5
1-NA (°)	22	29°	26°
1-NB mm	4	6	6,5
1-NB (°)	25	29	28
1-ML (°)	90	86	87

Tab. 1: Kephalometrische Analyse.

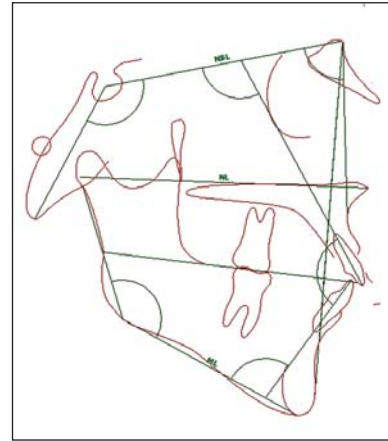


Abb. 14: Kephalometrische Aufnahme nach Behandlungsende; die skelettalen und Weichteilstrukturen in der Vertikalen wurden harmonisiert.

ausgeprägten sagittalen oder vertikalen Diskrepanzen bzw. einer Kombination von beidem die Frage, wie diese erfolgreich behandelt werden können.

Dabei definiert sich das Behandlungsergebnis nicht nur über die letztendlich erreichte Okklusion oder die hergestellte Funktion, sondern muss auch den ästhetisch-kosmetischen Ansprüchen des Patienten gerecht werden. Daher ist es notwendig, die Behandlungsmaßnahmen so abzustimmen, dass sich neben der Korrektur der Okklusion auch ein harmonisches Erscheinungsbild ergibt. Deshalb werden Okklusion, Funktion und Ästhetik in der modernen Kieferorthopädie und hier speziell in der kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Behandlung als gleichwertige Parameter betrachtet. Dies wurde einerseits durch die Optimierung der diagnostischen Mittel, andererseits durch die Weiterentwicklung und zunehmende Erfahrung in der orthopädischen Chirurgie erreicht.

Aufgrund moderner, sicherer und technisch ausgereifter Verfahren, die den Eingriff nur zu einer verhältnismäßig geringen Belastung für den Patienten werden lassen, wird dieser Weg immer häufiger eingeschlagen.

Kontakt

Prof. Dr. med. dent.
Nezar Watted
 Heinestraße 2
 97070 Würzburg
 nezar.watted@gmx.net

Septanest mit Adrenalin 1/100.000 und Septanest mit Adrenalin 1/200.000. Verschreibungspflichtig.

Zusammensetzung:

Arzneilich wirksame Bestandteile: Septanest 1/100.000: 1 ml Injektionslösung enthält 40.000 mg Articainhydrochlorid, 0,018 mg Epinephrinhydrogentartrat (entsprechend 0,010 mg Epinephrin). Septanest 1/200.000: 1 ml Injektionslösung enthält 40.000 mg Articainhydrochlorid, 0,009 mg Epinephrinhydrogentartrat (entsprechend 0,005 mg Epinephrin). Sonstige Bestandteile: Natriummetabisulfit (Ph.Eur.) 0,500 mg (entsprechend 0,335 mg SO₂), Natriumchlorid, Natriumedetat (Ph.Eur.), Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke.

Anwendungsgebiete: Infiltrations- und Leitungsanästhesie bei Eingriffen in der Zahnheilkunde, wie: Einzel- und Mehrfachextraktionen, Trepanationen, Apikalresektionen, Zahnfachresektionen, Pulpektomien, Abtragung von Zysten, Eingriffe am Zahnfleisch.

Hinweis: Dieses Produkt enthält keine Konservierungsstoffe vom Typ PHB-Ester und kann daher Patienten verabreicht werden, von denen bekannt ist, dass sie eine Allergie gegen PHB-Ester oder chemisch ähnliche Substanzen besitzen.

Gegenanzeigen: Septanest mit Adrenalin darf aufgrund des lokalanästhetischen Wirkstoffes Articain nicht angewendet werden bei: bekannter Allergie oder Überempfindlichkeit gegen Articain und andere Lokalanästhetika vom Säureamid-Typ, schweren Störungen des Reizbildungs- oder Reizleitungssystems am Herzen (z.B. AV-Block II. und III. Grades, ausgeprägte Bradykardie), akuter dekompensierter Herzinsuffizienz (akutes Versagen der Herzleitung), schwerer Hypotonie, gleichzeitiger Behandlung mit MAO-Hemmern oder Betablockern, Kindern unter 4 Jahren, zur intravasalen Injektion (Einspritzen in ein Blutgefäß). Aufgrund des Epinephrin (Adrenalin)-Gehaltes darf Septanest mit Adrenalin auch nicht angewendet werden bei Patienten mit: schwerem oder schlecht eingestelltem Diabetes, paroxysmaler Tachykardie oder hochfrequenter absoluter Arrhythmie, schwerer Hypertonie, Kammerwinkelglaukom, Hyperthyreose, Phäochromozytom, sowie bei Anästhesien im Endbereich des Kapillarkreislaufes.

Warnhinweis: Das Arzneimittel darf nicht bei Personen mit einer Allergie oder Überempfindlichkeit gegen Sulfit sowie Personen mit schwerem Asthma bronchiale angewendet werden. Bei diesen Personen kann Septanest mit Adrenalin akute allergische Reaktionen mit anaphylaktischen Symptomen wie Bronchialspasmus auslösen. Das Arzneimittel darf nur mit besonderer Vorsicht angewendet werden bei: Nieren- und Leberinsuffizienz (im Hinblick auf den Metabolisierungs- und Ausscheidungsmechanismus), Angina pectoris, Arteriosklerose, Störungen der Blutgerinnung. Das Produkt soll in der Schwangerschaft und Stillzeit nur nach strenger Nutzen-Risiko-Abwägung eingesetzt werden, da keine ausreichenden Erfahrungen mit der Anwendung bei Schwangeren vorliegen und nicht bekannt ist, ob die Wirkstoffe in die Muttermilch übergehen.

Nebenwirkungen: Toxische Reaktionen (durch anomal hohe Konzentration des Lokalanästhetikums im Blut) können entweder sofort durch unbeabsichtigte intravasculäre Injektion oder verzögert durch echte Überdosierung nach Injektion einer zu hohen Menge der Lösung des Anästhetikums auftreten. Unerwünschte verstärkte Wirkungen und toxische Reaktionen können auch durch Injektion in besonders stark durchblutetes Gewebe eintreten. Zu beobachten sind: Zentralnervöse Symptome: Nervosität, Unruhe, Gähnen, Zittern, Angstzustände, Augenzittern, Sprachstörungen, Kopfschmerzen, Übelkeit, Ohrensausen, Schwindel, tonisch-klonische Krämpfe, Bewusstlosigkeit, Koma. Sobald diese Anzeichen auftreten, müssen rasch korrektive Maßnahmen erfolgen, um eine eventuelle Verschlimmerung zu vermeiden. Respiratorische Symptome: erst hohe, dann niedrige Atemfrequenz, die zu einem Atemstillstand führen kann. Kardiovaskuläre Symptome: Senkung der Kontraktionskraft des Herzmuskels, Senkung der Herzleistung und Abfall des Blutdrucks, ventrikuläre Rhythmusstörungen, pektanginöse Beschwerden, Möglichkeit der Ausbildung eines Schocks, Blässe (Cyanose), Kammerflimmern, Herzstillstand. Selten kommt es zu allergischen Reaktionen gegenüber Articain, Parästhesie, Dysästhesie, Hypästhesie und Störung des Geschmacksempfindens. Besondere Hinweise: Aufgrund des Gehaltes an Sulfit kann es im Einzelfall insbesondere bei Bronchialastmatikern zu Überempfindlichkeitsreaktionen kommen, die sich als Erbrechen, Durchfall, keuchende Atmung, akuter Asthmaanfall, Bewusstseinsstörung oder Schock äußern können. Bei operativer, zahnärztlicher oder großflächiger Anwendung dieses Arzneimittels muss vom Zahnarzt entschieden werden, ob der Patient aktiv am Straßenverkehr teilnehmen oder Maschinen bedienen darf.

Handelsformen: Packung mit 50 Zylinderampullen zu 1,7 ml bzw. 1,0 ml Injektionslösung (Septanest 1/100.000 oder 1/200.000) im Blister.

Pharmazeutischer Unternehmer: Septodont GmbH, 53859 Niederkassel. Stand: 06/2008. Gekürzte Angaben – Vollständige Informationen siehe Fach- bzw. Gebrauchsinformation.

WUSSTEN SIE SCHON?

DIE MARKE SEPTANEST⁽¹⁾ GENIESST WELTWEIT DAS MEISTE VERTRAUEN⁽²⁾ ...

- Septodont ist mit einer Produktion von 500 Millionen Zylinderampullen jährlich – mit einem maßgeblichen Anteil Septanest – Weltmarktführer in der Schmerzkontrolle.
- Jede Sekunde werden weltweit 4 Injektionen mit Septanest verabreicht.
- Septanest ist weltweit in 70 Ländern durch die jeweiligen Gesundheitsbehörden zugelassen.⁽²⁾

... DANK UNSERES EINSATZES FÜR HÖCHSTE QUALITÄT

- Diese weltweite Zulassung von Septanest steht für die konsequente Einhaltung höchster Qualitätsstandards, z. B. des BfArMs, der FDA.
- Zusätzlich zu den übrigen 27 dokumentierten Qualitätskontrollen wird jede einzelne Zylinderampulle vor der Freigabe nochmals visuell überprüft.
- Die Septanest Herstellung schließt eine terminale Sterilisation der Zylinderampulle ein. Dieser Sterilisationsprozess erfüllt die höchsten Sterilitätsanforderungen und entspricht dem Goldstandard der Gesundheitsbehörden.
- Septanest ist 100 % latexfrei und kommt während des gesamten Herstellungsprozesses nie mit Latex in Berührung.

NUTZEN SIE SEPTANEST ZUM VORTEILSPREIS!

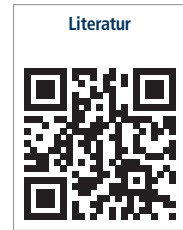
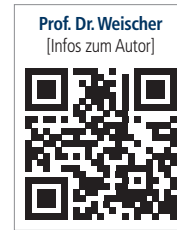
Wenden Sie sich an Ihren Dentalhandelspartner oder direkt an uns: Tel. 02 28/9 71 26-0 info@septodont.de



⁽¹⁾ von allen injizierbaren dentalen Lokalanästhetika

⁽²⁾ Septanest ist in einigen Ländern auch unter dem Namen Septocaine®, Medicaïne® oder Deltazine® erhältlich

Bei geeigneten Bedingungen ist eine Sofortimplantation nach Zahnextraktion ein zeit- und kostensparendes chirurgisches Konzept. Doch nicht immer sind die Voraussetzungen für eine solche Behandlung gegeben. Dass sie in einigen Fällen dennoch funktionieren kann, zeigt folgendes Beispiel einer 62-jährigen Patientin, bei der trotz diverser Beschwerden, u. a. reduziertes Knochenangebot und apikale Osteolyse, eine Sofortinsertion zweier Implantate im Oberkiefer möglich war. Voraussetzung für den Behandlungserfolg ist die strikte Verfolgung von Standardprotokollen, eine entsprechende Patientencompliance, eine hinreichend sichere Implantatprimärstabilität, eine knochenfreundliche Implantatoberfläche sowie eine adäquate Dekontaminierung der Alveole.



Implantatsofortinsertion bei reduziertem Knochenangebot und apikaler Osteolyse

Prof. Dr. Thomas Weischer, Prof. Dr. Dr. Christopher Mohr

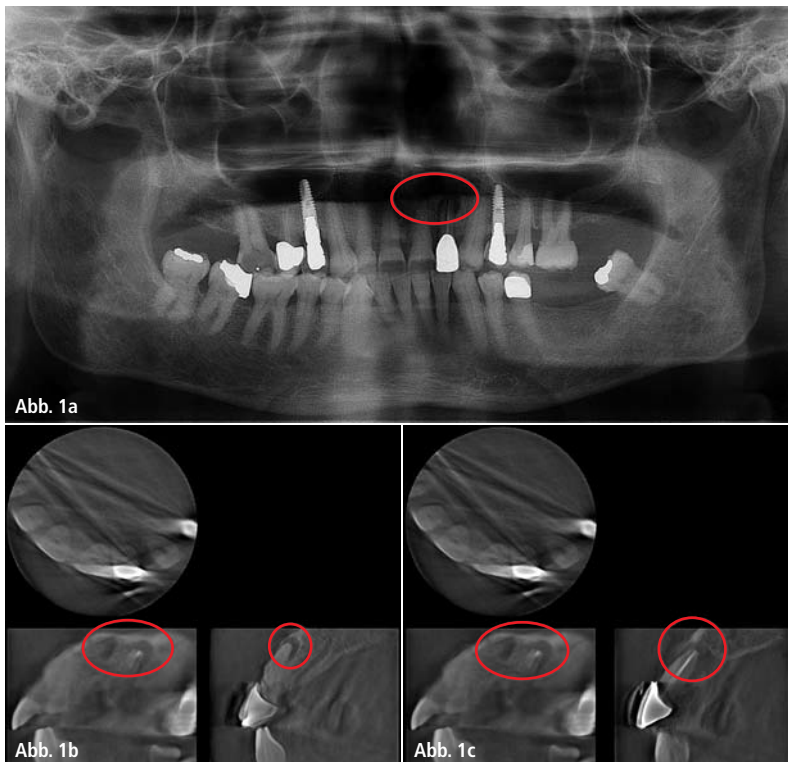


Abb. 1a-c: Ausgangsorthopantomogramm und DVT-Ausschnitte mit deutlichen apikalen Osteolysen an den Zähnen 21 und 22 (rote Markierung).

Zahnentfernungen mit sofortiger Implantatinsertion haben u. a. das Ziel, den Knochen direkt nach der Zahnentfernung zu stimulieren und damit zu konservieren.^{5,6,10} Eine Implantatinsertion auch kurzzeitig nach Zahnextraktion bedeutet in der Regel eine individuell unterschiedlich ausgeprägte Kieferatrophie.^{5,6,9,10} Deshalb scheinen sich Implantatsofortinsertionen gerade bei Patienten anzubieten, bei denen aufgrund eines reduzierteren Knochenangebotes bei einem zweizeitigen Vorgehen eine Implantatinsertion nur in Kombination mit einer größeren und somit aufwendigeren Osteoplastik möglich wäre.^{1,6,8,10,14} Eine Kontraindikation für eine Implantatsofortinsertion schien bisher eine entzündliche Veränderung in der Regio apicalis zu sein.⁵ Zunehmend berichten jedoch Autoren von Implantatsofortinsertionen in Alveolen bei bestehender periapikaler Pathologie an den zu entfernenden Zähnen; einige mit Ergebnissen, die mit Sofortimplantatin-



Abb. 2: Klinischer Ausgangsbefund. Die Patientin hatte eine niedrige Lachlinie entsprechend der Einteilungen nach Kourkouta S.¹¹.

sationen ohne periapikale Pathologie an den zu entfernenden Zähnen vergleichbar sind.^{7,9,12}

Falldarstellung

Im vorliegenden Fall bestand an den nicht erhaltungswürdigen Zähnen 21 und 22 bei einer 69-jährigen Patientin

eine deutliche apikale Osteolyse bei deutlich reduzierten, knöchernen Verhältnissen und Dentophobie, einem insulinpflichtigem Diabetes, einer Penicillinallergie und einer antikoagulativen Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern. Behandlungsziel sollte nach entsprechender Aufklärung über Risiken und Alternativen sein, zur Vermeidung aus-

gedehnter augmentativer Techniken trotz der apikalen Osteolysen und des reduzierten Knochenangebotes Zahnentfernung und Implantatinsertion in einer Sitzung in Lokalanästhesie unter Sedierung durchzuführen. Um das Risiko von infektiösen Keimen, die die Implantateinheilung und kleinere, lokale augmentative Maßnahmen gefährden würden, zu reduzieren, erfolgte die Intervention unter perioperativer, antibiotischer Abdeckung mit Clindamycin 3 x 300 mg. Zusätzlich wurde intraoperativ nach Exkochleation der Alveole eine Dekontamination der Alveolen mit dem Diodenlaser (HELBO Photodynamic Systems GmbH, Walldorf, Deutschland) im Sinne einer antimikrobiellen Photodynamischen Therapie (aPDT) durchgeführt. Durch die Verwendung des Photosensitizers HELBO® Blue (HELBO Photodynamic Systems GmbH, Walldorf, Deutschland) bestand die Möglichkeit, auch die Regionen in der

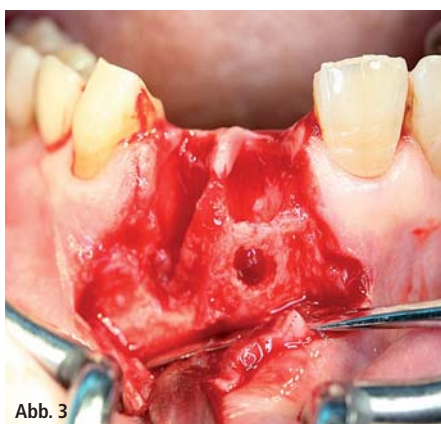


Abb. 3

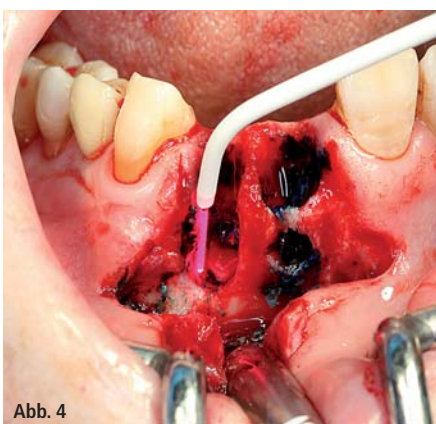


Abb. 4

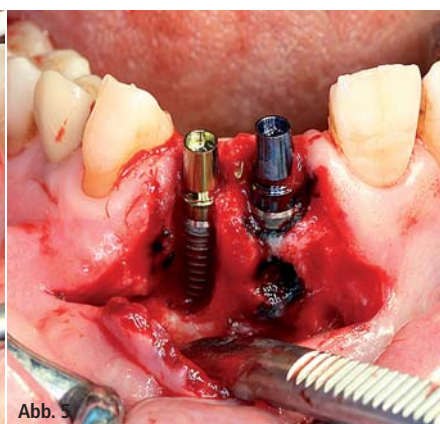


Abb. 5

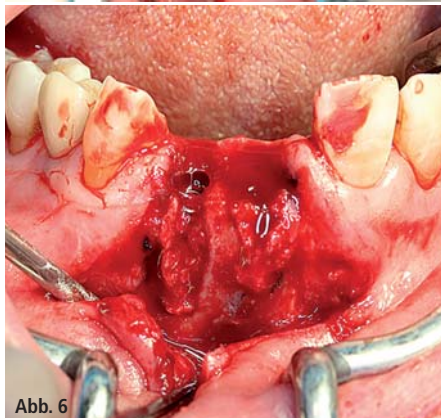


Abb. 6

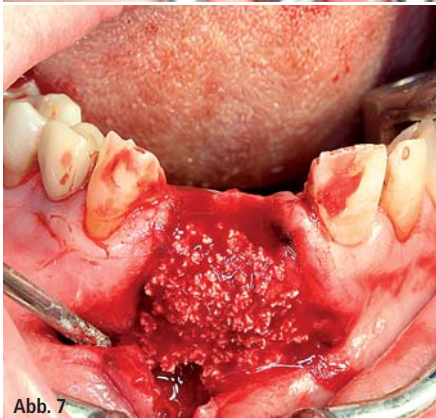


Abb. 7



Abb. 8

Abb. 3: Zustand nach Entfernung der Zähne 21 und 22. Ausgedehnter knöcherner Defekt Regio 21 und 22. – **Abb. 4:** Applikation und Aktivierung von HELBO® Blue-Lösung (HELBO Photodynamic Systems GmbH, Walldorf, Deutschland) über einen Diodenlaser in die Alveolen 21 und 22 nach Exkochleation mit dem scharfen Löffel. Hierdurch sollen auch die Bereiche erreicht werden, in die der scharfe Löffel ggf. nicht vorgedrungen ist. – **Abb. 5:** Primär stabile Insertion von zwei XiVe-Implantaten (DENTSPLY Implants, Mannheim, Deutschland), Regio 21 (4,5/13 mm) und 22 (3,8/15 mm) trotz sehr reduzierter knöcherner Verhältnisse. Großflächig freiliegende Friadent-plus-Implantatoberfläche. – **Abb. 6:** Abdeckung der gesamten, primär nicht knöchern bedeckten Implantatoberfläche mit autologem Knochen, der aus der Region gewonnen worden ist. – **Abb. 7:** Abdeckung des knöchernen Augmentats mit Knochensatzmaterial (NanoBone, Artoss GmbH, Rostock, Deutschland) als Resorptionsschutz. – **Abb. 8:** Applikation einer RESORBA Membran (RESORBA Medical GmbH, Nürnberg, Deutschland) im Sinne einer Guided-Bone Regeneration.



Abb. 9



Abb. 10



Abb. 11a



Abb. 11b



Abb. 12a



Abb. 12b

Abb. 9: Orthopantomogramm – Zustand direkt nach Implantatinserterion. – **Abb. 10:** Zustand nach Implantatfreilegung, Applikation von Gingivaformern und submuköser Vestibulumplastik im Frontbereich, sodass eine schmale Zone fixierter Gingiva gewonnen werden konnte. – **Abb. 11a und b:** Orthopantomogramm und klinische Situation nach Eingliederung der verblockten und verschraubten Suprastruktur. Korrekte, spaltfreie Platzierung des Zahnersatzes (Zahntechniker M. Gaida, GOR-Zahntechnik, Essen). Trotz schwierigster Verhältnisse kosmetisch und funktionell suffizientes Ergebnis bei begrenztem operativen Aufwand. – **Abb. 12a und b:** Orthopantomogramm und klinische Situation ein Jahr nach Prothetikeingliederung. Reizlose klinische Verhältnisse bei unauffälligem peri-implantären Knochenabbau.

Alveole zu dekontaminieren, die nicht oder schlecht durch die mechanische Exkochleation gereinigt werden konnten.^{2-4,13} Anschließend erfolgte primär stabil trotz sehr reduzierter, knöcherner Verhältnisse die Insertion von zwei XiVE-Implantaten (DENTSPLY Implants, Mannheim, Deutschland) sowie lokale, augmentative Maßnahmen.

Zusammenfassung

Im vorliegenden Fall gelang es, trotz schwierigster Ausgangslage (Dentophobie, insulinpflichtiger Diabetes, antikoagulative Therapie, reduziertes Knochenangebot, apikale Osteolyse) unter Verwendung eines Kompressionsimplantates und unter Hinzuziehung der

aPDT in Kombination mit einer perioperativen Antibiose sowie lokalen augmentativen Maßnahmen, die Patientin hinreichend prothetisch im weicheren, knöchernen Lager des Oberkiefers zu versorgen. Voraussetzung für den Behandlungserfolg in solchen Fällen ist nach Einschätzung der Autoren bei Verfolgung von Standardprotokollen eine entsprechende Patientencompliance, eine hinreichend sichere Implantatprimärstabilität (eben auch bei reduzierten knöchernen Verhältnissen), eine knochenfreundliche Implantatoberfläche sowie eine adäquate Dekontaminierung der Alveole. Eine ausführliche Risikoaufklärung einschließlich der Darstellung möglicher Alternativen mit pro und contra ist zwingend. Trotz des günstigen Be-

handlungsergebnisses muss bei Vorliegen deutlich reduzierter knöcherner Verhältnisse und einer apikalen Pathologie nach Auffassung der Autoren im individuellen Fall weiterhin individuell abgewogen werden, ob sich ein einzeitiges Vorgehen oder ein in der Regel sicheres zweizeitiges Vorgehen anbietet.¹⁰

Kontakt

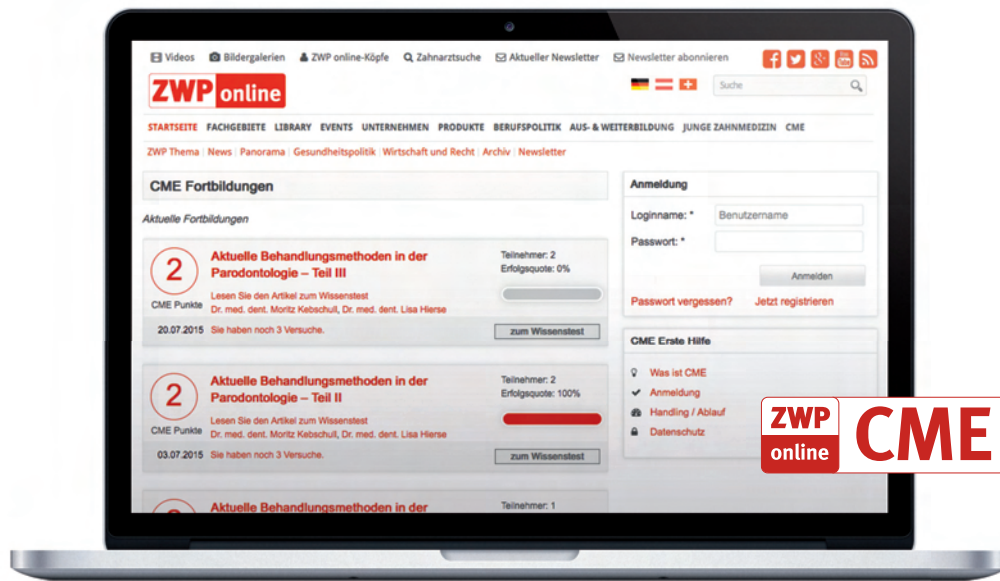
Prof. Dr. Thomas Weischer

Univ.-Klinik für MKG-Chirurgie, plastische Operationen
(Dir.: Prof. Dr. Dr. Ch. Mohr)
Kliniken Essen-Mitte
Henricistr. 92
45136 Essen
t.weischer@kliniken-essen-mitte.de

CME-Fortbildung auf ZWP online –



Praxisnah, kostenlos & zertifiziert



Registrieren/Anmelden



Wissenstest wählen



Fragen richtig beantworten



Zertifikat ausdrucken



Mehr Informationen

www.zwp-online.info/cme

FINDEN STATT SUCHEN

ZWP online

Dieser anspruchsvolle Fall erforderte eine präzise Evaluierung der verschiedenen alternativen Ansätze sowie eine klinische Entscheidungsfindung vor Festlegung der definitiven Therapie. Ein chirurgischer Ansatz hätte die Extraktion der Zähne 11, 12 und 21 sowie die Eukleation der Zyste mit anschließender Knochentransplantation zur Füllung des Hohlraums bedeutet (Abb. 1). Dies hätte dann die Insertion eines oder zweier zusätzlicher Implantate und die Versorgung mit entweder drei einzelnen implantatgetragenen Kronen oder einer implantatgestützten dreigliedrigen Brücke erfordert.

Ein anspruchsvoller multi-disziplinärer Behandlungsansatz

Ersatz eines nicht erhaltungsfähigen Schneidezahns im Oberkiefer

Dr. Michael R. Norton

Der chirurgische Ansatz wurde als zu traumatisch eingestuft und hätte zu einem umfangreichen Gewebeverlust geführt, was ein gutes ästhetisches

Ergebnis erschwert hätte. Für den relativ jungen Patienten hätte das auch den Verlust von drei seiner vier Schneidezähne und damit ein psy-

chisches Trauma bedeutet. Stattdessen wurde eine endodontische Therapie gewählt, um die Zyste auszuheilen und dadurch die Zähne, die Kieferkamm-

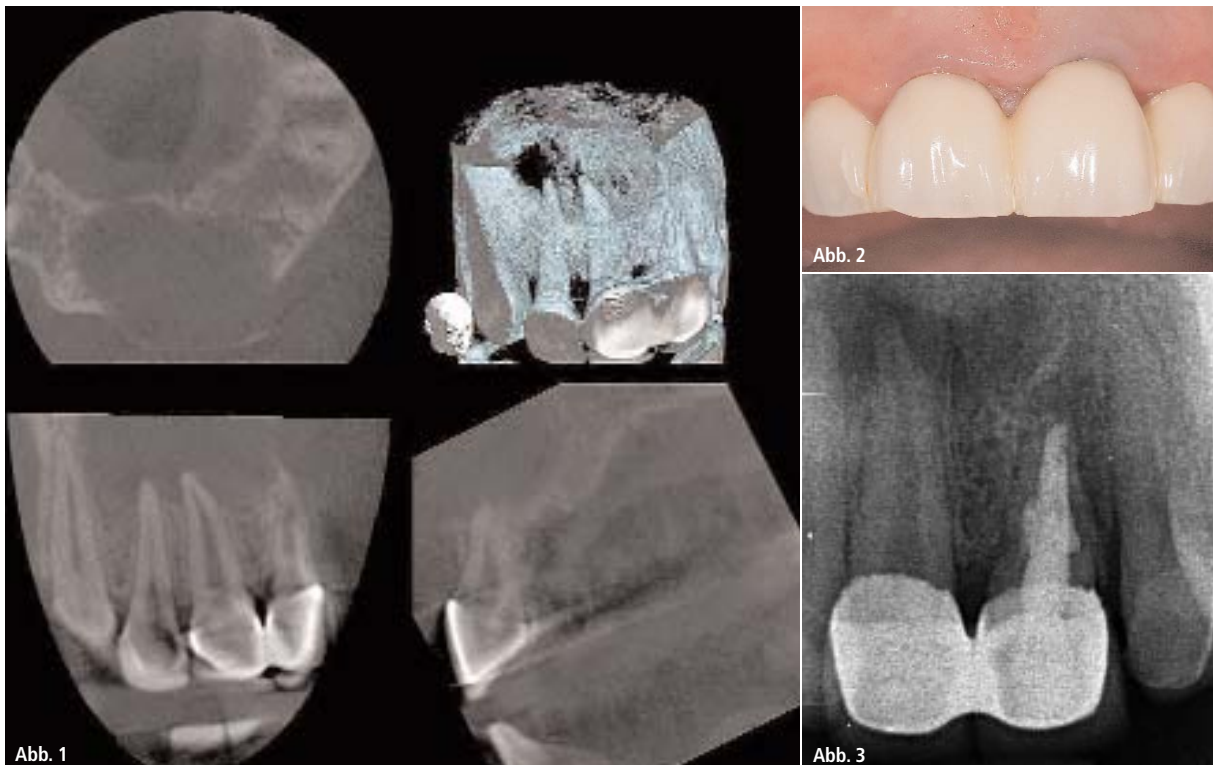


Abb. 1: Ausgangssituation. – Abb. 2: Klinische Situation und ... – Abb. 3: ... Röntgensituation vor der Behandlung.

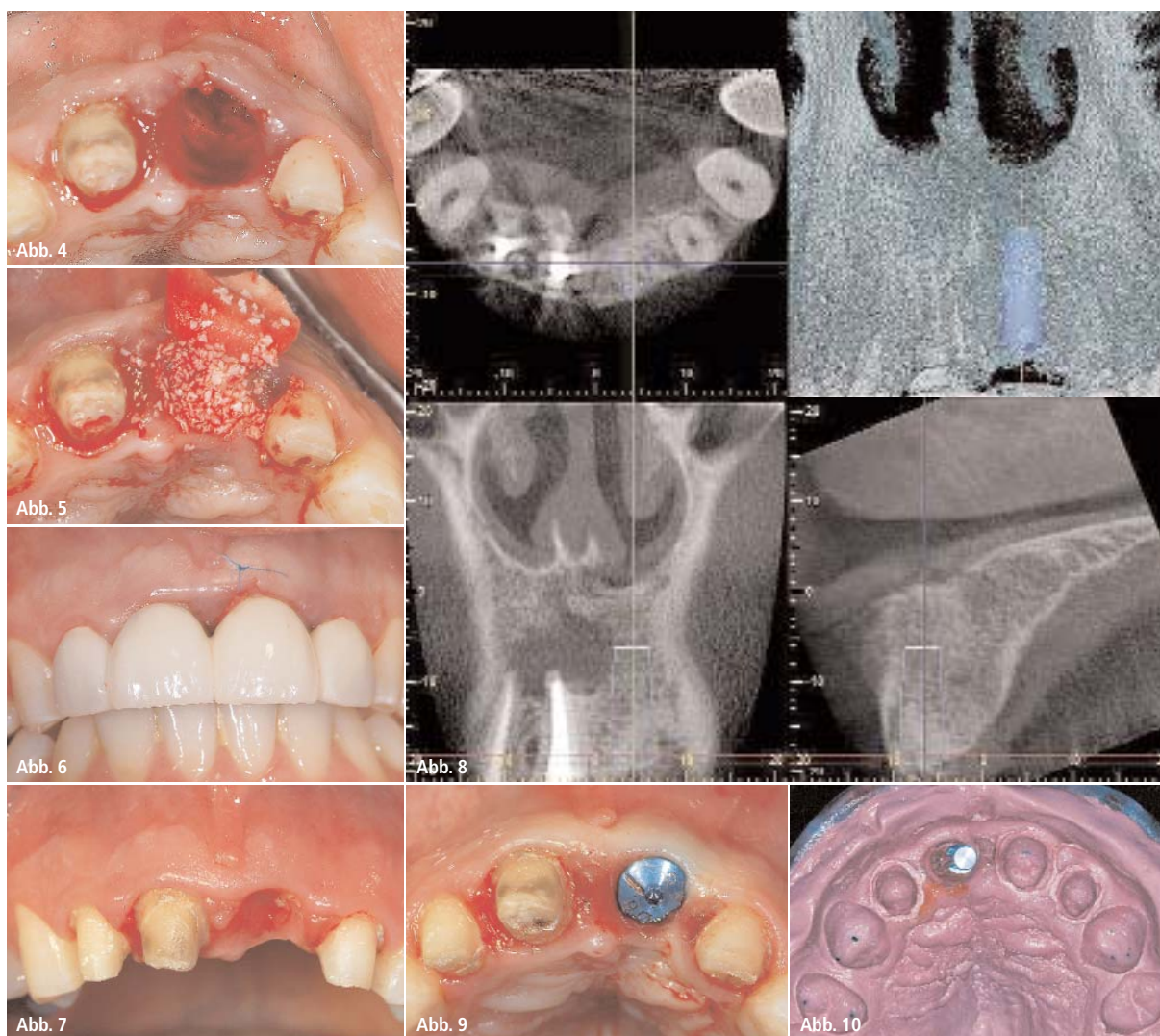


Abb. 4: Extraktionsalveole von Zahn 21. – **Abb. 5:** Alveolenaugmentation in Regio 21. – **Abb. 6:** Provisorische Versorgung. – **Abb. 7:** Gesunde Weichgewebedingungen ein Jahr nach Transplantation. – **Abb. 8:** Virtuelle Platzierung eines 4,8 mm x 13 mm OsseoSpeed-EV-Implantats. – **Abb. 9:** Implantatinsertion in Regio 21, abgedeckt mit HealDesign-EV 4,8. – **Abb. 10:** Implantat-Abdruckpfosten-EV 4,8 und Implantatanalog-EV 4,8 in der Polyetherabformung.

form und auch die interdentalen Papillengewebe zu erhalten. Die initiale Ansicht der verblockten Kronen an 11 und 21 zeigte entzündetes parodontales Weichgewebe (Abb. 2). Eine präoperative Röntgenaufnahme ergab eine Resorption der Zahnwurzel 21 mit einer apikalen Aufhellung an 11 (Abb. 3). Nach der Extraktion von Zahn 21 war die Resorption der bukkalen Knochenplatte zu sehen (Abb. 4). Deshalb wurde eine Alveolenaugmentation mit Knochenersatzmaterial und Abdeckung mit einer Membran durchgeführt (Abb. 5). Die Wunde wurde vernäht und eine laborgefertigte dreigliedrige provisorische Versorgung eingliedert (Abb. 6).

Es folgte eine Einheilphase des Transplantats von einem Jahr, um die Aus-

heilung der radikulären Zyste zu ermöglichen. Nach Ablauf dieser Zeitspanne präsentierten sich die Weichgewebe in gesundem Zustand (Abb. 7). Abbildung 8 zeigt die virtuelle Platzierung eines 4,8 mm x 13 mm OsseoSpeed-

EV-Implantats in der Darstellung durch eine Cone-Beam Computertomografie (CBCT-Scan) mit der SIMPLANT-Software.

Das Implantat wurde ohne Aufklappung (flapless) inseriert und ein HealDesign-

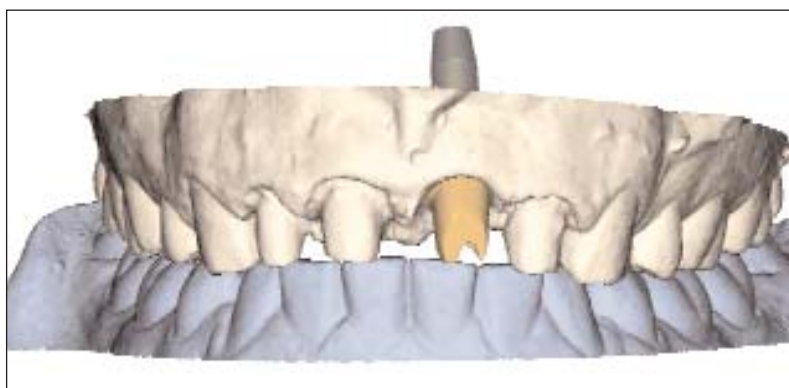


Abb. 11: Virtuelles Design eines ATLANTIS-Abutments.



Abb. 12: ATLANTIS-Abutment im Gipsmodell mit Gingivamaske. – **Abb. 13:** Definitive vollkeramische Lithium-Disilikat-Einzelkronen. – **Abb. 14:** Titanitrid-beschichtetes ATLANTIS-Abutment in situ. – **Abb. 15:** Faziale Ansicht der definitiven Restauration. – **Abb. 16:** Okklusale Ansicht.

EV-Abutment 4,8 Ø 6,5 mm eingesetzt, um die transmukosale Einheilung zu unterstützen (Abb. 9). Nach der Abdrucknahme waren der Implantat-Abdruckpfosten-EV 4,8 und das Implantatanalog-EV 4,8 in der Polyetherabformung zu sehen (Abb. 10). Es wurde ein Gipsmodell angefertigt und gescannt. Diese Daten wurden in die ATLANTIS-VAD-Software übertragen. Das virtuelle Design eines titanitridbeschichteten goldfarbenen ATLANTIS-Abutments wird in Abbildung 11 gezeigt. Dieses wurde mit einer Gingivamaske in das Modell gesetzt, und es erfolgte die Herstellung der definitiven vollkeramischen Lithium-Disilikat-Einzelkronen (IPS e.max) (Abb. 12 und 13). Das Abutment wurde eingesetzt und die Abutmentschraube mit 25 Ncm angezogen (Abb. 14). Die Abbildungen 15 und 16 zeigen die faziale

und okklusale Ansicht der definitiven Restauration bei der Eingliederung mit Vollkeramikronen auf den Zähnen 12, 11, 21 und 22.

Ein zum gleichen Zeitpunkt aufgenommenes Röntgenbild zeigte eine hervorragende Passform der Restauration mit stabilem marginales Knochenniveau (Abb. 17). Sechs Monate nach Eingliederung der Kronen ergab eine Nachkontrolluntersuchung des Patienten einen ausgezeichneten Zustand der periimplantären Gewebe (Abb. 18).

Zusammenfassung

Patient

Ein 30-jähriger Patient wurde zum Ersatz eines nicht erhaltungsfähigen linken oberen mittleren Schneidezahns überwiesen, der im Alter von elf Jahren

ausgeschlagen und reimplantiert worden war.

Herausforderung

Auch die beiderseits angrenzenden Schneidezähne waren bei dem Trauma geschädigt worden. Der Patient stellte sich mit einer großen periapikalen radikulären Zyste vor, die eine endodontische Behandlung der Zähne 11 und 12 erforderte.

Behandlung

Zahn 21 wurde durch ein 4,8 mm x 13 mm Osseo-Speed-EV-Implantat unter Verwendung eines einzeitigen transmukosalen Protokolls mit HealDesign-EV ersetzt. Das Implantat wurde mit einem patientenindividuellen ATLANTIS-CAD/CAM-Abutment (computergestützte Konstruktion und Fertigung) und einer IPS e.max-Krone definitiv versorgt, zusammen mit konventionellen IPS e.max-Kronen auf den Zähnen 12, 11 und 22.



Abb. 17



Abb. 18

Abb. 17: Röntgenaufnahme bei Behandlungsabschluss. – **Abb. 18:** Hervorragender Zustand der periimplantären Gewebe sechs Monate nach Eingliederung der definitiven Restauration.

Kontakt

Dr. Michael R. Norton
Implant Reconstructive Dentistry
London, Großbritannien
www.nortonimplants.com

2. Giornate Romane

Implantologie ohne Grenzen

19./20. Juni 2015

Rom/Italien | Sapienza Università di Roma

19./20.
Juni 2015

Veranstalter/Organisation

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

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. Mauro Marincola/Rom
Prof. Dr. Andrea Cicconetti/Rom



VIDEO
Giornate Romane 2013



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



Faxantwort: 0341 48474-290

Bitte senden Sie mir das Programm zum Kongress
Giornate Romane – Implantologie ohne Grenzen
am 19./20. Juni 2015 in Rom/Italien zu.

Titel | Vorname | Name

E-Mail-Adresse (bitte angeben)

Praxisstempel

Planmeca

Lösungen für den digitalen Workflow

Der finnische Dentalgerätehersteller Planmeca präsentiert auf der IDS das Herzstück für die digitale Praxis: die Romexis Software. Sie vernetzt alle digitalen Behandlungseinheiten, 2-D- und 3-D-Bildgebungsgeräte sowie CAD/CAM-Lösungen.

Mit der ProMax 3-D-Familie zeigt das Unternehmen in Halle 11.1, Stand G010/H011/H030 All-in-One-Geräte für alle

maxillofazialen Bildgebungsbedürfnisse, die zudem einen späteren technologischen Ausbau ermöglichen. Die 3 x 3-D-Kombination der ProMax-Geräte vereint drei verschiedene Arten dreidimensionaler Bildgebung: digitale Volumentomografie (DVT), 3-D-Gesichtsfoto und 3-D-Oberflächen-scan. Ein Highlight der DVT-Geräte ist der Ultra-Low-Dose-Modus. Damit kann die

effektive Patientendosis für eine 3-D-Vollschädelaufnahme auf bis zu 14,4 µSv reduziert werden. Neben Behandlungseinheiten in preisgekröntem Design stellt der Dentalgerätehersteller auch die offene Planmeca CAD/CAM-Lösung vor. Sie bietet einen vollständig integrierten und digitalen Workflow in drei einfachen Schritten: Scan, Design, Fertigung. Besucher dürfen gespannt sein auf die innovativen Komponenten, darunter den PlanScan Lab, einen hochwertigen Scanner für Gipsmodelle, PlanCAD Premium, die Design-Software für prothetische Restaurationen, und PlanMill 50, die neue 5-Achs-Fräseinheit für präzise und zuverlässige Resultate.



Planmeca Vertriebs GmbH
 Tel.: 0521 560665-0
www.planmeca.de
 IDS-Stand: 11.1, G010/H011/H030



Sunstar

Zahn raus und nun?

Um die Atrophie des Alveolarkamms nach Zahnextraktion zu limitieren, kommen nebst einer schonenden Zahnentfernung Verfahren zur Anwendung, bei welchen die Alveole mit Knochen oder Knochenersatzmaterialien befüllt werden („Socket Preservation“). Im Zentrum stehen dabei einfache und sichere Maßnahmen mit einer minimalen Patientenbelastung.

Die alloplastischen Knochenaufbaumaterialien GUIDOR® easy-graft® CLASSIC (β-TCP, vollständig resorbierbar) und GUIDOR® easy-graft® CRYSTAL (60% HA/40% β-TCP, teilresorbierbar) sind besonders geeignet für den Kammerhalt nach Zahnextraktion. Nach einem gründlichen Reinigen und Vorbereiten der entzündungsfreien Alveole kann das pastöse Material direkt aus der Spritze eingebracht werden. Ein flächiges Komprimieren stellt einen engen Kontakt zwischen Knochenträger und Aufbaumaterial sicher. Die Granulate sind druckstabil und splintern nicht.

Das poröse Knochenaufbaumaterial eignet sich zur membranfreien Socket Preservation. In Kontakt mit Blut härtet es in der Alveole zu einem festen Körper aus. Ein Annähern der Wundränder genügt, ein dichter Wundverschluss ist in vielen Fällen nicht nötig. Das Material heilt offen ein. Membranfreie Techniken haben den Vorteil,

dass eine Lappenbildung, welche invasiv und mit einer Knochenresorption verbunden ist, entfällt.

Sunstar Deutschland GmbH
 Tel.: 07673 885-10855
www.easy-graft.com
 IDS-Stand: 11.3, K030-L039



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

Argon Dental/SAMSUNG-ray

Leistungsstarke Röntgentechnologie

Samsung, nicht nur Weltmarktführer für Consumer Electronics, sondern auch einer der größten Röntgenhersteller, präsentiert mit seiner Marke RAY-SCAN moderne DVT- und Panorama-Technologie jetzt auch auf dem deutschen Markt. Das mehrfach preisgekrönte Alpha 3D überzeugte bereits Zahnmediziner in Asien und Nordamerika. Das DVT-Volumen von 9x9 cm und die vollwertige OPG-Funktion erfüllen die diagnostischen Anforderungen anspruchsvoller implantologischer Praxen. Die einfache, jederzeit mögliche Nachrüstbarkeit des OPG zu DVT und/oder FRS mit Scan-Funktion oder One-Shot-Technologie gewährleistet die Nachhaltigkeit der Investition.



Neben diesen technischen Eigenschaften zeichnet sich das Gerät durch eine elegante Form, einer intuitiven Bedienbarkeit mit Fernbedienung sowie Panel-Steuerung aus. Die innovative und herstellerunabhängige Software reveal gewährleistet als Exklusivpartner von Samsung die Integration in jedes Praxisnetzwerk. Übernahmen von bestehenden Bilddaten sind ebenso möglich wie die Anbindung bestehender bildgebender Systeme.

Argon Dental/SAMSUNG-ray
samsung@ray-scan.de
www.ray-scan.de
IDS-Stand: 3.1, H010

Dentaurum Implants

Flexibilität trifft auf Effizienz

Der neu entwickelte Instrumentensatz des tioLogic® ADVANCED Chirurgie-Trays bietet maximale Flexibilität während der Aufbereitung des Implantatbetts bei gleichzeitiger Reduktion der Instrumentenvielfalt. So ermöglicht das Bohrprotokoll der Instrumente eine speziell auf die Knochenqualität abgestimmte atraumatische Aufbereitung und eine individuelle Regulierung der Bohrtiefe zur Erreichung maximaler Primärstabilität. Sämtliche Aufbereitungsinstrumente des Chirurgie-Trays sind sowohl auf die Insertion der tioLogic® als auch der tioLogic® ST Implantate abgestimmt. Für das tioLogic® ST Implantat wurde das patentierte Makro- und Mikrodesign der tioLogic® Implantate unter biomechanischen



Aspekten weiterentwickelt. Die neue selbstschneidende Gewindegeometrie ermöglicht eine schnelle und atraumatische Implantatinsertion bei konstantem Insertionsdrehmoment. Das ST 7.0mm Implantat erweitert das Indikationsspektrum bei reduziertem vertikalen Knochenangebot. Die weiterentwickelten Implantate sind mit den bestehenden prothetischen Aufbauhinlinien der tioLogic® Implantate kompatibel und fügen sich optimal in das bewährte tioLogic®-Produktprogramm ein.



Dentaurum Implants GmbH
Tel.: 07231 803-560
www.dentaurum-implants.de
IDS-Stand: 10.1, E010-F011



Septodont

Lokalanästhetika für die tägliche Praxis

Die Infiltrationsanästhesie und die Leitungsanästhesie gehören zu den häufigsten in der Zahnarztpraxis vorkommenden Behandlungen. Dem Behandler stehen verschiedene Techniken zur Verabreichung von Lokalanästhetika für den Anästhesieerfolg zur Verfügung. Maßgebend ist aber auch die Berücksichtigung des Patienten als Individuum. Risikopatienten, junge, ältere und erkrankte Patienten sowie Patienten mit Einschränkungen bedürfen der Berücksichtigung der zu verabreichenden Menge bzw. des Wirkstoffes. Septodont ist weltweit mit einer Produktion von 500 Millionen Zylinderampullen jährlich der führende Anbieter in der zahnärztlichen Lokalanästhesie. Septanest ist in 70 Ländern durch die jeweiligen Gesundheitsbehörden zugelassen, insbesondere auch durch die als besonders kritisch geltende amerikanische Zulassungsbehörde FDA. Der Herstellungsprozess der Lokalanästhetika ist die Expertise von Septodont. Zusätz-

lich zu Septanest mit dem bewährten Wirkstoff Articain, bietet das Unternehmen in Deutschland Xylonor 2% Special mit dem Wirkstoff Lidocain und Scandonest 3% ohne Vasokonstriktor mit dem Wirkstoff Mepivacain an. Mehr Infos zur Herstellung auf YouTube, Stichwort „Lokalanästhetika von Septodont“.



Septodont GmbH
Tel.: 0228 97126-0
www.septodont.de
IDS-Stand: 11.2, L010-M011



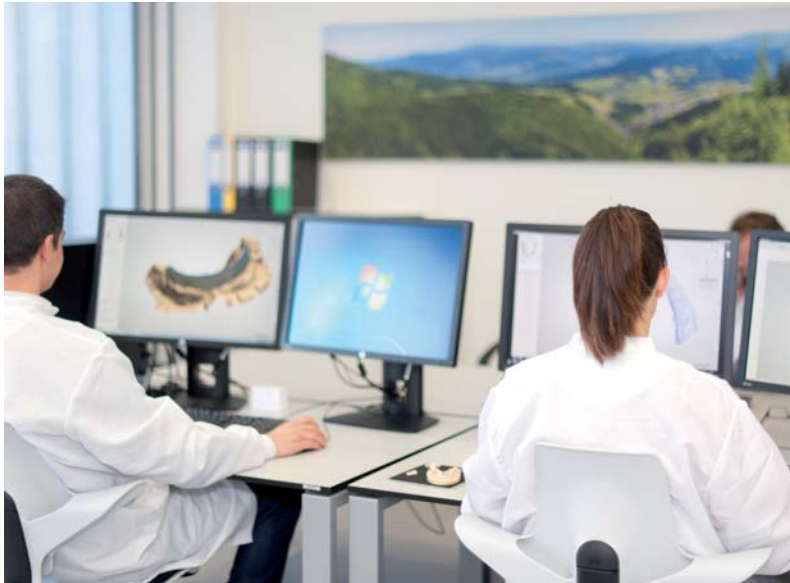
CAMLOG

Service für **digital** gefertigten **Zahnersatz**

CAMLOG hat im Produktbereich DEDI-CAM einen Scan & Design Service geschaffen. Zahntechniker, die noch keine CAD-Einrichtung installiert haben, können damit ebenfalls von den Vorteilen digital gefertigten Zahnersatzes profitieren. Der

Scan & Design Service konstruiert hochwertige individuelle Implantat- und Perio-prothetik zu einem attraktiven Preis-Leistungs-Verhältnis und bietet einen umfangreichen Service direkt am Standort in Wimsheim.

Anwender nutzen das Know-how des technischen Service und alle Möglichkeiten einer digital designten Konstruktion (CAD) mit anschließender industrieller Fertigung (CAM). Ohne zusätzliche Investitionen profitieren sie von neuen Fertigungstechnologien und nehmen an der Entwicklung der Branche teil. Die klassisch geplanten Rekonstruktionen werden anhand eingesendeter Unterlagen digitalisiert. In enger Abstimmung mit den Kunden wird das Geplante in computerbasierte 3-D-Konstruktionen übertragen. Der finale Designvorschlag wird nach Kundenfreigabe in der Fertigung umgesetzt. Auf diesem Wege haben Nutzer Zugriff auf die gesamte Palette der angebotenen Materialien und Konstruktionen innerhalb der Produktparte DEDICAM.



CAMLOG Vertriebs GmbH
Tel.: 07044 9445-0
www.camlog.de
IDS-Stand: 11.3, A010–B019, B010–C019

mectron

Schmerzfremde und computergesteuerte **Anästhesie**

mectron Deutschland Vertriebs GmbH hat den exklusiven Vertrieb für das STA-System/TheWand übernommen. STA ist die schmerzfreie Technik für die Anästhesie: Im Gegensatz zur herkömmlichen Betäubung mit der Spritze kommt eine Technologie zum Einsatz, die eine sichere und kontrollierte Injektion erlaubt. Klassische Anästhesietechniken können so für den Patienten schonender und bisher komplizierte Techniken wie die Intraligamentäre Anästhesie für den Zahnarzt ungleich einfacher durchgeführt werden.

Dabei erfolgt die Abgabe des Anästhetikums computergesteuert – und zwar exakt vom Zeitpunkt des Einstichs an. Durch akustische und optische Signale erhält der Benutzer jederzeit Rückmeldung über die korrekte Positionierung der Nadel. Die Behandlung ist komplett schmerzfrei und es wird nur der zu behandelnde Zahn betäubt.



Für den Zahnarzt entstehen weitere Vorteile durch den neuen Vertriebspartner mectron: in Deutschland vor allem für die Methode PIEZOSURGERY® bekannt, steht das Unternehmen für Dentalgeräte, besonders im Bereich der Ultraschall- und Polymerisations-Technologie.

Dank langjähriger Erfahrung, professionellen Außendienstmitarbeitern und einem kompetenten Reparatur- und Service-Team kann auf jeden Kundenwunsch sofort reagiert werden. Dies beinhaltet beispielweise eine garantierte Reparatur innerhalb von 24 Stunden und die kostenlose Leihstellung eines Ersatzgerätes.

mectron Deutschland
Vertriebs GmbH
Tel.: 0221 492015-0
www.mectron.de
IDS-Stand: 10.2, 0040–P041

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

Dentegris Deutschland

Implantate made in Germany auf der IDS 2015

In wenigen Wochen wird die Messe Köln wieder zum Nabel der dentalen Welt! Vom 10. bis 14. März wird dort die 36. Internationale Dental-Schau stattfinden, die jedem in der Dentalbranche tätigen Menschen als IDS bekannt sein dürfte und von Zahnärzten, Zahn Technikern, zahnmedizinischem Personal und Dentalindustrie gleichermaßen mit Spannung erwartet wird.

Besuchen Sie uns auf der :



**Halle 11.2
Stand-Nr. P-050**



Dentegris
[Infos zum Unternehmen]



Nirgendwo sonst gibt es eine solche Informationsdichte über dentale Trends, Technologien und Produktneuheiten, werden so viele Kontakte geknüpft, gibt es einen solch geballten Wissenstransfer. Die Implantologie ist weltweit immer noch ein beachtenswerter Wachstumsmotor innerhalb der zahnärztlich-chirurgischen Disziplinen und wird sich dort dementsprechend eindrucksvoll und breit gefächert präsentieren. Dentegris vertreibt seine Produkte bereits weltweit in über 25 Ländern und wird, als Komplettanbieter von Dentalimplantaten made in Germany und dem großen Produktportfolio im Bereich der Knochen- und Weichgewebsregeneration, auch auf der IDS 2015 wieder vertreten sein. Das ganze Dentegris-Team freut sich jetzt schon darauf, viele Kunden zu begrüßen und neue, spannende Kontakte mit dem In- und Ausland zu knüpfen. Dentegris ist in Halle 11.2 zu finden, direkt gegenüber der BZÄK.

Dentegris Deutschland GmbH
Tel.: 02841 88271-0
www.dentegris.de
IDS-Stand: 11.2, P050

NSK

45-Grad-Winkelstück für die Chirurgie

Das weltweit erste 45-Grad-Winkelstück aus dem Hause NSK ist nun auch als Z-SG45 mit externer Kühlung für den chirurgischen Einsatz erhältlich. Ti-Max Z-SG45 erleichtert signifikant den Zugang zu schwer erreichbaren Molaren oder anderen Mundregionen, in denen ein Standard-Winkelstück an seine Grenzen gelangt. Durch seine schlanke Formgebung bietet es eine ausgezeichnete Sicht und großen Behandlungsfreiraum, da es mehr Raum zwischen dem Instrument und den benachbarten Zähnen lässt. Die kräftige, gleichbleibende Schneidleistung mit seiner 1:3-Übersetzung und einer maximalen Drehzahl von 120.000/min verkürzt im Vergleich zu Standard-Winkelstücken die Behandlungszeiten beim zeitaufwendigen Sektionieren oder bei der Extraktion von Weisheitszähnen, wodurch Stress sowohl für den Behandler als auch für den Patienten spürbar verringert



wird. Die neue DURAGRIP-Beschichtung erzeugt einen optimalen Grip für den Behandler, sodass auch komplexe Eingriffe jederzeit mit größtmöglicher Sicherheit durchgeführt werden können. Gleichzeitig erhöht die resistente DURAGRIP-Oberfläche die Widerstandsfähigkeit gegen Kratzer und sorgt so für einen optimalen Werterhalt des Instruments. Das Winkelstück ist sowohl mit (Z-SG45L) als auch ohne Licht (Z-SG45) erhältlich und kann somit an allen Chirurgieeinheiten betrieben werden.

NSK Europe GmbH
Tel.: 06196 77606-0
www.nsk-europe.de
IDS-Stand: 11.1, D030-E039

NSK
[Infos zum Unternehmen]



W&H

Minimal invasiv, maximal effektiv

Minimalinvasive Verfahren mit geringerer Schmerzbelastung des Patienten und eine kürzere Heilungsphase stehen im Fokus aktueller Entwicklungen. Im Bereich der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG) sowie in der Implantologie hält die Piezotechnologie seit mehr als einem Jahrzehnt verstärkt Einzug. Höchste Präzision in der chirurgischen Anwendung und eine schonendere Behandlung für den Patienten sind nur einige Vorteile dieser modernen Antriebstechnik. Mit dem Piezomed gelingt es W&H, moderne Ultraschalltechnologie selbst für schwierige Aufgaben in der Knochenchirurgie einzusetzen. Hochfrequente Mikrovibrationen ermöglichen hochpräzise Schnitte und sorgen durch den sogenannten Kavitationseffekt für ein nahezu blutfreies Operationsfeld und beste Sicht auf die Behandlungsstelle. Die patentierte automatische Instrumentenerkennung bietet höchste Sicherheit in der Bedienung. Piezomed erkennt das Instrument beim Einsetzen und

stellt automatisch die richtige Leistungsgruppe ein. Damit wird das Risiko der Instrumentenüberlastung deutlich verringert. Ausgestattet mit einer multifunktionalen Fußsteuerung sorgt das Chirurgiegerät für Bewegungsfreiheit der Hände. So wird der Chirurg bei seiner täglichen Arbeit optimal unterstützt.

W&H Deutschland GmbH
Tel.: 08682 8967-0
www.wh.com
IDS-Stand: 10.1,
C010-D011

W&H
[Infos zum Unternehmen]




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



Indikationsbeschreibung für die Regelfallversorgung in der Implantologie

Konsensuskonferenz Implantologie



Die Konsensuskonferenz Implantologie (KKI) hat am 7.10.2014 die Beschreibung der Indikationsklassen in der Implantologie an die zwischenzeitliche Entwicklung des Fachgebiets angepasst. Die Indikationsklassen waren erstmals 1994 beschrieben und am 5.6.2002 fortgeschrieben worden.

Medizinische Indikation dentaler Implantate

Die optimale Therapie des Zahnverlustes ist grundsätzlich der Ersatz jedes einzelnen Zahnes durch ein Implantat. Aus anatomischen Gründen ist der Zahn 8 eines Quadranten in der Regel nicht zu ersetzen. Die Notwendigkeit des Ersatzes des 7. Zahnes ist individuell kritisch zu würdigen.

Die optimale Therapie kann aus verschiedensten Gründen (insbesondere

anatomischen, aber auch wirtschaftlichen) nicht immer durchgeführt werden. Um dem behandelnden Zahnarzt für den Normalfall eine Planungshilfe zu geben, werden die nachfolgenden Empfehlungen für Regelfallversorgungen für die privatärztliche Behandlung aufgestellt. Ausnahmeindikationen nach § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V werden hier von nicht erfasst.

Die Konsensuskonferenz beschreibt die Indikationsklassen i.S. eines Goldstandards. Sie haben sich seit mehr als zwei Jahrzehnten bewährt. Abweichungen von diesem Standard in den Implantatzahlen sind nicht per se falsch. Es gibt eine Vielzahl von Gründen, aus denen sich ein Patient eine höherwertigere, implantatgetragene Versorgung nicht leisten will oder umgekehrt eine Pfeilervermehrung gegenüber der Standardzahl medizinisch notwendig ist.

Es gibt abweichende Versorgungsformen als Behandlungskompromisse im Einzelfall mit anderen als den nachstehend für den Regelfall vermerkten Implantatzahlen, insbesondere um das vorhandene Kieferknochenangebot vermehrende chirurgische Eingriffe zu vermeiden (z.B. kurze Implantate, angulierte Implantate, durchmesserreduzierte Implantate).

Konsensuskonferenz Implantologie (KKI)

- Berufsverband Deutscher Oralchirurgen e.V. (BDO)
- Deutsche Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich e.V. (DGI)
- Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG)
- Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V. (DGZI)
- Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V. (BDIZ EDI)



Indikationsklasse I	Einzelzahnersatz
Indikationsklasse Ia	<p>Frontzähne</p> <p>Wenn bis zu vier Zähne der Oberkieferfront fehlen, die Nachbarzähne nicht behandlungsbedürftig sind: → 1 Implantat je fehlendem Zahn</p> <p>Wenn bis zu vier Zähne der Unterkieferfront fehlen, die Nachbarzähne nicht behandlungsbedürftig sind: → 1 Implantat soll zwei fehlende Zähne ersetzen</p>
Indikationsklasse Ib	<p>Seitenzähne</p> <p>Fehlen im Seitenzahnbereich Zähne aus der geschlossenen Zahnreihe, soll bei nicht behandlungsbedürftigen Nachbarzähnen jeder fehlende Zahn durch ein Implantat ersetzt werden</p>
<hr/>	
Indikationsklasse II	Reduzierter Restzahnbestand
	<p><i>Grundsatz:</i></p> <p>Bei der implantologischen Versorgung des reduzierten Restgebisses ist die Bezahnung des Gegenkiefers bei der Planung zu berücksichtigen. Darüber hinaus gelten die Regeln der konventionellen Prothetik.</p>
Indikationsklasse IIa	<p>Lückengebiss</p> <p>Für eine <i>feststehende</i> Versorgung im Oberkiefer werden 8 Pfeiler benötigt, im Unterkiefer 6 Pfeiler. Natürliche Pfeilerzähne können angerechnet werden, wenn diese an statisch günstiger Position stehen und eine gute Prognose aufweisen.</p> <p>Für eine <i>herausnehmbare</i> Versorgung im Oberkiefer werden 6 Pfeiler benötigt, im Unterkiefer 4 Pfeiler. Natürliche Pfeilerzähne können angerechnet werden, wenn diese an statisch günstiger Position stehen und eine gute Prognose aufweisen.</p>
Indikationsklasse IIb	<p>Freiendsituation</p> <p>Zähne 6 bis 8 fehlen: → Indikation für 1–2 Implantate</p> <p>Zähne 5 bis 8 fehlen: → Indikation für 2–3 Implantate</p> <p>Zähne 4 bis 8 fehlen: → Indikation für 3 Implantate</p>
<hr/>	
Indikationsklasse III	Zahnloser Kiefer
Indikationsklasse IIIa	<p>Zahnloser Oberkiefer</p> <p>Für die Verankerung eines feststehenden Zahnersatzes im zahnlosen Oberkiefer: → 8 Implantate</p> <p>Für die Verankerung eines herausnehmbaren Zahnersatzes im zahnlosen Oberkiefer: → 6 Implantate</p>
Indikationsklasse IIIb	<p>Zahnloser Unterkiefer</p> <p>Für die Verankerung eines feststehenden Zahnersatzes im zahnlosen Unterkiefer: → 6 Implantate</p> <p>Für die Verankerung eines herausnehmbaren Zahnersatzes im zahnlosen Unterkiefer: → 4 Implantate</p>



Der 22. Kongress der internationalen Vereinigung zur Verbesserung der Mundgesundheit von Menschen mit Behinderungen (iADH, www.iadh.org) fand vom 2. bis 4. Oktober 2014 im Estrel Convention Center in Berlin statt. Nach 1994 ist es das zweite Mal, dass dieser alle zwei Jahre stattfindende Kongress in Deutschland durchgeführt wurde.

XXII. Weltkongress der iADH

Dr. Thomas Schreiber

Der Kongress unter Schirmherrschaft der Bundeszahnärztekammer fand zusammen mit dem 8. EFOSS Kongress und der 31. Jahrestagung des Bundesverbandes Deutscher Oralchirurgen e.V. (BDO) statt und wurde vom BDO und der Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Behindertenbehandlung im BDO mit Unterstützung der DGZMK organisiert.

Medicine meets disability

Der Kongresspräsident Prof. Dr. Andreas G. Schulte/Heidelberg sowie der Präsident der iADH Prof. Dr. Dimitris Emmanouil/Griechenland begrüßten zahlreiche internationale Referenten und mehr als 400 Teilnehmer aus 42 Nationen

in der deutschen Hauptstadt. An drei Tagen wurden unter dem Motto „medicine meets disability“ Workshops und Vorträge geboten und über die Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen diskutiert. Darüber hinaus wurden mehr als 150 Posterpräsentationen mit wissenschaftlichen Untersuchungen oder klinischen Fallberichten vorgestellt.

Die Themen der Vorträge waren weit gefasst: So ging es um seltene Syndrome und die Herausforderung bei der (zahn)medizinischen Versorgung, Probleme der individuellen Schmerzwahrnehmung von Menschen mit Behinderungen sowie ethische und rechtliche Aspekte bei der Behandlungen dieser

Patienten. In mehreren Beiträgen zur Prävention wurde aufgezeigt, wie wichtig zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen sind, die über das Kindesalter hinausgehen müssen, um für diese Patientengruppe Defizite aufgrund ihrer Behinderung auszugleichen.

Die Möglichkeiten der kieferorthopädischen Behandlungen und die besonderen Herausforderungen bei der Therapie waren ebenso Thema wie die rechtlichen und organisatorischen Aspekte der häufig notwendigen Allgemeinanästhesie. Die Vollnarkose mit ihrem komplexen technischen und personellen Aufwand ist gerade bei Patienten mit besonderen Bedürfnissen von großer Bedeutung und bedarf größeren apparativen Aufwand.

Dr. Dr. Jakobs (BDO) beklagt gerade im ländlichen deutschen Raum bei steigender Zahl von kompromittierter Patienten das Fehlen dieser Anästhesieleistungen. Dr. Wolfgang Schmiedel, Präsident der Berliner Zahnärztekammer, lobte das persönliche Engagement der Zahnärzteschaft, die sich häufig selbst organisieren. Der Präsident der Bundeszahnärztekammer Dr. Peter Engel wies in seinem Statement auf das schon 2010 erarbeitete Konzept „Mundgesundheit trotz Handicap und hohem Alter“ (www.bzaek.de) und die teilweise Realisierung der Vorschläge der Zahnärzteschaft hin. Mit diesem Konzept sollen vor allem die notwendigen lebenslangen Präventionsmaßnahmen und der Mehraufwand der Behandlung finanziert werden, sodass die Folgen eines schlechten Mundgesundheitszustandes mit gesundheitlichen Folgen und aufwendigeren Behandlungen, unter Umständen in Allgemeinanästhesie, vermieden werden können.

Dr. Sebastian Ziller (Bundeszahnärztekammer) stellte in einer Übersicht die Finanzierung, Organisation und Verteilungsstruktur des deutschen Gesundheitssystems sowie den Weg der gesundheitspolitischen Gesetzgebung von der Idee bis zum Gesetz vor. Auf die Frage einer Kongressteilnehmerin aus Indien, was sie denn konkret in ihrem Land von der Gesundheitsbehörde fordern müsste, um die Situation für Menschen mit Behinderungen zu verbessern, gab es eine kurze Antwort, um die es im Kern zur Lösung dieses Problems immer geht: „Money.“

Interessant war die Perspektive für die deutschen Teilnehmer aus einem hoch entwickelten Land, wie die Aufgabe der Versorgung von Menschen mit „special needs“ international, in armen und reichen Ländern wahrgenommen werden und wie die dortigen Lösungsansätze aussehen.

Hoher Bedarf an zahnmedizinischer Versorgung

Ein Teamprogramm in deutscher Sprache widmete sich der zahnmedizinischen Versorgung von Kindern und Erwachsenen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen und wie man sich in die Lebenswelt dieser Patienten einfinden und Zugang zu ihnen finden kann, um praktisch realisierbare Behandlungen durchführen zu können. Zentrales Thema war hier die Prophylaxe, die bei keiner anderen Patientengruppe wichtiger ist, um Folgeerkrankungen und schlechtere Mundgesundheit als in vergleichbaren Gruppen der Durchschnittsbevölkerung zu vermeiden.

Mit einer weltweiten Prävalenz von 15 Prozent weltweit sind Menschen mit Behinderungen ein fester Bestandteil der Gesellschaft. Das Wissen, dass die zahnmedizinische Gesundheit dieser Gruppe signifikant schlechter ist, ist zwar bekannt, aber statistische Daten zu erfassen, mit denen dieses Wissen bestätigt wird, ist umso schwieriger. Anhand der vorgestellten epidemiologischen Studien aus Belgien, Südamerika, Deutschland und mit den Daten aus dem internatio-

nenal Special Smiles Programm, das im Rahmen des Healthy Athletes Programs während der Special Olympics läuft, kann der Bedarf an zahnmedizinischer Versorgung zumindest erahnt werden.

Die Schwierigkeit und Komplexität, die die Behandlung von Menschen mit Behinderungen mit sich bringen können, sei es aufgrund von seltenen Syndromen, die dem täglich praktizierenden Zahnarzt unbekannt sind, oder die Notwendigkeit von interdisziplinärer Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen, machen eine Postgraduiertenausbildung sinnvoll. Nicht nur in Deutschland ist die universitäre Ausbildung auf diesem Gebiet unzureichend, sodass der Ansatz der iADH, ein internationales Curriculum auf diesem Gebiet zu entwickeln, begrüßenswert ist.

Das Fehlen der Behindertenbeauftragten der Bundesregierung aufgrund von Streik am Flughafen war sicherlich höhere Gewalt, aber dass sonst kein Vertreter der deutschen Gesundheitspolitik bei einem internationalen Kongress über zahnärztliche Behindertenbehandlung den Weg in die Sonnenallee in Berlin fand, war schon bemerkenswert, dies kritisierte auch Prof. Dietmar Oesterreich (Vizepräsident BZÄK).

Weitere Informationen über den Verlauf des iADH-Kongresses 2014 finden sich auch unter www.zm-online.de und www.zwp-online.info. Die Abstracts der Vorträge finden Sie unter der Rubrik „Resources“ auf www.iadh.org



Abb. 1: Das Expertenteam der Pressekonferenz (v.l.n.r.): Prof. Dr. Andreas G. Schulte, Prof. Dr. Thomas Weischer, Dr. Imke Kaschke, Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Dr. Dr. Wolfgang Jakobs und Prof. Dr. Dimitris Emmanouil. © Lopata/axentis.de – **Abb. 2:** Prof. Dr. Dimitris Emmanouil (links) und Prof. Dr. Andreas G. Schulte (rechts) stellten während der Abschlusszeremonie den neuen iADH-Präsidenten vor: Dr. Timucin Ari (Mitte).



© Fretsch

BDO-Klausurtagung auf Rügen

Dr. Maria-Theresia Peters

In ländlicher Abgeschiedenheit traf sich der Vorstand des Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen e.V. (BDO) gleich zu Beginn des neuen Jahres, um über aktuelle berufspolitische Fragestellungen zu diskutieren, aber auch die Aufgaben der Zukunft zu thematisieren und mögliche Lösungsvorschläge zu erarbeiten.

Eröffnet wurde die Tagung mit einer kritischen Betrachtung der Gesundheitspolitik der schwarz-roten Koalition. Der Referentenentwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes sowie das geplante Antikorruptionsgesetz lassen keine Impulse erkennen hin zu einer liberaleren Gesundheitspolitik. Es droht die Gefahr, dass die Interessen der Krankenkassen gestärkt werden und die Arzt-Patienten-Beziehung geschwächt wird. Diese Entwicklung führt zu einem stärkeren Schulterschluss der Berufsverbände. So beabsichtigen die Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (GFB) und der Spitzenverband der Fachärzte (SpiFa) im Laufe des Jahres eine einheitliche fachärztliche Vertretung in Deutschland und auf der europäischen Ebene zu erreichen. Diese sehen in den vorgesehenen gesetzlichen Regelungen eine Unterwerfung des Rechts des Patienten unter die Interessen der gesetzlichen Krankenkassen, um die Ausgabenentwicklung zu dämpfen. Die Therapieverantwortung darf nicht den Ärzten entrissen und Dritten überantwortet werden. Die vielfach beklagten

Wartezeiten in der fachärztlichen Versorgung sind der Unterversorgung und der Budgetierung des Systems geschuldet. Gefordert wird eine sektorübergreifende Weiterbildung zum Facharzt angesichts der fortschreitenden Ambulantisierung der Medizin.

Das Versorgungsstärkungsgesetz und das Präventionsgesetz wurden Ende Dezember dem Bundesrat zur Stellungnahme zugeleitet. Mit der jeweils ersten Lesung im Deutschen Bundestag ist Ende Februar/Anfang März zu rechnen.

Im Rahmen des Antikorruptionsgesetzes wird ein Sonderstrafatbestand im Strafgesetzbuch zu korruptivem Verhalten im Gesundheitswesen angestrebt. Bisher fielen niedergelassene Vertragsärzte nicht unter die geltenden Korruptionstatbestände. Dies soll nun auf Drängen des Bundesjustizministers geändert werden. Alle Ärzte sollen erfasst werden. Es wird geprüft, ob darüber hinaus auch weitere Heilberufe einbezogen werden. Der Referentenentwurf für das neue Gesetz zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen soll in den kommenden Wochen vorgestellt werden.

Die neue Approbationsordnung für Zahnärzte lässt immer noch auf sich warten. Möglicherweise stellt der Neujahresempfang der Deutschen Zahnärzteschaft am 27. Januar einen Katalysator dar, den Entwurf endlich aus der Taufe zu heben.

Weitere Tagungspunkte, die die wissenschaftlichen und berufspolitischen Aktivitäten des BDO umfassen, wurden ausführlich besprochen.

Mittlerweile ist der BDO an der Erarbeitung von mehreren wissenschaftlichen Leitlinien, wie beispielsweise zu den Themen Traumatologie oder Wurzelspitzenresektion, beteiligt. Auch im DIN-Ausschuss ist der BDO in Person des Vorstandsmitglieds Dr. Dr. Norbert Mrochen vertreten, als einziger Zahnarzt in diesem Gremium.

Veranstaltungen 2014/2015

Einen enormen Zuspruch erlebte die BDO-Jahrestagung im Oktober des vergangenen Jahres, die zusammen mit dem internationalen Kongress der EFOSS und der iADH stattfand. Rund 800 Kolleginnen und Kollegen aus dem In- und Ausland nahmen teil. Die Gemeinschaftstagung rückte das Thema „Zahnärztliche und zahnärztlich-chirurgische Therapie bei kompromittierten Patienten“ stärker in den Fokus der zahnärztlichen Öffentlichkeit und bot allen interessierten Kollegen Gelegenheit, sich über aktuelle Therapiekonzepte und wissenschaftliche Erkenntnisse zur Versorgung kompromittierter Patienten zu informieren.

Der BDO ist schon seit Jahren äußerst aktiv auf dem Gebiet der Fortbildung. In Seminaren und Workshops des aktuellen

„Continuum education“-Programms bilden die Themenbereiche Anästhesie, Röntgendiagnostik und die Curricula Implantologie und Parodontologie die Schwerpunkte des Fortbildungsangebotes. Die Veranstaltungen des Curriculums Implantologie und Parodontologie, die gemeinsam mit der DGMKG organisiert werden, führen zum Erwerb der Tätigkeitsschwerpunkte.

Die bedeutendste Veranstaltung unseres Verbandes wird der Jahreskongress 2015 sein, der als Gemeinschaftstagung mit der DGMKG und der International Federation of Dental Anesthesiology Societies (IFDAS) organisiert wird und vom 8. bis 10. Oktober im Intercontinental Hotel in Berlin stattfinden wird. Themenschwerpunkte werden neben der zahnärztlichen Anästhesie auch Lokalanästhesie und Sedierungsverfahren, die Notfallmedizin und die Behandlung von Risikopatienten sein. Mittlerweile fest etabliert ist der Kongress „Implantologie für den Praktiker“, der auch dieses Jahr wieder in München im Dezember angeboten wird. Noch relativ neu, aber von nicht minderer Bedeutung, ist das Praxismanagement-Seminar des BDO, welches diesmal im März auf der Stromburg bei Bingen stattfinden wird. Relevante berufsrechtliche und betriebswirtschaftliche Fragen des Praxisalltags stehen im Fokus.

Die Hochschulsektion war bei der diesjährigen Klausurtagung vertreten durch ihren 1. Vorsitzenden Prof. Khoury, der über die Aktivitäten der oralchirurgischen Hochschullehrer im BDO berichtete. Die Hochschulsektion wurde 2012 gegründet, um die Integration der Wissenschaft in dem Berufsverband der Oralchirurgen sicher-

zustellen. Mitglied dieser Gruppe kann werden, wer Fachzahnarzt für Oralchirurgie ist und die *venia legendi* im Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde verliehen bekommen hat.

Finanzbericht und Weiterbildung

Berufspolitische Aktivitäten eines Verbandes können nur dann wirkungsvoll entfaltet werden, wenn ein starkes finanzielles Rückgrat gegeben ist. Der Finanzbericht des Kassenswarts Dr. Dr. Norbert Mrochen offenbarte die weiterhin sehr gesunde Situation des Verbandes. Der Überschuss bis zum heutigen Datum liegt bei rund 65.000 Euro. Dieser ist im Vergleich zu früheren Jahren geringer ausgefallen, bedingt durch Sondereffekte durch die Kooperation von Projekten mit den Arbeitsgemeinschaften und der iADH, die 2014 parallel zu der BDO-Jahrestagung ihren internationalen Kongress in Berlin abhielt.

Ein wichtiger Tagungspunkt war die Weiterbildung nach der neuen Approbationsordnung. Die neue Weiterbildungsordnung (WBO) wird in den Landeszahnärztekammern nicht gleichermaßen umgesetzt, was zu unterschiedlichen Weiterbildungsstandards in der oralen Chirurgie führt. So hält z. B. die Landeszahnärztekammer Nordrhein an zwei Klinikjahren fest, während Hessen oder Bayern keine klinische Weiterbildung fordern. In Fortführung des „Hessen-Modells“ sollen in einer Kombination von Theorie und Praktika fehlende klinische Weiterbildungsinhalte in den Praxen ausgeglichen werden. Bayern hat eine dem „Hessen-

Modell“ ähnliche Weiterbildungsordnung verabschiedet. Während der theoretische Lernzielkatalog der neuen WBO den aktuellen Stand der Oralchirurgie abbildet, ist eine im internationalen Vergleich adäquate klinisch-praktische oralchirurgische Weiterbildung in Deutschland nicht mehr gegeben. Neben den unterschiedlichen Weiterbildungsprogrammen ist die sinkende akademische Vertretung des Fachs durch oralchirurgische Abteilungen ein weiteres Problem. In den nächsten drei Jahren werden drei von fünf oralchirurgischen Hochschullehrern an staatlichen Universitäten emeritieren und die Abteilungen an Kliniken für MKG-Chirurgie angegliedert. Auch die MKG-Chirurgie steht vor großen Herausforderungen, zum einen durch den Wettbewerb mit benachbarten medizinischen Disziplinen wie HNO, plastische Chirurgie oder Dermatologie, zum anderen durch die Reformbedürftigkeit des Doppelstudiums.

Eine zukünftige Weiterbildungsordnung muss gleiche Weiterbildungsabschnitte in Oralchirurgie und MKG-Chirurgie sowie gleichen Zugang zum operativen Spektrum des Fachgebiets gewährleisten. Unter dem Aspekt modularisierter Weiterbildung unter Berücksichtigung der zukünftigen europäischen Ausbildungsrichtlinie für Medizin und Zahnmedizin und in Hinblick auf die bevorstehende neue Approbationsordnung Zahnmedizin in Deutschland kann die oral- und MKG-chirurgische Weiterbildung reformiert werden. Die Klausurtagung offenbarte wieder einmal die Themenvielfalt und die Vielzahl der Aufgabenbereiche, denen der BDO sich gegenwärtig und zukünftig stellen muss.

Der Vorstand des Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen.



Curriculum operative und ästhetische Parodontologie ab 2015 mit praktischen Übungen

Dr. Jochen Tunkel, Dr. Maria-Theresia Peters



nutzten die erneute Teilnahme am Curriculum Parodontologie, um die nötigen Fortbildungspunkte für die Rezertifizierung als Grundlage für die Verlängerung des Tätigkeitsschwerpunktes Parodontologie zu erwerben.

Erster Praxisteil: Gewebeaufbau

Am dritten Novemberwochenende 2014 fand die zweite curriculäre Fortbildung im Bereich der operativen und ästhetischen Parodontologie der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGZMK) und des Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen (BDO) statt. Den teilnehmenden Oral- und Kieferchirurgen bot sich ein abwechslungsreiches Programm aus unterschiedlichen Bereichen der Parodontologie.

Wissenschaft und praxisnahe Therapie

Am Freitag lag der Schwerpunkt im Bereich der resektiven Parodontalchirurgie. Zunächst zeigte Priv.-Doz. Dr. Jamal Stein/Aachen eine Abgrenzung zwischen der resektiven und regenerativen Parodontalchirurgie, worauf anschließend Priv.-Doz. Dr. Moritz Kepschull/Bonn diese Einblicke mit Schwerpunkt auf die chirurgische Kronenverlängerung noch vertiefen konnte. Beide Referenten stellten sowohl die wissenschaftlichen Grundlagen dar, ließen aber auch durch zahlreiche klinische Fälle die Praxisnähe nicht vermissen.

Die ästhetische Parodontalchirurgie war das zentrale Thema des zweiten Tages. Dr. Stefan Schnitzer/Münster referierte über die plastische Parodontalchirurgie und Priv.-Doz. Dr. Arndt Happe/Münster über das „Site Development“ zur Ausgestaltung des Interface an Implantaten. Der dritte Tag stand im Zeichen der Periimplantitis, die Dr. Jochen Tunkel/Bad Oeynhausen als Schwerpunkt seines Vortrags gewählt hatte. Er stellte neben der Ätiologie auch verschiedene therapeutische Optionen dar, um diese Erkrankung erfolgreich zu behandeln. Den circa 70 Teilnehmern boten die dreistündigen Vorträge nicht nur Einblicke in die aktuelle parodontologische Wissenschaft und praxisnahe Therapiekonzepte, sondern sie gaben auch Impulse zu weiterführenden, kollegialen Gesprächen, die in den Pausen auch mit den Referenten ausgiebig geführt wurden. Im Dialog mit den anwesenden Kollegen wurde deutlich, dass viele gerade diesen Austausch mit Freunden, Bekannten und anderen Kollegen besonders schätzten und das Wochenende für ein gemeinsames Zusammensein über den Fortbildungskurs hinaus nutzten. Viele der anwesenden Oral- und Kieferchirurgen

Um das Curriculum auch weiterhin spannend zu halten, haben BDO und DGZMK beschlossen, den bisherigen rein theoretischen Aufbau um einen praktischen Teil zu ergänzen. Hierbei soll ein Nachmittag dazu genutzt werden, das theoretisch Erlernete auch praktisch am Tierpräparat umzusetzen. Dies wird am nächsten Kurswochenende in Düsseldorf vom 24. bis 26. April 2015 erstmalig der Fall sein. Schwerpunkt dieses ersten Praxisteils soll auf dem Gewebeaufbau in der Parodontologie liegen. Hier werden die gesteuerte Geweberegeneration und die plastische Parodontalchirurgie im Vordergrund stehen. Instrumente und Materialien werden mit Unterstützung der Firmen Straumann und Stoma gestellt, lediglich Vergrößerungshilfen sollten von den Kursteilnehmern mitgebracht werden. Wir freuen uns daher, auch an den kommenden Wochenenden in Düsseldorf und Hamburg (20.–22.11.2015) viele Kollegen zum Eintauchen in die Welt der Parodontologie begrüßen zu dürfen.

Weitere Termine und Anmeldeunterlagen erhalten Sie über unsere BDO-Webseite www.oralchirurgie.org unter „Termine“ bzw. „Aktuell“.

Kurs „Oralchirurgisch-Implantologische Fachassistenz“

Ein „Muss“ für jede Praxis, in der chirurgisch gearbeitet wird

Dr. Joachim Schmidt, Dr. Markus Blume

In den letzten Jahren ist es zunehmend schwieriger geworden, motiviertes und gut geschultes Assistenzpersonal für unsere Praxen zu bekommen. Gerade in zahnärztlichen Praxen mit chirurgischem oder implantologischem Schwerpunkt, wie in unseren oralchirurgischen Fachpraxen, besteht zudem ein wachsender Bedarf an qualifiziertem Fachpersonal, um den steigenden Anforderungen durch immer weiter wuchernde Vorschriften und neue Standards und nicht zuletzt dem wachsenden Informationsbedürfnis der Patienten gerecht zu werden.

Mit dem Aufbaukurs „Oralchirurgisch-Implantologische Fachassistenz“ für Ihre Mitarbeiterinnen bieten wir im April 2015 wieder unsere Fortbildungsveranstaltung vom **13. bis 17. April 2015** in Köln an. Der Pilotkurs dieser Fortbildung wurde bereits im Mai des letzten Jahres mit großem Erfolg und viel Begeisterung bei Teilnehmern und Referenten durchgeführt. An insgesamt fünf Kurstagen, komprimiert in einer Woche abgehalten, werden Theorie und Praxis zu folgenden Themen fundiert vermittelt:

- zahnärztlich-chirurgische und implantologische Eingriffe
- Instrumentenkunde, Lagerverwaltung und Logistik
- Umsetzung von MPG-Richtlinien zur Hygiene und Sterilisation
- Nahttechniken und Nahtentfernung, Tamponadeherstellung und -wechsel
- Anästhesie und Notfallmedizin
- Herstellen von Implantatpositionern
- Vorbereitung von sterilen OP-Feldern
- Ein- und Ausschrauben von Implantat-suprakonstruktionen
- Röntgen
- Patientenmotivation und Organisation eines Recalls etc.

Dieser Kurs wird analog nach Berufsbildungsgesetz durchgeführt und befähigt die Teilnehmerinnen bei erfolgreicher Absolvierung, einige Tätigkeiten wie Nahtentfernung, Tamponadewechsel, Ein- und Ausschrauben von Implantat-suprakonstruktionen oder Herstellung von Implantatpositionern selbstständig nach Beauftragung durch den Praxisinhaber durchzuführen.

Wir möchten Sie und Ihre Mitarbeiterinnen einladen, an diesem Aufbaukurs teilzunehmen und damit die Prozesse in der Praxis zu verbessern. Ihre Mitarbeiterinnen erhalten eine Zusatzqualifikation mit deutlichen Alleinstellungsmerkmalen. Wir freuen uns, den Kurs in Zusammenarbeit mit der Universität Witten/Herdecke durchführen zu können, die zusammen mit dem BDO diesen Kurs für Ihre Mitarbeiterinnen zertifiziert. Der Kurs kostet 700 Euro zzgl. MwSt.

Für den Kurs können Sie sogenannte „Bildungsschecks“ einreichen, dadurch können die Kosten zu einem großen Anteil vom Bundesland übernommen werden. Nähere Informationen hierzu erteilt Ihnen der veranstaltende ZMMZ Verlag, über den auch die Anmeldung und die Kursorganisation läuft.

Kontakt

ZMMZ Verlag Unternehmergesellschaft (haftungsbeschränkt)

Neue Weyerstraße 5
50676 Köln
Tel.: 0221 99205-240
Fax: 0221 99205-239
info@zmmz.de
www.zmmz.de



Video zum Kurs





Mit der zunehmenden Zahl der gesetzten Implantate rückt immer mehr auch die Frage nach dem Langzeiterfolg von Implantaten und implantatgetragendem Zahnersatz in den Fokus. Erfolg und Misserfolg hängen dabei von einer Vielzahl von Faktoren ab. Das 16. EXPERTENSYMPOSIUM „Innovationen Implantologie“ wird sich am 24. und 25. April 2015 im Radisson Blu Scandinavia Hotel Düsseldorf dieser Thematik widmen.

© INTERPIXELS

Das gesunde Implantat – Prävention, Gewebestabilität und Risikomanagement

16. EXPERTENSYMPOSIUM am 24. und 25. April 2015 in Düsseldorf

Die Veranstaltungskombination IMPLANTOLOGY START UP und EXPERTENSYMPOSIUM „Innovationen Implantologie“ gehört zu den traditionsreichsten deutschen Implantologie-Events und eröffnet seit 1994 rund 4.000 Zahnärzten den Weg in die Implantologie bzw. begleitete ca. 2.200 von ihnen in der Folgezeit auch als Anwender. Erklärtes Ziel und eine Grundlage des Erfolgs war stets das Bemühen, auch neue Wege zu gehen und



das Konzept der Veranstaltung weiterzuentwickeln. Neben der Zusammenarbeit mit den implantologischen Praktikergesellschaften ist dies seit einigen Jahren vor allem auch die Kooperation mit regionalen Part-

nern aus der Wissenschaft. Neben dem UKE (Hamburg) waren in den letzten Jahren u. a. die Technische Universität München, die Universität Witten/Herdecke und die Charité (Berlin) wissenschaftliche Kooperationspartner der Veranstaltungen.

Wissenschaftliches Programm

2015 ist die Poliklinik für zahnärztliche Chirurgie und Aufnahme der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf – wie bereits 2010 – wissenschaftlicher Partner der Veranstaltungskombination. Die Tagungspräsidentschaft des IMPLANTOLOGY START UP 2015 und des 16. EXPERTENSYMPOSIUMs überneh-

Programm EXPERTENSYMPOSIUM 2015



men Prof. Dr. Dr. Frank Palm/Konstanz (Chefarzt MKG-Chirurgie, Klinikum Konstanz) sowie vonseiten der Poliklinik Prof. Dr. Jürgen Becker/Düsseldorf (Direktor). Zum Referententeam gehören neben den wissenschaftlichen Leitern ausnahmslos renommierte Experten von Universitäten und aus der Praxis.

Beide Veranstaltungen laufen parallel und haben eine gemeinsame Industrieausstellung sowie am Samstag ein gemeinsames wissenschaftliches Programm. Für die Teilnehmer des IMPLANTOLOGY START UP stehen im Rahmen eines eigenen Programmblocks zunächst die Basics der Implantologie auf der Tagesordnung, während beim EXPERTENSYMPOSIUM unter der Themenstellung „Das gesunde Implantat – Prävention, Gewebestabilität und Risikomanagement“ Fragen des Langzeiterfolgs von Implantaten und von implantatgetragem Zahnersatz praxisbezogen diskutiert werden. Abgesehen vom Basic-Programm für die Einsteiger steht der

Freitag ganz im Zeichen von Hands-on-Kursen, Workshops und Industrevorträgen, während das gemeinsame Podium am Samstag mehr den universitär geprägten Vorträgen vorbehalten ist.

Jahrbuch Implantologie 2015

Jeder Teilnehmer (Zahnarzt/Zahntechniker) erhält das in der 21. Auflage erscheinende Jahrbuch Implantologie 2015 – das aktuelle und komplett überarbeitete Kompendium zum Thema „Implantologie in Zahnarztpraxis und Dentallabor“. Renommierte Autoren aus Wissenschaft, Praxis und Industrie werden sich im Jahrbuch Implantologie sowohl den Grundlagen der Implantologie als auch Anwenderthemen widmen und Tipps für wirtschaftlich sinnvolle Integration der Implantologie in die tägliche Praxis geben. Zahlreiche Fallbeispiele und mehr als 350 farbige Abbildungen dokumentieren das breite Spektrum der Implantologie. Relevante Anbieter stel-

len ihr Produkt- und Servicekonzept vor. Thematische Marktübersichten ermöglichen einen schnellen und einzigartigen Überblick über Implantatsysteme, Ästhetikkomponenten aus Keramik, Knochenersatzmaterialien, Membranen, Chirurgieeinheiten, Piezo-Geräte sowie Navigationssysteme. Präsentiert werden bereits eingeführte Produkte sowie Neuentwicklungen. Zusätzlich vermittelt das Jahrbuch Implantologie Wissenswertes über Fortbildungsangebote, Organisationen der implantologisch tätigen Zahnärzte und berufspolitische Belange.

Kontakt

OEMUS MEDIA AG

Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308
Fax: 0341 48474-290
event@oemus-media.de
www.oemus.com
www.startup-implantology.de
www.innovationen-implantologie.de

ANZEIGE

Fahren statt tragen

DEMED
Dental Medizintechnik

Aktion:
595 €*
Statt 690,- €

Besuchen Sie uns
auf der **IDS 2015:**
Halle 10.2
Gang M
Stand Nr. 038



Instrumententisch I1

FAHRBARER INSTRUMENTENTISCH

- Fahrbarer Instrumententisch mit stufenloser Höhenverstellung
- Rahmen aus pulverbeschichtetem Stahl mit geschliffener Edelstahlauflege
- Lieferbar in allen RAL-Farben
- 100% Made in Germany

Lieferung ohne Normschiene

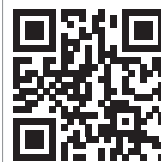


Für alle Gerätewagen und Instrumententische bieten wir eine umfangreiche Auswahl an Zubehör an. Weitere Informationen erhalten Sie auf unserer Website www.demed-online.de oder fordern Sie Ihr unverbindliches Angebot an.



IDS 2015 – Implantologie mit Innovationspotenzial

Impressionen 2013
(Video)



Aktuelle Trends bei Implantatsystemen und Werkstoffen, digitale Techniken bei Implantatplanungen, Strategien für Osseokonduktion und -integration – dies sind die Schwerpunktthemen der kommenden IDS. Die Zahlen bestätigen es: Die Implantologie ist ein Wachstumsbereich der Zahnheilkunde. Pro Jahr werden allein in Deutschland mehr als 800.000 Implantate inseriert. Mehr als 1.300 verschiedene Dentalimplantate sind derzeit erhältlich; die implantologischen Behandlungen erreichen weltweit ein Umsatzvolumen von geschätzten fünf Milliarden US-Dollar in diesem Jahr – bei stark steigender Zunahme. Dem trägt auch die Internationale Dental-Schau (IDS) in Köln Rechnung: Alle zwei Jahre nutzen insbesondere die Implantologie-Spezialis-

ten unter den Zahnärzten und Zahn-technikern die weltgrößte Leitmesse der Dentalbranche, um sich über Produktneuheiten und aktuelle Trends zu informieren.

Interdisziplinäre Herangehensweisen

Die vielfältigen Entwicklungen auf diesem innovativen Fachgebiet zu verfolgen, ist unerlässlich. Allerdings ist es nicht immer leicht, den Überblick zu behalten. Die Indikationen für dentale Implantationen sind umfangreicher geworden: Selbst Patienten mit verringerter Alveolarkambbreite oder mit verringerten mesiodistalen Einzelzahnlücken können inzwischen mit durchmesserreduzierten Implantaten versorgt wer-

den. Die meist zweiteiligen Mini-Implantate bestehen aus den gleichen biokompatiblen Materialien wie Standardimplantate, sind optional flapless inserierbar und – je nach individueller Situation – für provisorische bis hin zu Sofortimplantationen geeignet.

Neben neuen Werkstoffen für Implantate rücken zunehmend die Modifikationen der Implantatoberflächen in den Fokus der Fachwelt. Optimierungen der Implantatoberflächen können sowohl auf mechanischem als auf biochemischem Weg erreicht werden. Beide Strategien ergänzen sich: So lässt sich beispielsweise die Osseokonduktion durch geeignete Adhäsion von Wachstumsfaktoren forcieren. Dazu sind auch spezielle Verfahren zur Modifikation der Rauigkeit der Titanoberflächen im



alle Bilder © Medienservice Koelnmesse



Nanometerbereich entwickelt worden, vom klassischen Sandstrahlen über Plasmaspraytechnik, anodische Oxidation oder Säureätzung bis hin zu Nanotubes. Die gezielte topografische Gestaltung der Implantatoberflächen erhöht den BIC-Wert und die Adhäsion von Osteoblasten, woraus sich auch Vorteile für die Osseointegration, etwa bei Sofortimplantationen, ableiten. Ebenfalls für die Knochen- und Weichgeweberegeneration von großer Bedeutung sind die modernen Knochenersatzmaterialien. Als neueste Entwicklungen zeichnen sich hier auf 3-D-Röntgen- daten basierende, patientenindividuell CAD/CAM-gefertigte Knochenblöcke ab, die passgenau inseriert werden und die Erfolgchancen beispielsweise bei Augmentationen oder Osseotransplantationen erhöhen können. In Köln werden die Ergebnisse dieser Entwicklungen von Experten der Dentalindustrie umfassend dargestellt. Unabhängig von der jeweiligen implantologischen Indikation gewinnen wirtschaftliche Planungssysteme und Methoden zur Verbesserung des Workflows

überall an Bedeutung. Ein wichtiger Trend betrifft hier die 3-D-Implantat-Navigationssysteme – die aktuellen Methoden lassen dem Behandler die Option, anhand von CT- oder DVT-Aufnahmen geeignete Schablonen selbst herzustellen oder diese komplexen Prozesse an spezialisierte Firmen der Dentalindustrie auszulagern, denn moderne Softwaresysteme ermöglichen mittlerweile die 3-D-Planung ohne eigenes DVT-Gerät – speziell für kleinere Praxen eine interessante Alternative.

Hersteller und Produkte live erleben

Auch die kommende IDS bietet dem implantologisch orientierten Fachbesucher eine perfekte Gelegenheit, sich über sämtliche Innovationen seines dynamischen Fachgebietes umfassend zu informieren. Wie der persönliche Schwerpunkt auch gesetzt sein mag, auf der IDS vom 10. bis 14. März 2015 findet jeder Besucher die zu ihm passenden Lösungen: Dazu stehen zahlreiche Experten vor Ort für Beratungsge-

spräche bereit. Wer seine Teilnahme an der IDS bereits im Vorfeld plant, hat optimale Chancen, wichtige Impulse und Informationen für die eigene Tätigkeit zu gewinnen.

„Auf der IDS in Köln bietet sich dem Implantologen die einzigartige Möglichkeit, Hersteller und ihre Produkte live zu erleben. So können Zahnärzte und Zahntechniker direkt von der Professionalität der Dentalindustrie profitieren, das Gespräch mit kompetenten Experten suchen und wirklich praxisrelevante Erkenntnisse mit nach Hause nehmen“, so Dr. Markus Heibach, Geschäftsführer des VDDI.

Die IDS (Internationale Dental-Schau) findet alle zwei Jahre in Köln statt und wird veranstaltet von der GFDI Gesellschaft zur Förderung der Dental-Industrie mbH, dem Wirtschaftsunternehmen des Verbandes der Deutschen Dental-Industrie e.V. (VDDI). Durchgeführt wird sie von der Koelnmesse GmbH, Köln.

Mehr Informationen:
www.ids-cologne.de

Statement zur Piezotechnologie

Dr. Jairo Vargas, San José, Costa Rica



Dr. Jairo Vargas

„Seit Juni 2014 ist das Piezomed von W&H wesentlicher Bestandteil meiner täglichen Arbeit. Als Oralchirurg und Universitätsprofessor bin ich mit Piezotechnologie schon seit 2007 vertraut. Mit dem neuen Piezomed werden erstmals minimalinvasive, schnelle und präzise Eingriffe möglich, die für Patient und Chirurg mehr Sicherheit bedeuten. Besondere Vorteile bietet das Piezomed vor allem bei der Knochenblockentnahme. Im Vergleich zu rotierenden Instrumenten kann ich mit den oszillierenden Sägen von W&H feinere Sägeschnitte mit weniger Knochenverlust durchführen. Knochenblöcke kann ich dadurch noch schneller und präziser als bisher entnehmen.“

Eine häufige intraoperative Komplikation beim Sinuslift stellt die Perforation der Schneider'schen Membran dar. Mit den speziell konstruierten Arbeitsspitzen von W&H kann ich diese anheben und Knochensatzmaterialien einbringen, ohne sie dabei mit den Instrumenten zu verletzen. Den Sinuslift kann ich da-

Mit dem Piezomed von W&H ist ein schnelles und präzises Bearbeiten und Abtragen von Knochensubstanz möglich. Dank automatischer Instrumentenerkennung bekommt Sicherheit für den Anwender eine völlig neue Bedeutung.

durch rasch und sicher durchführen, ohne meine Patienten dabei einer unnötigen Schmerzbelastung auszusetzen.

Weitere Vorzüge des W&H-Gerätes sehe ich in der Osteotomie von Weisheitszähnen sowie bei der Wurzelentfernung. Da die Piezomed-Spitzen eine geringere Vibration als rotierende Instrumente aufweisen, erleben die Patienten die Behandlung ruhiger und schonender – ein wichtiges Plus nicht nur bei der Zahnextraktion, sondern auch bei der Knochentrennung. Um die chirurgischen Eingriffe so minimalinvasiv und sicher wie möglich gestalten zu können, lege ich großes Augenmerk auf die optimale Schneidleistung der Chirurgieinstrumente. Schnelles und präzises Bearbeiten und Abtragen von Knochensubstanz stehen dabei im Fokus. Die Piezomed-Sägen von W&H weisen eine spezielle Verzahnung auf und haben sich im chirurgischen Alltag bestens bewährt. Dank der hohen Schneidleistung bin ich in der Lage, Schnitte von höchster Präzision durchzuführen und beste Behandlungsergebnisse zu erzielen. Neben der optimalen Schneidleistung



Ein innovatives Spitzensortiment unterstützt den Chirurgen selbst bei schwierigsten Aufgaben.

sorgt die automatische Instrumentenerkennung für effiziente Arbeitsprozesse. Ich kann meine Konzentration voll und ganz auf den Patienten und die Behandlung richten, ohne mir Gedanken über die korrekte Instrumenteneinstellung machen zu müssen, d. h. meine Aufmerksamkeit liegt voll und ganz beim chirurgischen Eingriff und nicht beim Gerät.

In meiner Funktion als Universitätsprofessor bin ich mit dem aktuellen Stand der Piezotechnologie – sowohl was die Literatur als auch die verfügbaren Technologien betrifft – bestens vertraut. Das Piezomed ist heute „State of the Art“ im Bereich der Oralchirurgie und Implantologie und sollte Bestandteil jeder chirurgisch tätigen Praxis sein. Das Gerät bietet nicht nur höchste Sicherheit in der Anwendung, sondern sorgt dank des minimalinvasiven Vorgehens für eine geringere Schmerzbelastung des Patienten und unterstützt eine kürzere Heilungsphase. Das Piezomed von W&H empfehle ich nicht nur meinen Studenten, auch meine Kollegen mache ich immer wieder auf die Möglichkeiten des Chirurgiegerätes aufmerksam.“



www.wh.com

„Laserzahnheilkunde – Ein Arbeitsbuch für die tägliche Praxis“

Prof. Dr. Dr. Dieter Weingart

Das von Dr. Georg Bach verfasste Buch „Laserzahnheilkunde – Ein Arbeitsbuch für die tägliche Praxis – vom ersten Interesse bis zur Integration“, erschienen im Spitta Verlag, ist die 2. Auflage des im Jahre 2007 veröffentlichten Vorgängerbandes. Das Buch wurde komplett überarbeitet und wesentlich erweitert. Dabei berücksichtigt es die enorme Entwicklung und die gewaltigen Fortschritte der Laserzahnheilkunde in den vergangenen Jahren.

Wie die bereits erfolgreiche 1. Auflage handelt es sich bei dem vorliegenden Werk um ein Arbeitsbuch für die tägliche Praxis, das einleitend das notwendige physikalische Hintergrundwissen für den Betrieb eines Dentallasers vermittelt.

Die Integration eines Lasers in die tägliche Praxis ist komplex und berührt die verschiedensten Bereiche. In diesem Buch wird von der Patienteninformation bis zur Abrechnung detailliert und praxisgerecht die Einführung der Lasertherapie in die zahnärztliche Praxis beschrieben und dabei die rechtlichen und ökonomischen Aspekte berücksichtigt.

Mit der Darstellung der relevanten Wellenlängen, die in der Laserzahnheilkunde zum Einsatz kommen, wird dem Leser eröffnet, für welche Einsatzgebiete die verschiedenen Laser geeignet sind. Im Vergleich zur 1. Ausgabe wird hier im Kapitel über die Photodynamische Therapie deutlich, welche Entwicklung sich hier abgespielt hat.

Aus der klaren Gliederung mit Kapiteln über Laserlicht mit niedriger Energie/niedriger Leistung und Hard-Laser-An-

wendungen mit hoher Energie/hoher Leistung lassen sich für den Praktiker Rückschlüsse ableiten, in welchem Teilbereich, abhängig vom Schwerpunkt der eigenen Praxis, die Laserzahnheilkunde eine sinnvolle Ergänzung oder Erweiterung der angebotenen Leistungen sein könnte. In übersichtlicher Form wird dabei die Vielzahl der verschiedenen Therapieoptionen unter anderem in der Chirurgie, Parodontologie, Endodontologie, bei Dentinhypersensibilität, beim Bleaching und bei der Bearbeitung von Knochen und Zahnhartsubstanzen dargestellt. Dabei werden nicht nur technische Aspekte berücksichtigt und dargestellt, sondern klinische Verläufe anhand der Fotodokumentation von Fallbeispielen vor und nach der Lasertherapie präsentiert.

Das Buch bietet noch zahlreiche weitere Aspekte der Laserzahnheilkunde. So werden unter anderem auch minimal-invasive Therapien in der Alterszahnheilkunde und der Lasereinsatz in der Zahntechnik herausgestellt. Abgerundet wird das praxisorientierte Werk mit der Angabe der weiterführenden Literatur und mit Vorschlägen einer Auswahl von Anbietern und Bezugsadressen für Dentallaser und Zubehör.

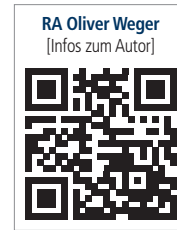
Dr. Georg Bach
[Infos zum Buchautor]



Dr. Georg Bach: „Laserzahnheilkunde – Ein Arbeitsbuch für die tägliche Praxis – vom ersten Interesse bis zur Integration“. Unter Mitarbeit von Axel Donges, Tobias Meyer und Christian Müller. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Spitta Verlag, Balingen

ISBN 978-3-943996-47-0
VK 59,90 Euro

Was viele Ärzte nicht wissen: Viele Praxismietverträge haben Formfehler und sind zumindest teilweise unwirksam. Rechtsanwalt Oliver Weger erklärt, was bei Neuabschluss und Änderung von Mietverträgen unbedingt zu beachten ist.



Praxismietvertrag: Auf die Gestaltung kommt es an

RA Oliver Weger

Praxisinhaber wiegen sich bei ihren Mietverträgen oft in trügerischer Sicherheit. Viele Praxismietverträge und Ergänzungsvereinbarungen halten einer rechtlichen Prüfung nicht stand. Schon kleine Formfehler können die Rechtskraft des gesamten Dokuments gefährden. Ärzte sollten ihre Mietverträge frühzeitig auf den Prüfstand stellen, um unliebsame Überraschungen zu vermeiden.

Formvorschriften genau beachten

Von elementarer Bedeutung ist das sogenannte Schriftformgebot gemäß § 50 BGB. Zur Einhaltung der Schriftform ist erforderlich, dass der Praxismietvertrag die wesentlichen Vertragsbestandteile enthält. Dazu zählen die Vertragspartner, der Mietgegenstand, der Mietpreis, die Mietdauer sowie die Nebenkosten.

Einzelne Blätter, darunter der Vertragstext und mögliche Anlagen, dürfen nicht allein durch eine Büroklammer zusammengehalten werden. Sie müssen durch eine Kordel oder Heftung fest miteinander verbunden sein. Eine Trennung der Dokumente darf nicht ohne Weiteres, d.h. nur unter teilweiser Beschädigung, möglich sein. Sind wesentliche Vertragsbestandteile in zwei separaten, nicht miteinander verbundenen Urkunden enthalten, so müssen beide Urkunden aufeinander Bezug nehmen. Für einen objektiven Betrachter muss zweifelsfrei erkennbar sein, dass beide Urkunden eine Einheit bilden. Die Vertragsparteien müssen den Praxismietvertrag als einheitliche Urkunde eigenhändig mit Namensunterschrift unterzeichnen. Soweit die Unterzeichnung aufseiten eines Vertragspartners durch einen Vertreter erfolgt, sollte die Vertretung durch den Zusatz „i.V.“ kenntlich gemacht werden.

Der andere Vertragspartner sollte sich zuvor durch Vorlage einer Vollmacht Gewissheit darüber verschaffen, dass der Unterzeichner tatsächlich als Vertreter des Vertragspartners auftreten kann. Darüber hinaus bietet es sich aus Beweisgründen an, die einzelnen Seiten des Vertrages und die Anlagen zum Mietvertrag durch alle Vertragsbeteiligten auf jeder Seite mit dem Namenskürzel, der sogenannte Paraphe, zu versehen. Dies ermöglicht es den Vertragsbeteiligten, im Streitfall zu beweisen, was Inhalt des Vertrages geworden ist.

Folgen eines Schriftformverstoßes

Wird die erforderliche Schriftform nicht eingehalten, gilt ein Mietvertrag, wenn er für eine längere Zeit als ein Jahr abgeschlossen wird, als auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Die Regelung gilt



© iDprod

auch für den Abschluss und die Änderung von Praxismietverträgen. Dies hat dann zur Folge, dass etwaige im Praxismietvertrag aufgenommene Mindestlaufzeiten des Mietverhältnisses keine Geltung haben. Ein Mietvertrag über Praxisräume kann in solchen Fällen von beiden Seiten, d. h. Vermieter und Mieter, bis zum dritten Werktag eines Kalendervierteljahrs zum Ablauf des nächsten Kalendervierteljahrs ordentlich gekündigt werden. Es besteht quasi eine sechsmonatige Kündigungsfrist. Dies ist insbesondere für den Praxismietgeber gefährlich, der seine Praxisplanung zu meist langfristig ausgelegt hat. Schließlich ist der Standort der Praxis ein wesentlicher Wirtschaftsfaktor. Beruft sich der Vermieter im Nachhinein auf den Schriftformverstoß und kündigt den Mietvertrag ordentlich zum nächstmöglichen Zeitpunkt, so kann dies für den Praxismietgeber existenzbedrohende Züge annehmen. Denn: ohne Praxisräume keine Praxis, ohne Praxis keine Einnahmen.

Vorsicht bei Änderungen

Das Schriftformgebot gemäß § 550 BGB gilt auch für Änderungsvereinbarungen zum Praxismietvertrag. Entspricht die Änderungsvereinbarung nicht dem Schriftformgebot, ist grundsätzlich die gesamte, d. h. auch die ursprüngliche mietvertragliche Vereinbarung, als auf unbestimmte Zeit abgeschlossen anzusehen. Die Folge: Der Mietvertrag ist durch die Beteiligten innerhalb der gesetzlichen Frist kündbar, auch wenn der ursprüngliche Mietvertrag formgerecht abgeschlossen wurde. Der Schriftformverstoß in der Änderungsvereinbarung „infiziert“ den ursprünglichen Praxismietvertrag. Soll der ursprüngliche Praxismietvertrag ergänzt werden, so kann dies folgendermaßen erfolgen: Der Hauptmietvertrag wird aufgehoben und mit einer einheitlichen Urkunde ein völlig neuer Mietvertrag abgeschlossen.



Dies ist jedoch in der Regel unpraktikabel. Alternativ kommt eine gesonderte Ergänzungsvereinbarung in Betracht. Sie sollte wie oben beschrieben fest mit dem ursprünglichen Mietvertrag verbunden werden. In den letzten Jahren hat die Rechtsprechung hier jedoch eine gewisse Auflockerung erfahren. Hiernach ist eine feste Verbindung zwischen beiden Urkunden nicht erforderlich, wenn die Änderungsvereinbarung alle wesentlichen Bestandteile eines Mietvertrages (Vertragspartner, Mietgegenstand, Mietpreis, Mietdauer sowie Nebenkosten) enthält. Zumindest muss die Ergänzungsvereinbarung auf den ursprünglichen Mietvertrag bzw. vorhergehende Vereinbarungen Bezug nehmen und klarstellen, dass es bei den bisherigen mietvertraglichen Vereinbarungen bleibt, soweit diese nicht angepasst wurden.

Richtig nachverhandeln

Oft wünschen sich Ärzte nach Abschluss des Praxismietvertrages eine Anpassung des laufenden Mietvertrages, beispielsweise hinsichtlich der Laufzeit des Vertrages. Hierbei ist zu beachten, dass Praxismietverträge dem Gewerbemietrecht unterliegen, welches im Gegensatz zum Wohnraummietvertrag weitgehend ungerichtet und frei vereinbar ist. Praxismietgeber werden sich wesentlich seltener auf unwirksame Regelungen berufen können als Wohnraummietgeber. Die Durchsetzung von vertraglichen Änderungen erfordert stets die Verhandlung mit dem Vermieter und dessen Zustimmung. Soweit die gewünschten Änderungen auch für den Vermieter positiv sind, beispielsweise eine Verlängerung der Festmietzeit, haben Praxismietgeber eine gute Verhandlungsposition. Anders ist dies bei Änderungen, die sich für den Vermieter

finanziell negativ auswirken, etwa die finanzielle Beteiligung des Vermieters an geplanten Umbauten des Mieters im Mietbestand. Hier sollte im Rahmen der Verhandlungen der Mehrwert des Vorhabens für den Vermieter herausgestellt werden. Wird die Modernisierung von Praxisräumen geplant, die mit Umbauten des Mietobjekts einhergeht, sollte argumentiert werden, dass diese Umbauten zu einer bleibenden Wertsteigerung des Mietobjektes führen, sodass eine finanzielle Beteiligung des Vermieters gerechtfertigt ist. Hat der Praxismietgeber in der Vergangenheit auf die Geltendmachung von Ansprüchen, etwa das Recht auf Mietminderung wegen Wassereintrich oder Heizungsausfall, verzichtet, hat er in neuen Verhandlungen den Vermieter daran zu erinnern. Häufig lassen sich Vermieter so leichter von einem gewissen Entgegenkommen überzeugen. Möchte der Praxismietgeber vor Ablauf der Festmietzeit vorzeitig ausziehen und liegt kein Grund zur außerordentlichen Kündigung vor, bieten sich mehrere Möglichkeiten: Mieter können dem Vermieter einen potenziellen Nachmieter präsentieren, der bereit wäre, den Mietvertrag mit allen Rechten und Pflichten zu übernehmen. Alternativ kann der Praxismietgeber dem Vermieter für die vorzeitige Beendigung des Praxismietvertrages eine Abstandsanzahlung anbieten, die zumindest einen Teil seines Mietausfalls kompensiert. Die Beispiele zeigen, dass auch während eines bestehenden Mietverhältnisses Spielraum für vertragliche Änderungen besteht. Es kommt immer darauf an, wie man auf den Vermieter zugeht und die vermeintlich widerstreitenden Interessen in Einklang bringt. Praxismietgeber sollten vorab fachlichen Rat einholen, um die Vertragssituation zu klären und die richtige Verhandlungsstrategie zu erörtern.

Kontakt

RA Oliver Weger

Fachanwalt für Medizinrecht
Wirtz, Walter, Schmitz & Partner mbB
Wilhelm-Strauß-Straße 45-47
41236 Mönchengladbach
oweger@wws-mg.de
www.wws-gruppe.de

Trauer um Per-Ingvar Brånemark

Am 20. Dezember 2014 verstarb Per-Ingvar Brånemark, Erfinder und Orthopäde – aber vor allem Wegbereiter der modernen Implantologie – nach langer Krankheit in seiner Heimatstadt Göteborg, Schweden. Vor knapp 60 Jahren entdeckte der schwedische Wissenschaftler die „Osseointegration“, revolutionierte so die Zahnmedizin und wurde



zum „Vater“ der dentalen Implantologie. Vor einem halben Jahrhundert machte Brånemark die Beobachtung, dass der menschliche Körper Titan nicht nur erträgt, sondern sogar in der Lage ist, es – unter kontrollierten Bedingungen – in lebendiges Knochengewebe zu integrieren. Seit seiner Entdeckung haben innovative, knochenverankerte, restaurative Lösungen die Lebensqualität von Millionen von Menschen in der ganzen Welt verbessert. Unter Brånemarks Führung untersuchten Ärzte, Zahnärzte und Biologen das Zusammenspiel von Knochen und Titan und entwickelten gemeinsam Techniken zur Insertion von Implantaten. Zur gleichen Zeit untersuchten Ingenieure, Physiker und Metallurgen die Oberfläche des Metalls und den Einfluss eines Implantats auf Knochenheilung und -wachstum.

Zu Beginn der Entdeckung stand die akademische Welt Brånemarks Erkenntnissen jedoch kritisch gegenüber. Auch beim

Gesuch um finanzielle Unterstützung seiner Studien wurde Brånemark wiederholt abgewiesen. Schließlich sprang das US National Institute of Health ein und unterstützte seine Forschung, sodass es ihm möglich war, wiederholt die Richtigkeit seiner Behauptung und die Durchführbarkeit von Osseointegration zu demonstrieren. Erst Mitte der 1970er war das Swedish National Board of Health and Welfare bereit, Brånemarks Methode anzuerkennen.

1981 gründete Brånemark mit dem schwedischen Rüstungshersteller Bofors das Unternehmen Nobelpharma, heute Nobel Biocare – einer der führenden Implantathersteller weltweit.

Im Laufe seines Lebens wurde der Wissenschaftler mit zahlreichen Auszeichnungen für seinen Forschergeist bedacht. Unter anderem erhielt er von der Europäischen Patentorganisation die Auszeichnung des Europäischen Erfinderpreises für sein Lebenswerk.

Abschied von Johannes Franz Hönig

Am 24. Dezember 2014 verstarb Prof. Johannes Franz Hönig, ein national und international ausgewiesener Spezialist auf dem Gebiet der Plastischen Chirurgie. Prof. Hönig engagierte sich im Rahmen seiner umfangreichen Autoren- und Referententätigkeit u. a. auch für die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Zahnärzten und Ästhetischen Chirurgen. Prof. Hönig studierte an den Universitäten Münster, Ulm, London, Paris, Brüssel, Gent, Würzburg und Göttingen und war seit 1996 Professor an der Georg-August-Universität Göttingen. Dort lehrte er das Fach Ästhetisch-Plastische Chirurgie. Als Spezialist der Plastischen Chirurgie entwickelte und verfeinerte er viele neue Operationsverfahren in der Plastischen Chirurgie, Ästhetisch-Plastischen Chirurgie sowie Rekonstruktiven Chirurgie, die heute zu anerkannt-

ten Operationsmethoden, wie z. B. das endoskopisch-videoassistierte Facelift, gehören.

Ausbildungen in plastisch-chirurgischen Zentren in den USA führten zum Erwerb von Spezialkenntnissen und Weiterent-



wicklung von anspruchsvollen Facelift-Techniken, Brust- und Bauchdeckenoperationen. Darüber hinaus machte er sich einen besonderen Namen in der Behandlung von Gesichtsfehlbildungen, Lippen- und Gesichtsspaltplastiken, Gesichtsprüf- und Nasenkorrekturen durch Umstellungsosteotomien der Gesichtsschädelknochen sowie auf dem Gebiet der Wiederherstellungschirurgie nach Tumorerkrankungen und Unfallchirurgie. Prof. Hönig wurde aufgenommen in „Who's Who in Medicine and Healthcare“, „Who's Who in Science and Engineering“ sowie „Wer ist Wer“, um nur einige zu nennen. Darüber hinaus war er beratendes Mitglied in der europäischen Wissenschaftskommission in Brüssel und wurde in der Liste der „führenden Köpfe der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie“ 2004 aufgenommen.

Adressenverzeichnis Berufsverband Deutscher Oralchirurgen (BDO)

Sekretariat/Mitgliederverwaltung				
Ingrid Marx	<i>Sekretärin</i>	Bahnhofstr. 54 54662 Speicher	Tel.: 06562 9682-15 Fax: 06562 9682-50	IZI-GmbH.Speicher@t-online.de www.oralchirurgie.org
Susanne Müller	<i>Mitgliederverwaltung</i>	Hauptstr. 126 56598 Rheinbrohl	Tel.: 02635 92596 07 Fax: 02635 9259609	BDO-MGV@t-online.de www.oralchirurgie.org
Vorstand				
Dr. Dr. Wolfgang Jakobs	<i>1. Vorsitzender</i>	Bahnhofstr. 54 54662 Speicher	Tel.: 06562 9682-0 Fax: 06562 9682-50	IZI-GmbH.Speicher@t-online.de www.izi-gmbh.de
Dr. Martin Ullner	<i>2. Vorsitzender</i>	Burgeffstr. 7a 65239 Hochheim	Tel.: 06146 601120 Fax: 06146 601140	info@praxis-ullner.de
Dr. Maria-Theresia Peters	<i>Schriftführerin</i>	Hobsweg 14 53125 Bonn	Tel.: 0228 9087669 Fax: 0228 9087673	maria-theresia-peters@t-online.de
Dr. Dr. Norbert Mrochen	<i>Schatzmeister</i>	Kerststr. 21 67655 Kaiserslautern	Tel.: 0631 66655 Fax: 0631 3605063	norbert.mrochen@t-online.de
Dr. Joachim Schmidt	<i>Beisitzer</i>	Kirchenstr. 7 59929 Brilon	Tel.: 02961 8083 Fax: 02961 2334	schmidt.oralchirurg@t-online.de
Erweiterter Vorstand und Landesvorsitzende				
Baden-Württemberg	Dr. Fridleif Bachner	Schwabstr. 18, 70197 Stuttgart	Tel.: 0711 465555	praxis@dr-bachner.com
Bayern	Dr. Christoph Urban	Abensberger Str. 50, 84048 Mainburg	Tel.: 08751 5501	urban.mainburg@t-online.de
Unterfranken	Dr. Wolfram Eisenblätter	Am Schnellertor 12, 97753 Karlstadt	Tel.: 09353 981098	dres.eisenblaetter@t-online.de
Berlin	Dr. Harald Frey	Tempelhofer Damm 129, 12099 Berlin	Tel.: 030 75705950	freydr@live.de
Brandenburg	Dr. med. dent. Alexander Hoyer	Dallgower Str. 10-14, 14612 Falkensee	Tel.: 03322 279910	praxis@praxis-hoyer.de
Hamburg	Dr. med. dent. Joel Nettey-Marbell	Schloßstr. 44, 22041 Hamburg	Tel.: 040 6829000	info@dental-werk.de
Hessen	Dr. Ingmar Nick	Dorotheenstr. 8, 61348 Bad Homburg	Tel.: 06172 189935	dringmarnick@aol.com
Niedersachsen/Bremen	Dr. Kay Gloystein	Scheunebergstr. 34, 27749 Delmenhorst	Tel.: 04221 18750	gloystein.za@t-online.de
Rheinland-Pfalz	Dr. Torsten S. Conrad	Heinrichstr. 10, 55411 Bingen	Tel.: 06721 991070	Torsten.Conrad@dr-conrad.de
Saarland	Patrick Goedicke	Keplerstr. 55, 66540 Neunkirchen	Tel.: 06821 953535	en-go@t-online.de
Mitteldeutschland	Dr. Wolfgang Seifert	Bismarckstr. 2, 08258 Markneukirchen	Tel.: 037422 47803	Dr.Seifert-Praxis@online.de
Schleswig-Holstein/ Mecklenburg-Vorpommern	Dr. Cristoph Kleinsteuber	Niendorfer Str. 65, 23560 Lübeck	Tel.: 0451 807148	dr.kleinsteuber@web.de
Westfalen-Lippe	Dr. Ulrich Goos	Westernstr. 2, 33098 Paderborn	Tel.: 05251 282398	dres.goos-gekle@t-online.de
Nordrhein	Dr. Mathias Sommer	WDR-Arkaden, Elstergasse 3, 50667 Köln	Tel.: 0221 2584966	praxis@docsommer.de
Referate – Arbeitskreis – Arbeitsgemeinschaften – Delegierte				
Pressereferat				
Dr. Markus Blume	<i>Pressereferent</i>	Uhlstr. 19-23, 50321 Brühl	Tel.: 02232 943486 Fax: 02232 943487	zambulume@aol.com
Referat für Fortbildung und Abrechnung				
Dr. Martin Ullner	<i>Fortbildungsreferent</i>	Burgeffstr. 7a, 65239 Hochheim	Tel.: 06146 601120 Fax: 06146 601140	info@praxis-ullner.de
Dr. Mathias Sommer	<i>Fortbildungsreferent</i>	WDR-Arkaden, Elstergasse 3, 50667 Köln	Tel.: 0221 2584966 Fax: 0221 2584967	praxis@docsommer.de
Dr. Markus Blume	<i>Fortbildungsreferent</i>	Uhlstr. 19-23, 50321 Brühl	Tel.: 02232 943486 Fax: 02232 943487	zambulume@aol.com
Arbeitskreis Implantologie				
Prof. Dr. H.-Chr. Lauer	<i>Wissenschaftlicher Berater des Arbeitskreises</i>	Uni ZMK, Theodor-Stern-Kai 7 60596 Frankfurt am Main	Tel.: 069 6301-5640 Fax: 069 6301-3711	H.C.Lauer@em.uni-frankfurt.de
Prof. Dr. Herbert Deppe	<i>Wissenschaftlicher Berater des Arbeitskreises</i>	Ismaninger Str. 22 81675 München	Tel.: 089 4140-2910 Fax: 089 4140-4844	Herbert.Deppe@lrz.tu-muenchen.de
Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Anästhesiologie im BDO				
Dr. Dr. Wolfgang Jakobs	<i>1. Vorsitzender</i>	Bahnhofstr. 54 54662 Speicher	Tel.: 06562 9682-0 Fax: 06562 9682-50	IZI-GmbH.Speicher@t-online.de www.izi-gmbh.de
Dr. Dr. Rainer Rahn	<i>2. Vorsitzender</i>	Anton-Burger-Weg 137 60599 Frankfurt am Main	Tel.: 069 686869 Fax: 069 686969	rr@rr11.de
Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Behindertenbehandlung im BDO				
Dr. Volker Holthaus	<i>1. Vorsitzender</i>	Kurhausstr. 5 23795 Bad Segeberg	Tel.: 04551 91288 Fax: 04551 2761	volker@familieholthaus.de
Dr. Imke Kaschke	<i>2. Vorsitzende</i>	Fritz-Erpenbeck-Ring 5 13156 Berlin	Tel.: 030 4774947 Fax: 030 4774947	imke.kaschke@charite.de
Arbeitsgemeinschaft für chirurgische Parodontologie im BDO				
Dr. Jochen Tunkel	<i>1. Vorsitzender</i>	Königstr. 19 32545 Bad Oeynhausen	Tel.: 05731 28822 Fax: 05731 260898	mail@dr-tunkel.de
Dr. Maria-Theresia Peters	<i>2. Vorsitzende</i>	Hobsweg 14 53125 Bonn	Tel.: 0228 9087669 Fax: 0228 9087673	maria-theresia-peters@t-online.de
Delegierte E.F.O.S.S. (European Federation of Oral Surgery Societies)				
Dr. Maria-Theresia Peters		Hobsweg 14 53125 Bonn	Tel.: 0228 9087669 Fax: 0228 9087673	maria-theresia-peters@t-online.de
Vertreter der Bundeswehr				
Dr. Michael Makosch	<i>Oberstarzt, Bundeswehrkrankenhaus Berlin</i>		Tel.: 030 2841-1420	Michael1Makosch@bundeswehr.org
Chefredaktion Oralchirurgie Journal				
Prof. Dr. Torsten W. Remmerbach		Holbeinstraße 29 04229 Leipzig	Tel.: 0341 2237384	oralchirurgie-journal@remmerbach.net

Implantologiemarkt

Straumann Deutschland ab 2015 unter neuer Führung



Jens Dexheimer übernimmt ab Januar 2015 die Leitung von Straumann Deutschland, der größten Tochtergesellschaft in Europa. Er tritt damit die Nachfolge von Wolfgang Becker

an, der die Niederlassung seit 2001 führte und zur Marktführerschaft in einem der wichtigsten Märkte brachte.

Neben der Rolle des Geschäftsführers übernimmt Dexheimer auch die Vertriebsleitung für die Tochtergesellschaft in Deutschland. Somit hält er alle organisatorischen Zügel für die Umsetzung der künftigen strategischen Ausrichtung des Unternehmens und der Festigung der Marktführerschaft in der Hand: „Es geht darum, besser und schneller als der Wettbewerb zu sein. Denn wir haben hervorragende Produkte und müssen kontinuierlich Mehrwerte für unsere Kunden schaffen“, erklärt Dexheimer.

Dexheimer war bisher Chef von Straumann Iberia und konnte in einer rezessiven Marktphase mit seinem Team die Marktführerschaft in Spanien erobern. Den Großteil der ersten Monate in seiner neuen Funktion will Dexheimer nun nutzen, um Kunden der Straumann GmbH zu besuchen und sich ein Bild von ihren Bedürfnissen zu verschaffen. „Die Präsenz des Managements bei den Kunden vor Ort ist eine Grundlage für den Markterfolg“, ist Dexheimer überzeugt.

Quelle: Straumann



Ausbildung

Studentisches Innovations- und Trainingszentrum

Am 23. Januar 2015 fand im Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universitätsmedizin Göttingen ein Festakt zur Vorstellung des Studentischen Innovations- und Trainingszentrums der Zahnmedizin (SINUZ) statt.

Zusammen mit den Tutoren stellte Privatdozentin Dr. Sabine Sennhenn-Kirchner, ärztliche Leitung, interessierten geladenen Gästen das SINUZ mit seinen vielfältigen Möglichkeiten vor und regte die Gäste zum Ausprobieren und Mitmachen an.

Das zahnmedizinische Simulationszentrum zählt zu den modernsten Lehrinrichtungen zahnmedizinischer Fakultäten in Deutschland mit einem einzigartigen Konzept: Es basiert auf dem Leitsatz „von Studierenden für Studierende“. Die Idee, das Konzept und die Planung stammt maßgeblich aus der Feder der studentischen „Fachgruppe Zahnmedizin“, die Finanzierung erfolgte zu 100% durch die Zahnmedizinisierenden selbst, nämlich durch 1,5 Millionen Euro Studiengebühren. Die Universitätsmedizin

Göttingen setzt mit dem SINUZ neue Standards in der Ausbildung von Zahnärzten. Angebote außerhalb des üblichen Lehrplans, von Studierenden nach den Anregungen ihrer Kommilitonen geplant und umgesetzt, erlauben einen Blick über den Tellerrand des Studiums hinaus. Die praktischen Fertigkeiten, in den regulären Curricula gelehrt, können durch intensives Selbststudium verbessert werden.

Quelle: Universitätsmedizin Göttingen

OEMUS MEDIA Gewinnspiel

... und täglich grüßt ein iPad!



Die IDS steht vor der Tür und die Dentalbranche Kopf. Zur 36. Auflage der Internationalen Dental-Schau in Köln präsentieren mehr als 2.100 Anbieter aus 56 Ländern die neuesten Innovationen, Produkte, Verfahren und Dienstleistungen der Dentalbranche. Auch die OEMUS MEDIA AG wird in Halle 4.1, Stand D060-F069 wieder live vor Ort sein und täglich unter allen Besuchern des Messestandes, die sich für den ZWP online-Newsletter registrieren lassen, ein Apple iPad Air 2 16GB WiFi verlosen. Jeden Tag wird gegen 17.30 Uhr per Zufallsprinzip ein Gewinner ausgelost und vor Ort bekannt gegeben. Das Team der OEMUS MEDIA AG freut sich auf Sie!

Quelle: OEMUS MEDIA AG



DBU gibt 460.000 Euro für Forschungsprojekt an Uni Lüneburg

Umweltfreundliche Antibiotika

Weltweit finden sich Rückstände von Medikamentenwirkstoffen in Flüssen, Bächen und Seen. Die Kläranlagen können die vom Menschen wieder ausgeschiedenen, nur schwer abbaubaren Arzneistoffe nicht zurückhalten. „Es ist dringend notwendig, den Eintrag von pharmazeutischen Wirkstoffen in die Umwelt zu stoppen. Sie können die Umwelt schädigen und langfristig ein Risiko für die menschliche Gesundheit darstellen“, sagt Dr. Heinrich Bottermann, Generalsekretär der Deutschen Bundesstiftung Umwelt (DBU). Deshalb unterstützt die DBU fachlich und finanziell mit über 460.000 Euro die Leuphana Universität Lüneburg, die ein umweltverträgliches, leichter abbaubares Antibiotikum entwickeln will. Zu der wichtigen Gruppe der viel verschriebenen Fluorchino-



lonen gehört das Antibiotikum „Ciprofloxacin“, sagt DBU-Experte Dr. Maximilian Hempel. Es habe ein breites Wirkspektrum und werde zur Behandlung von bakteriellen Infektionen und Entzündungen eingesetzt.

Nun möchte man die Struktur von Ciprofloxacin mithilfe computergestützter Berechnungen so verändern, dass es bei gleicher Wirksamkeit im menschlichen und tierischen Körper besser abbaubar ist und gar nicht mehr in die Umwelt gelangen kann. „Das Projekt kann dazu beitragen, den

Konflikt zwischen Wirksamkeit von Arzneimitteln einerseits und Natur- und Umweltschutz andererseits zu entschärfen“, sagt Hempel.

Quelle: Deutsche Bundesstiftung Umwelt

Tödliche Zahn-OP

Haft für Anästhesist, Freispruch für Arzt

Seit Dezember 2014 mussten sich zwei Mediziner, ein Zahnarzt und ein Anästhesist, wegen fahrlässiger Tötung vor dem Augsburger Amtsgericht verantworten. Denn ihre am Downsyndrom leidende Patientin wachte im Zuge einer zahnärztlichen Behandlung nicht mehr auf, erlitt infolge des dramatischen Verlaufes einen hypoxischen Hirnschaden, fiel ins Wach-

koma und starb nach zweieinhalb Jahren. Der damals 46-jährigen Patientin sollten neue Implantate gesetzt werden und so unterzog sie sich bei den Angeklagten einer Zahnoperation. Wie üblich bei solch einem schweren Eingriff wurde die Patientin in Narkose versetzt – ohne zusätzliche Beatmung. Im Laufe der OP sackte der Blutdruck ab, die Atmung fiel aus und die Patientin erlitt einen Herzstillstand. Laut Medienberichten wurden geeignete Rettungsmaßnahmen unterlassen und erst zwei Stunden später der Notarzt gerufen. Das Amtsgericht verurteilte am Freitag den Narkosearzt zu einer Haftstrafe von eineinhalb Jahren (ohne Bewährung) und den behandelnden Zahnmediziner wegen geringer Schuld zu einer Geldauflage in Höhe von 4.000 Euro. Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig.

Quelle: ZWP online, Katja Kupfer



© Sebastian Durda

Knochenregeneration

Timing ist alles!

Chemiker des Massachusetts Institute of Technology (MIT) sind einen Schritt weitergekommen in der Regeneration von Knochengewebe. Mithilfe von Wachstumsfaktoren, die gezielt über einen längeren Zeitraum abgegeben werden, erreichten sie im Tierversuch einen signifikanten Aufbau von Knochengewebe, welches natürlich gewachsenem in nichts nachsteht.

Ein Gewebegerüst ist das Zaubermittel, welches die Wissenschaftler nutzten, um direkt dort anzusetzen, wo Knochengewebe benötigt wird. Dieses Gerüst ist beschichtet mit den Wachstumsfaktoren PDGF und BMP-2, die verteilt über mehrere Wochen nach und nach freigegeben werden und so in einer „natürlichen“ Geschwindigkeit für Knochenaufbau sorgen. Bei bisherigen Versuchen zeigte sich,



© Nasim Hyder and Nisarg J. Shah, MIT

dass eine zu rasche Gabe dieser Wachstumsfaktoren nicht zu einem Gewebeaufbau führt. Die überschüssigen Wachstumsfaktoren werden abtransportiert und es ist mit Nebenwirkungen zu rechnen. Das neue Gewebegerüst sondert sie in Mengen im Nanogramm-Bereich ab. So sind ein natürlicher Knochenaufbau und die Bildung eines vaskulären Systems in diesem Gewebe möglich.

Das beschichtete Gewebe ist etwa 0,1 mm dick und kann auf eine benötigte Größe zugeschnitten werden. Von dieser Entwicklung könnten Patienten profitieren, die eine Knochenaugmentation vor dem Einsetzen von Implantaten benötigen. Das zugehörige Paper *Adaptive growth factor delivery from a polyelectrolyte coating promotes synergistic bone tissue repair and reconstruction* erschien kürzlich in den *Proceedings of the National Academy of Sciences*.

Quelle: ZWP online, Karola A. Richter

Fortbildungsveranstaltungen des BDO 2015

Baustein Bildgebende Verfahren „Continuing education program“

07.03.2015 Fach- und Sachkunde im Strahlenschutz DVT-Diagnostik Teil 1 + 2 parallel

Ort: Cranium Privatinstitut für Diagnostik, Köln/Hürth

06.06.2015 Fach- und Sachkunde im Strahlenschutz DVT-Diagnostik Teil 1 + 2 parallel

Ort: Cranium Privatinstitut für Diagnostik, Köln/Hürth

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

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

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

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

Baustein Anästhesiologie „Continuing education program“

**27.02.–01.03./ 08.–10.05.2015 Workshop „Conscious Sedation for Oral Surgery“
inkl. Reanimationsübungen und erweiterten lebensrettenden Sofortmaßnahmen
(Airway-Management) in Anlehnung an die Guidelines for „Conscious Sedation“**

Ort: Speicher

Referent: Dr. Dr. Wolfgang Jakobs

Anmeldung: IZI GmbH, Tel.: 06562 9682-15, IZI-GmbH.Speicher@t-online.de

Weitere Fortbildungsveranstaltungen

21.03.2015 3. Praxismanagementsymposium

Ort: Stromberg

Referenten: Stephan Allroggen, Prof. Dr. Günter Dhom, RA Frank Heckenbücker, RA Michael Lennartz, Dr. Peter Raab, Dr. Martin Ullner, Dr. Torsten Conrad, Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz, Rain Simone Krämer, Dr. Ingmar Nick, Sabine Schmidt, Dr. Bernd Rehberg, Dr. Susanna Zentai

Anmeldung: boeld communication GmbH, Tel.: 089 189046-0, contact@bb-mc.com

13.–17.04.2015 BDO-Aufbaukurs für ZMF und ZFA: Oralchirurgisch-Implantologische Fachassistenz

Ort: Köln

Anmeldung: ZMMZ Verlag, Tel.: 0221 99205240, info@zmmz.de

17./18.04.2015 „Assistenz bei Sedationsverfahren“ Fortbildung für Zahnmedizinische Fachangestellte

Ort: Speicher

Referent: Dr. Dr. Wolfgang Jakobs, Birthe Thomsen (DRK Speicher)

Anmeldung: IZI GmbH, Tel.: 06562 9682-15, IZI-GmbH.Speicher@t-online.de

24.–26.04.2015 Curriculum Parodontologie DGMKG/BDO

Ort: Düsseldorf

Anmeldung: www.oralchirurgie.org

06.05.2015 Seminar zur Problematik Haftung, Dokumentation und Aufklärung

Ort: Köln

Referenten: RA F. Heckenbücker, RA S. Knoch

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

19./20.06.2015 Workshop „Full-scale Human Simulator Kurs-(SimMan)“

Ort: Speicher

Referent: Dr. Dr. Wolfgang Jakobs, Dr. Nigel Robb, Birthe Thomsen

Anmeldung: IZI GmbH, Tel.: 06562 9682-15, IZI-GmbH.Speicher@t-online.de

Bitte beachten Sie auch die chirurgischen Fortbildungen der DGMKG.

Ostseekongress

8. Norddeutsche Implantologietage

5./6. Juni 2015

Rostock-Warnemünde
Hotel NEPTUN

Knochen- und Geweberegeneration – Biologische Grundlagen, aktuelle Standards und Visionen



Wissenschaftliches Programm

Workshops

Freitag, 5. Juni 2015 | 12.00 – 13.30 Uhr

- 1 **SDS** SWISS DENTAL SOLUTIONS
Dr. Ulrich Volz/Konstanz
Intensivkurs SCC Short Cut Concept nach Dr. Volz: Sofortimplantation und -versorgung als neuer Standard
- 2 **STANSTAR GUIDOR**
Dr. Dr. Angelo Trödhan/Wien (AT)
Erfolgskriterien bei der gesteuerten Knochenregeneration im Hinblick auf langfristige primäre Implantatstabilität
- 3 **PROF. DR. SANDER**
Prof. Dr. Thomas Sander/Hannover
Was ist meine Praxis wert? Grundlagen der Praxiswertermittlung
- 4 **plasma**
Frank Weber/Bad Ems
Corinna Alff/Bad Ems
Intra- und extraorales Behandeln mit plasma ONE

Programm Zahnärzte

Samstag, 6. Juni 2015 | 09.00 – 17.15 Uhr (beide Podien)

Hauptkongress > Podium Implantologie

Hauptkongress > Podium Allgemeine Zahnheilkunde

Wissenschaftliche Leitung

Dr. Theodor Thiele, M.Sc./Berlin

Referenten u.a.

Prof. Dr. Thorsten M. Ausschil/Marburg • Prof. Dr. Hans Behrbohm/Berlin • Prof. Dr. Michael Bornstein/Bern (CH) • Prof. Dr. Christian Gernhardt/Halle (Saale) • Prof. Dr. Werner Götz/Bonn • Prof. Dr. Knut A. Grötz/Wiesbaden • Prof. Dr. Thomas Sander/Hannover • Dr. Marcus Engelschalk/München • Dr. Peter Gehrke/Ludwigshafen • Dr. Moritz Kebschull/Bonn • Dr. Tomas Lang/Essen • Dr. Bernd Neuschulz, M.Sc./Hameln • Dr. Dominik Nischwitz/Tübingen • Dr. Theodor Thiele, M.Sc./Berlin • Dr. Dr. Angelo Trödhan/Wien (AT) • Dr. Ulrich Volz/Konstanz

(Änderungen vorbehalten!)

Programm Helferinnen

Samstag, 6. Juni 2015 | 09.00 – 18.00 Uhr

SEMINAR A Seminar zur Hygienebeauftragten

SEMINAR B Ausbildung zum zertifizierten Qualitätsmanagementbeauftragten QMB

Themen u.a.

Podium Implantologie

Regeneration der Kieferhöhlenschleimhaut vor und nach Sinuslift • Das vertikale Problem oder der Knochenbinneneffekt • Das Short Cut Concept (SCC) nach Dr. Volz: Knochen- und Geweberegeneration durch Implantation zum perfekten Zeitpunkt • Wann, wo & wie oft braucht es augmentative Verfahren? • Einheilung und Abbau von Knochenersatzmaterialien im Kieferknochen – Eine Zwischenbilanz nach 10 Jahren Forschung an Biopsien • Aktuelle Standards in der gerontologischen Implantatprothetik: Behandlungsoptionen im unbezahnten Kiefer • Augmentationsstrategien für Implantologen: Von der Knochendeckelmethode bis zum Bone Spreading • Rote Ästhetik – welche Erfolgsprognosen hat das Weichgewebsmanagement? • Sicherung des implantologischen Erfolges bei Patienten mit reduzierter Compliance • Biomechanische Implantatstabilität im augmentierten Oberkiefer: Grundlagen und Ergebnisse einer randomisierten klinischen Vergleichs-Studie über zwei OP-Techniken, vier Biomaterialien und dem Einsatz von Platelet Rich Fibrin • Weich- und Hartgewebsstabilisation im Sinne einer Periimplantitisprophylaxe durch digitale Implantatprothetik (Änderungen vorbehalten!)

Podium Allgemeine Zahnheilkunde

Ästhetische und funktionelle Aspekte adhäsiver Restaurationen im Rahmen der postendodontischen Versorgung • Einfluss des gingivalen Biotyps auf die chirurgisch-restaurative Implantattherapie • Oxidativer Stress in der Mundhöhle: Grundlagen und Bedeutung für die Zahnmedizin • Toxinschock aus der Mundhöhle: Wurzelbehandlung aus biologischer Sicht • Parodontistherapie als Schlüssel zu besserer Gesundheit – oder doch alles nur ausgedacht? • Was ist welche Werbung wert? Die Bedeutung der Marketingsteuerung • Frühdiagnostik und Risikomarker in der Parodontologie • Von der Zigarette zum rauchlosen Tabak: Neue Risiken in der oralen Medizin • Die beste Wurzelfüllung – Vitalerhalt vs. Wurzelkanalbehandlung (Änderungen vorbehalten!)

Gemeinsames Podium Implantologie/Allgemeine Zahnheilkunde

Infiltrationstherapie zur Behandlung fluorotischer Veränderungen • Juristische Aspekte vor dem Hintergrund des Patientenrechtgesetzes und der aktuellen BGH-Urteile (Änderungen vorbehalten!)

Abendveranstaltung

ab 19.00 Uhr: Classic on the Beach

Welcome-Reception am Strand von Warnemünde, direkt vor dem Hotel NEPTUN, und Live-Musik

20.00 Uhr: Dine & Dance on the Top

Abendveranstaltung in der Sky-Bar des Hotels NEPTUN mit Büfett, Getränken sowie Tanz mit DJ und Hit-Wunschprogramm

Organisatorisches

Hauptkongress > Samstag, 6. Juni 2015

Zahnarzt (Frühbucherrabatt bis 30.03.2015)	175,- € zzgl. MwSt.
Zahnarzt	195,- € zzgl. MwSt.
Assistenten (mit Nachweis)	99,- € zzgl. MwSt.
Helferinnen (Seminar A oder B)	99,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale*	49,- € zzgl. MwSt.

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

Abendveranstaltung > Freitag, 5. Juni 2015

Classic on the Beach	kostenfrei
Dine & Dance on the Top	kostenfrei
Teilnehmer Hauptkongress (Zahnärzte)	60,- € zzgl. MwSt.
Helferinnen/Assistenten	60,- € zzgl. MwSt.
Teilnehmer nur Seminare	60,- € zzgl. MwSt.
Begleitpersonen	60,- € zzgl. MwSt.

Im Preis enthalten sind Speisen, Getränke und Musik. Bitte tragen Sie Ihre Teilnahme an der Abendveranstaltung unbedingt auf der Anmeldung ein.

Veranstalter

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



www.ostseekongress.com

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG sowie nähere Informationen zum Programm finden Sie auf unserer Homepage www.oemus.com



Anmeldeformular per Fax an
0341 48474-290
oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig

Für den Ostseekongress/8. Norddeutsche Implantologietage am 5./6. Juni 2015 in Rostock-Warnemünde melde ich folgende Person verbindlich an: (Zutreffendes bitte ausfüllen bzw. ankreuzen)

		HAUPTKONGRESS
		Podien
		<input type="checkbox"/> Implantologie
		<input type="checkbox"/> Allg. Zahnheilkunde
		<input type="checkbox"/> Seminar A (Hygiene)
		<input type="checkbox"/> Seminar B (QM)
		WORKSHOPS
		Workshop 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Titel, Name, Vorname, Tätigkeit		Freitag
		Samstag

Abendveranstaltung (Freitag, 5. Juni 2015)

Classic on the Beach: ____ (Bitte Personenzahl eintragen)

Dine & Dance (Sky-Bar): ____ (Bitte Personenzahl eintragen)

Praxisstempel

Datum/Unterschrift

E-Mail-Adresse (Bitte angeben!)

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen zum Ostseekongress/8. Norddeutsche Implantologietage erkenne ich an.

Kongresse, Kurse und Symposien



22. IMPLANTOLOGY START UP

24./25. April 2015
 Veranstaltungsort: Düsseldorf
 Tel.: 0341 48474-308
 Fax: 0341 48474-290
www.startup-implantology.de



16. EXPERTENSYMPOSIUM „Innovationen Implantologie“

24./25. April 2015
 Veranstaltungsort: Düsseldorf
 Tel.: 0341 48474-308
 Fax: 0341 48474-290
www.innovationen-implantologie.de



Präventions- und Mundgesundheitstag 2015

8. Mai 2015
 Veranstaltungsort: Essen
 Tel.: 0341 48474-308
 Fax: 0341 48474-290
www.praevention-mundgesundheit.de



Ostseekongress/8. Norddeutsche Implantologietage

5./6. Juni 2015
 Veranstaltungsort: Rostock-Warnemünde
 Tel.: 0341 48474-308
 Fax: 0341 48474-290
www.ostseekongress.com



2. Giornate Romane

19./20. Juni 2015
 Veranstaltungsort: Rom, Italien
 Tel.: 0341 48474-308
 Fax: 0341 48474-290
www.giornate-romane.info

Zeitschrift des Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen

ORALCHIRURGIE Journal

Berufsverband Deutscher Oralchirurgen

Sekretariat:

Ingrid Marx
 Bahnhofstraße 54
 54662 Speicher

Tel.: 06562 9682-15

Fax: 06562 9682-50

izi-gmbh.speicher@t-online.de

www.izi-gmbh.de

Impressum

Herausgeber:

OEMUS MEDIA AG in Zusammenarbeit
 mit dem Berufsverband
 Deutscher Oralchirurgen

Chefredaktion:

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

Verleger:

Torsten R. Oemus

Redaktionsleitung:

Georg Isbaner, M.A.
 Tel.: 0341 48474-123
g.isbaner@oemus-media.de

Verlag:

Oemus Media AG
 Holbeinstraße 29
 04229 Leipzig
 Tel.: 0341 48474-0
 Fax: 0341 48474-290
kontakt@oemus-media.de
www.oemus.com

Redaktion:

Katrin Maiterth
 Tel.: 0341 48474-133
k.maiterth@oemus-media.de

Layout:

Sandra Ehnert/Theresa Weise
 Tel.: 0341 48474-119

Korrektorat:

Ingrid Motschmann
 Frank Sperling
 Tel.: 0341 48474-125

Verlagsleitung:

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

Druck:

Silber Druck oHG
 Am Waldstrauch 1
 34266 Niestetal

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. Jochen Jackowski, Universität Witten/Herdecke; Prof. Dr. Fouad Khoury, Privatklinik Schloss Schellenstein; Prof. Dr. Georg Nentwig, Universität Frankfurt am Main; Prof. Dr. Gerhard Wahl, Universitätsklinik Bonn; Prof. Dr. Thomas Weischer, Universität Duisburg-Essen; Dr. Peter Mohr; Dr. Dr. Wolfgang Jakobs, Speicher; Priv.-Doz. Dr. Dr. Rainer Rahn, Frankfurt am Main; Dr. Daniel Engler-Hamm, München

Erscheinungsweise:

Das Oralchirurgie Journal – Zeitschrift des Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen – erscheint 2015 mit 4 Ausgaben. Es gelten die AGB

Verlags- und Urheberrecht:

Die Zeitschrift und die enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des 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



ABOSERVICE

Oralchirurgie Journal

Interdisziplinär und
nah am Markt

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



Bestellformular

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

Andreas Grasse | E-Mail: grasse@oemus-media.de

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	10-mal	99,00 €*
<input type="checkbox"/> Prophylaxe Journal	4-mal	44,00 €*
<input type="checkbox"/> Oralchirurgie 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/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon/E-Mail

Unterschrift

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

Datum/Unterschrift

Kann man Lebensqualität implantieren?

Mit Genuss essen. Unbefangen sprechen. Herzlich lachen. Einfach unbeschwert am Leben teilhaben – nichts ist für Ihre Patienten kostbarer. Und nicht weniger erwarten sie von Ihnen!

DENTSPLY Implants unterstützt Sie dabei, Ihre Patienten optimal zu behandeln. Mit innovativen Technologien für eine effiziente und erfolgreiche Implantattherapie. Und mit weitreichendem Service, wie zum Beispiel unserem vielfach bewährten Praxisentwicklungsprogramm oder einem umfassenden Fortbildungsangebot.

Unsere aufgeschlossenen und kompetenten Mitarbeiter machen sich für den Erfolg Ihrer Praxis stark. Damit auch Sie gut lachen haben – und nicht nur Ihre Patienten.

Lebensqualität kann nicht jeder implantieren. Sie schon! Mit den zuverlässigen Lösungen von DENTSPLY Implants – denn darauf kommt es an.

Umfassende Lösungen für alle Phasen der Implantattherapie



Professionelle
Praxisentwicklung

STEPS™



Digitale Planung

SIMPLANT™



Regenerative
Lösungen

SYMBIOS™



Implantate

ANKYLOS™

**ASTRA TECH
IMPLANT SYSTEM**

XiVE™



Prothetische
Versorgungen

ATLANTIS™

IDS 2015
 BESUCHEN SIE UNS IM

DENTSPLY VILLAGE
 HALLE 11.2
 STAND K-030/M-039

www.dentsplyimplants.de

