

iSy bleibt iSy und
bietet jetzt noch mehr
Flexibilität.



Entscheiden Sie sich für Erfolg!

(R)Evolution® –

Die Nr. 1 im MIMI® –

Flapless-Verfahren



Dafür stehen Champions® (R)Evolution®-Implantate

- Minimal-invasive Methodik der Implantation (MIMI®)
- Unkomplizierte und bezahlbare Premium-Implantate
- Sofortimplantation, -versorgung und -belastung
- Durchmesser 3,5 – 4,0 – 4,5 – 5,5 mm
- Alle Abutments max. 49,- €, Zirkon ICA 39,- €
- Qualität und einzigartige Innovationen
- 100 % made in Germany
- Eigene Produktionsstätte in Süddeutschland



Priv.-Doz. Dr. med. dent. Armin Nedjat
Zahnarzt, Implantologe
Champions-Implants GmbH | CEO | Geschäftsführer
Entwickler des MIMI®-Flapless-Verfahrens
ICOI Diplomate



Sehen Sie unsere
OP-Videos auf Vimeo
vimeo.com/85747366

MIMI[®] – Flapless

Die (r)evolutionäre minimal-invasive Methodik der Implantation

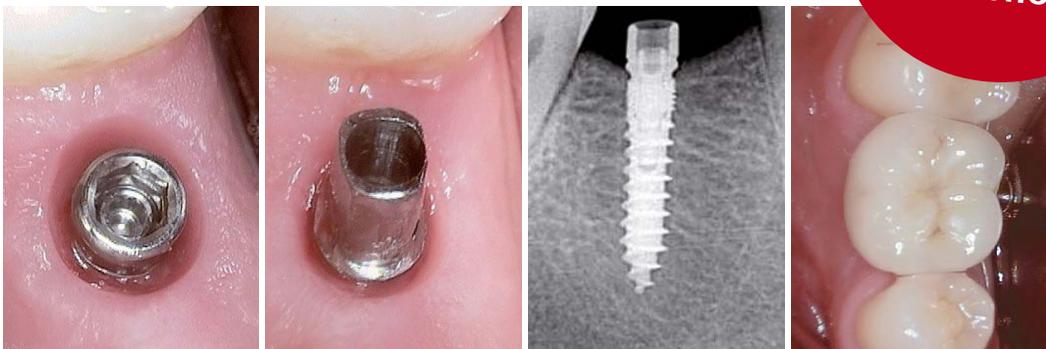
In nur einer Sitzung erfolgt die sanfte, für den Patienten „unblutige“ Implantation, Ausformung der Gingiva und Abformung. Bereits in der Folgesitzung erfolgt i.d.R. das Eingliedern der Restauration.

MIMI[®] (r)evolutioniert die Implantologie bereits in über 40 Ländern

- Keine Mukoperiost-Lappen-Bildung
- Keine Freilegung des Implantats
- Unkompliziertes chirurgisch/prothetisches Prozedere
- Krestale Entlastung der harten Kortikalis
- Schmerzarm, patientenfreundlich und bezahlbar

Schon mehr als 4.000 Praxen, Kliniken und Ordinationen sind weltweit „Champions“ – wann gehören Sie dazu?

Praktisch-orientierte
HANDS-ON-
Workshops



Wir stehen für einen direkten Kontakt.
Ihr kurzer Weg bei Fachfragen an
unseren CEO | Geschäftsführer
Priv.-Doz. Dr. med. dent. Armin Nedjat:
☎ +49 (0)151 152 536 92

Die (R)Evolution in der
modernen Implantologie

Wie wird man Implantologin/ Implantologe?

Implantologie umfasst die Wiederherstellung von Funktion und Ästhetik nach dem Verlust von Zähnen und – nicht selten – auch deren alveolärer Basis. Es ist *das* Querschnittsfach der Zahnheilkunde, das die klassischen Disziplinen Orale Chirurgie und Prothetik miteinander verknüpft und fundierte Kenntnisse aus parodontaler und restaurativer Sicht hinsichtlich der Erhaltungswürdigkeit der eigenen Zähne verlangt. Implantologie ist mittlerweile wissenschaftlich gut begleitet, implantologische Therapieempfehlungen und -konzepte fanden und finden Eingang in Leitlinien und Konsensuspapiere.

Bislang wird eine fächerübergreifende implantologische Lehre an unseren Universitäten allerdings nur sehr vereinzelt angeboten; sie ist nach der derzeit gültigen Approbationsordnung auch nicht als Fachgebiet verankert. Die klassischen Fächer Orale Chirurgie, Prothetik und Parodontologie bieten hier Teilaspekte an, häufig kompetitiv und ohne abgestimmte Lehrkonzepte. Das chirurgische Inserieren von Implantaten am Patienten durch Studierende stößt überdies auf forensische Grenzen.

Es besteht also ein universitäres Ausbildungsdefizit, welches postgradual kompensiert werden muss. Dazu bietet eine Vielzahl von Organisationen Kurse und Curricula an: Zahnärztekammern, implantologische Gesellschaften, Industrie. Die Universitäten sind dabei, Masterstudiengänge zu implementieren. Für die Anbieter sind die wirtschaftlichen Aspekte durchaus motivierend. Die Inhalte der Curricula sind größtenteils umfassend, die Nachfrage ist hoch, die Qualität der Ausbildung

der jeweiligen Anbieter wird im Einzelnen naturgemäß aber schwer zu messen sein.

Die Frage für den „Einsteiger“ ist also: Wie und wo finde ich das geeignete Ausbildungskonzept? Aus meiner Erfahrung möchte ich antworten, dass es eine Mischung aus theoretischer Wissensvermittlung, visueller Begleitung von Eingriffen/Hospitalisation und handwerklichem Training an geeigneten Phantommodellen oder idealerweise an Humanpräparaten sein sollte. Lernzielkontrollen helfen zu überprüfen, ob das vermittelte Wissen „angekommen“ ist. Und dennoch: Der Sprung zum eigenständigen Eingriff am Patienten ist für manche nach wie vor sehr hoch, manchmal zu hoch.

Hier kann ein „Personal Coaching“ durch einen erfahrenen Kollegen oder eine Kollegin helfen, die noch bestehenden Schwellenängste abzubauen. Ein engagierter Coach und ein geeigneter, aufgeklärter Patient bieten die nötigen Voraussetzungen, den Coach-begleiteten implantologischen Eingriff erfolgreich zu gestalten. Im Idealfall entwickelt sich eine Art „Patenschaft“, die den/die zu Betreuende/n bis zur Selbstständigkeit begleitet. Die wissenschaftlichen implantologischen Gesellschaften sind hier am besten in der Lage, aus ihren erfahrenen Mitgliedern Coaches zu rekrutieren und zu motivieren, derartige Supervisionen und persönliche Betreuung zu übernehmen.

Prof. Dr. Georg-Hubertus Nentwig,
Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie
und Implantologie
Universität Frankfurt am Main



Prof. Dr. Georg-Hubertus Nentwig,
Direktor der Poliklinik für
Zahnärztliche Chirurgie und
Implantologie,
Universität Frankfurt am Main,
Fortbildungsreferent der DGOI

Prof. Dr. Georg-
Hubertus Nentwig
[Infos zum Autor]



NSK

CREATE IT.



MEHR SICHERHEIT, MEHR KAPAZITÄT.

iClave plus STERILISATOR



NSK Europe GmbH

TEL.: +49 (0)6196 77606-0 FAX: +49 (0)6196 77606-29
E-MAIL: info@nsk-europe.de WEB: www.nsk-europe.de

Der Trend in der dentalen Implantattherapie geht im nicht sichtbaren Bereich zu standardisierten, funktionellen und kostengünstigen Behandlungsmethoden. Mit den Fortschritten, die in den letzten Jahren in der Implantattherapie erreicht wurden, wachsen in gleichem Maße die Ansprüche der Zahnärzte wie auch die der Patienten an die Möglichkeiten einer funktionellen und ästhetischen prothetischen Versorgung.



Standardisierte Implantatprothetik mit Konzept

Autoren: Dr. Steffen Kistler, ZTM Ricarda Eiterer



Abb. 1:
Das Röntgenbild zeigt die reossifizierten Alveolen und einen angemessen hohen Kieferknochen.

die daraus resultierenden Erfolge bieten uns viele Möglichkeiten, standardisierte Eingriffe deutlich einfacher und schneller umzusetzen. Neue Implantatkonzepte oder kurze und dünnere Implantatvarianten erlauben bei bestimmten Indikationen Implantationen ohne aufwendige chirurgische Eingriffe, wie zum Beispiel den Knochenaufbau. Im nachfolgenden Artikel beschreiben wir das einfache und schonende Behandlungskonzept im Unterkieferseitenzahnbereich mit dem iSy Implantatsystem von CAMLOG.

Das Therapiekonzept

Aufgrund der verbesserten Mundgesundheits nimmt der Anteil der Einzelzahnversorgungen in allen Altersgruppen zu. Der Trend geht weg von der Präparation gesunder Zahnschubstanz für Brückenversorgungen hin zum Einzelzahnimplantat. Unseren Patienten ist eine gute zahnmedizinische Versorgung sehr wichtig. Sie entscheiden sich immer öfter für eine festsitzende Implantattherapie. Unsere erlangten umfassenden Erfahrungen und

In unserer Praxis wird die Zahl der chirurgischen Eingriffe während der Implantatbehandlung so gering wie möglich gehalten. Zum einen sind diese Konzepte schonender und zum anderen für uns und den Patienten mit weniger Zeitaufwand verbunden, was die Behandlung für alle Beteiligten auch kostengünstiger

macht. Unter Einhaltung der erforderlichen Kriterien ist die transmukosale Einheilung der Implantate im nicht sichtbaren Bereich in unserer Praxis State of the Art.^{1,2} Die stabile periimplantäre Weichgewebssmanschette fungiert bei der offenen Einheilung als Barriere für darunter liegende Strukturen und reduziert das Risiko einer mikrobiellen Kontamination, unter der die Implantateinheilung direkt nach dem chirurgischen Eingriff leiden würde. Das transmukosale Attachment ist eine essenzielle Grundvoraussetzung für die erfolgreiche Implantatversorgung. Hierbei unterstützt uns das iSy Implantatkonzept. Denn bei der Einhaltung des Konzepts verbleibt die Implantatbasis bis zum Einsetzen der definitiven prothetischen Versorgung im Mund. Der Gingivaformer und die Multifunktionskappe – für den Scan oder zur Abformung – werden auf die Implantatbasis aufgesteckt. Somit wird ein häufiger Abutmentwechsel vermieden und die Adhäsion des Kollagenfasergerüsts wird nur einmal, beim Einsetzen der Versorgung, aufgelöst.³



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4

Abb. 2: Das Operationsgebiet in Regio 46, 47 stellt sich mit ausreichend keratinisierter Gingiva dar. – **Abb. 3:** Durch eine krestale Schnittführung und eine Entlastungsinzision nach mesial wurde der Kieferknochen freigelegt. – **Abb. 4:** Die Implantatpositionen und -angulation wurden nach der Pilotbohrung mit Richtungsindikatoren kontrolliert.

Aurea®

phibo^φ

Aurea®: Design. Funktionalität. Ästhetik.

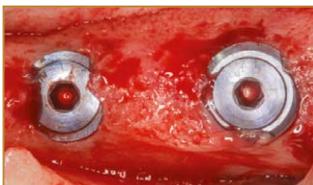
We decode nature.



Tiefen- / Anschlagstop



Mehrfachbohrer mit Sammelkammer für autologes Knochenmaterial



Innenliegende Deckschraube und Knochenüberlagerung an der Implantatschulter bei Freilegung



Konische Innensechskantverbindung mit einer basalen parallelwandigen Torxverbindung



“Aufgrund meiner langjährigen Erfahrung mit unterschiedlichen Implantatsystemen, knochenerhaltenden Maßnahmen und augmentativen Verfahren stelle ich fest, dass dieses System hervorragende Resultate zeigt.”

*Dr. med. dent. Jörg Munack, M.Sc.,
ZahnMedizinischesTeam am Aegi (www.zmtaa.de),
Hannover*



“Darüber hinaus bietet das System sowohl im implantologischen als auch prothetischen Bereich komplette Lösungen für das Labor und die Praxis.”

*Dr. med. dent. Jens Becker, M.Sc.,
ZahnMedizinischesTeam am Aegi (www.zmtaa.de),
Hannover*



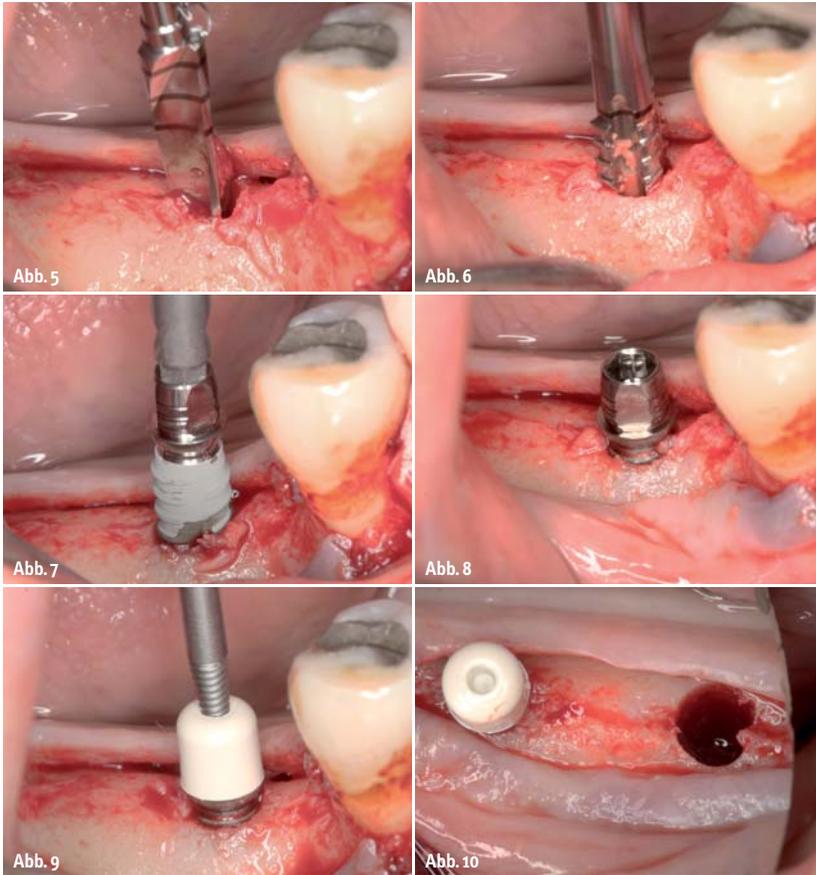
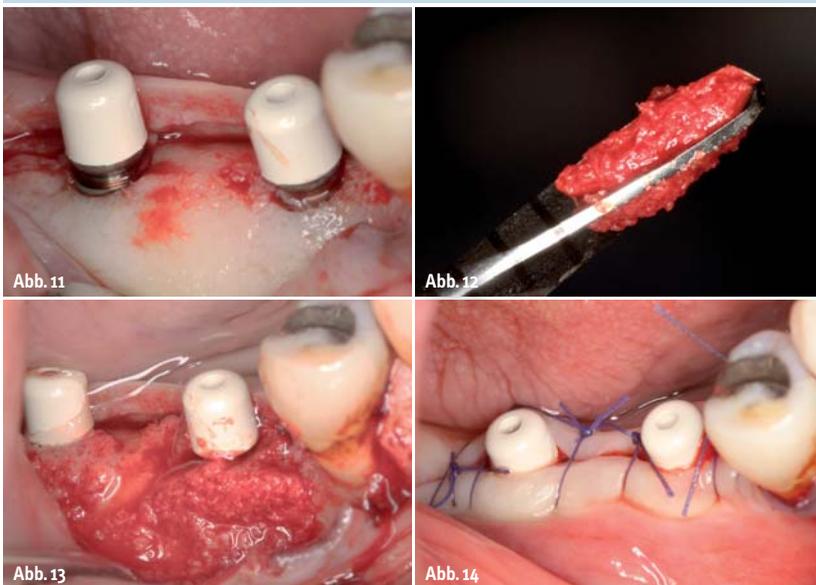


Abb. 5: Nach der Pilotbohrung wurde das Implantatbett mit dem Einpatienten-Finalbohrer auf die gewünschte Tiefe von 11 Millimeter aufbereitet. – **Abb. 6:** Der Gewindeschneider wurde eingesetzt, um den Eindrehwiderstand im dichten Knochen zu verringern. – **Abb. 7:** Das iSy Implantat, vormontiert auf der Implantatbasis, wurde mithilfe des Eindrehinstruments inseriert. – **Abb. 8:** Das Implantat wurde vestibulär epi-krestal platziert und eine Fläche der Implantatbasis nach bukkal ausgerichtet. – **Abb. 9:** Der Gingivaformer wurde aus der Verpackung genommen und auf die Implantatbasis aufgeklippt. – **Abb. 10:** Die Aufsicht zeigt das auf 4,4 Millimeter aufbereitete Implantatlager in Regio 47. – **Abb. 11:** Der Platform-Switch der epikrestal platzierten Implantate ist gut zu erkennen. – **Abb. 12:** Die Knochenspäne, die sich beim Aufbereiten des Implantatlagers in den Spiralen des Formbohrers sammeln, ... – **Abb. 13:** ...wurden zur lateralen Auflagerung verwendet. – **Abb. 14:** Mit Einzelknopfnähten wurde das Weichgewebe dicht um die Gingivaformer geschlossen.



Der Befund und die Planung

Ein 59-jähriger Patient wurde in unserer Praxis aufgrund einer Wurzelfraktur des ersten Molaren im vierten Quadranten vorstellig. Der allgemeinmedizinische und zahnmedizinische Befund war ansonsten unauffällig. Nach der Extraktion des Zahnes 46 und dem vorangegangenen Verlust des zweiten Molaren 47 musste die Kaufunktion wiederhergestellt werden. Sein Wunsch war eine festsitzende Versorgung auf Implantaten. Die Alternative eines herausnehmbaren Zahnersatzes lehnte er ab, da er bereits mit Implantaten an anderer Stelle versorgt ist und sehr gut damit zu recht kommt. Die Option der verkürzten Zahnreihe wurde wegen der Elongationsproblematik der Gegenzähne nicht in Erwägung gezogen. Circa ein Jahr nach der Extraktion von 46 evaluierten wir anhand einer DVT-Aufnahme die Knochenhöhe und -breite im Operationsgebiet. Zur korrekten prothetischen Positionierung der Implantate ließen wir von unserem Zahntechniker eine Orientierungsschablone anfertigen. Geplant wurden zwei iSy Implantate, eines in Regio 46 mit 11 Millimeter Länge und 3,8 Millimeter Durchmesser und eines in Regio 47 (9 Millimeter Länge, 4,4 Millimeter Durchmesser).

Die Implantatinnenkonfiguration ist ein 75°-Konus mit einem Sechskant zum Rotationschutz. Die Versorgung erfolgt beim iSy Implantatsystem mit Platform-Switch-Abutments.⁵

Die Implantation

Schonendere Schnittführungen und kleinere Inzisionen sind einer Flapless-Implantatinsertion überlegen, da der Knochen gut dargestellt wird und ein kontrolliertes Arbeiten gewährleistet ist. Zum Zeitpunkt des chirurgischen Eingriffs lag ein Klasse III-Defekt nach Cawood und Howell vor.⁶ Die Höhe und Breite des Knochenkamms war angemessen, die Alveolen waren reossifiziert und der Kieferkamm leicht abgerundet (Abb. 1 und 2). Durch einen krestalen Schnitt wurde die Attached Gingiva im Operationsgebiet mittig geschlitzt, sodass lingual und vestibulär mindestens ein Millimeter fixierte Schleimhaut vorhanden war. Das ist sowohl für den späteren dichten Wundverschluss als auch für eine langzeitstabile Rekonstruktion und eine gute Hygienefähigkeit notwendig. Nach einer Entlastungsinzision nach mesial um Zahn 45 präparierten wir

Knochenersatzmaterial

GUIDOR®
easy-graft

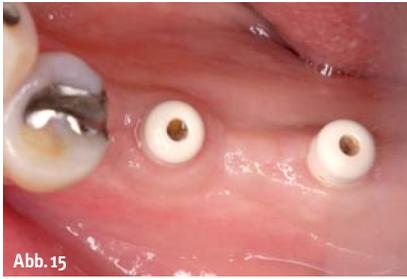


Abb. 15



Abb. 16

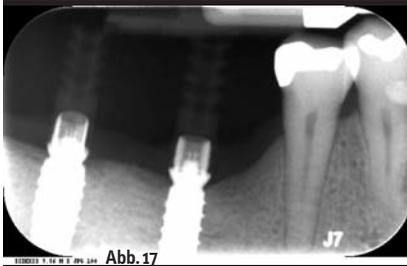


Abb. 17



Abb. 18

Abb. 15: Zehn Wochen nach Operation zeigte sich eine gesunde und stabile Weichgewebssituation. – **Abb. 16:** Zur Abdrucknahme wurden die Gingivaformer von den Implantatbasen entfernt... – **Abb. 17:**... und die Multifunktionskappen aufgesteckt. – **Abb. 18:** Die Kontrolle der exakten Positionierung erfolgte mithilfe eines Röntgenbildes.

einen Mukoperiostlappen nach vestibulär und lingual, um den Kieferknochen darzustellen (Abb. 3). Die Orientierungsschablone wurde über die Restbezaugung im Unterkiefer lagestabil fixiert und die Pilotbohrung mit dem 2,8 Millimeter iSy Pilotbohrer auf die gewünschte Implantationstiefe, in Regio 46 auf 11 Millimeter und in Regio 47 auf neun Millimeter, durchgeführt. Wir entfernten die Schablone und kontrollierten die prothetisch orientierte Position der Implantatlager mit den Tiefen- und Richtungsindikatoren (Abb. 4).

Die Implantatinsertion

Im iSy Implantatset sind unter anderem das Implantat und ein Einpatienten-Formbohrer enthalten. Das Bohrprotokoll beim iSy System ist bewusst reduziert gehalten. Durch die besondere Bohrerkonfiguration wird nach der 2,8 Millimeter Pilotbohrung sofort der Finalbohrer des jeweiligen Implantatdurchmessers verwendet. Die steril verpackten Bohrer wurden mit dem Winkelstückberührungsfrei aus dem Halterentnommen und das Implantatbett in Regio 46 auf



Abb. 19



Abb. 20



Abb. 21



Abb. 22

Abb. 19: Die Multifunktionskappen von basal nach geschlossener Abformung mit Polyether. – **Abb. 20:** Die im Implantatset beinhalteten zusätzlichen Multifunktionskappen wurden der Okklusion entsprechend gekürzt. – **Abb. 21:** Die gekürzten Multifunktionskappen dienen zur Abstützung der Freisituation bei der Bissnahme. – **Abb. 22:** Die iSy Laborkomponenten wurden zusammengesraubt (Bildausschnitt unten)...

Besuchen Sie unseren
 Pre-Congress Workshop im
 Rahmen des ICOI Weltkongresses
 in Berlin am 15. Oktober 2015,
 16:15 – 18:15 Uhr.

- 100 % alloplastisches Knochenersatzmaterial
- Soft aus der Spritze
- Im Defekt modellierbar
- Härtet in situ zum stabilen Formkörper

www.easy-graft.com

Verkauf:

Sunstar Deutschland GmbH
 Aiterfeld 1 · 79677 Schönau
 Fon: +49 7673 885 10855
 Fax: +49 7673 885 10844
 service@de.sunstar.com

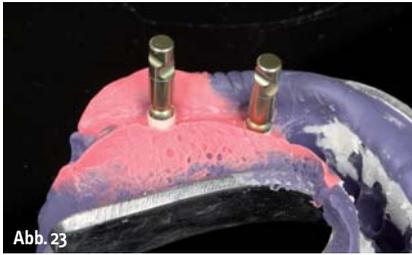


Abb. 23



Abb. 24



Abb. 25



Abb. 26



Abb. 27



Abb. 28

Abb. 23: ... und in die Multifunktionskappen im Abdruck reponiert. – **Abb. 24:** Nach der Herstellung des Meistermodells wurden die Kronendurchtrittsprofile angelegt und Rillen zur visuellen Kontrolle eingefräst. – **Abb. 25:** Zum Verkleben der Hybridabutmentkrone wurden die iSy Titanbasen CAD/CAM mit einem Laboranalog verschraubt und silanisiert. – **Abb. 26:** Die verklebte Hybridabutmentkrone wurde abgenommen, der Kleberüberschuss entfernt und die Übergänge poliert. – **Abb. 27:** Nach dem Verkleben der Kronen wurde die Okklusion final überprüft. – **Abb. 28:** Die sterilisierten Hybridabutmentkronen wurden mit neuen Abutmentschrauben in die Praxis geliefert.

3,8 Millimeter und in Regio 47 auf 4,4 Millimeter final aufgeweitet (Abb. 5). Da der kortikale Knochen im vorliegenden Patientenfall einer Knochen-dichte 2 entsprach, benutzten wir einen Gewindeschneider, um den Eindrehwiderstand zu verringern und dadurch einer Nekrose entgegenzuwirken (Abb. 6). Das iSy Implantat wird vormontiert auf der Implantatbasis geliefert. Das Implantat wurde mit dem Eindrehinstrument, das mit leichtem Druck in die Implantatbasis einrastet, aus der Sterilverpackung entnommen, in den Operationsbereich übertragen und inseriert (Abb. 7). Wegen des vorgeschrittenen Gewindes musste darauf geachtet werden, dass die Positionen der Gewindeansätze in der Kortikalis und am Implantat übereinstimmen. Die Implantatschulter wurde epikrestal platziert und eine Fläche des Sechskants nach bukkal ausgerichtet. Zur optischen Kontrolle der korrekten Ausrichtung dient eine Fläche an der Implantatbasis, die mit der Fläche des Sechskants korrespondiert (Abb. 8). Der zylindrische Gingivaformer aus PEEK, enthalten im Implantat-Set, wurde mithilfe des Handgriffs für Gingivaformer auf die Implantatbasis geklickt (Abb. 9). Anschließend wurde das Implantat in Regio 47 auf die gleiche Weise inseriert und der Gingivaformer aufgesteckt (Abb. 10 und 11). Die in den Spiralen der Formbohrer gewonnenen Knochenspäne (Abb. 12) verwendeten wir zur lateralen Knochenanlagerung (Abb. 13). Mit nicht resorbierbaren Einzelknopfnähten (RESORBA 5,0) verschlossen wir den OP-Bereich und ließen die Implantate, dem iSy Konzept folgend, offen einheilen (Abb. 14).

Die Abformung und prothetische Versorgung

Da der Patient keine provisorische Versorgung wünschte, begannen wir mit der definitiven prothetischen Versorgung zehn Wochen nach dem chirurgischen Eingriff. Zum Zeitpunkt der Abformung zeigte sich eine ausreichend stabile Attached Gingiva (Abb. 15). Wir entfernten die PEEK Gingivaformer von der Implantatbasis und steckten die Multifunktionskappen, die im Implantat-Set enthalten sind, auf die Basis auf (Abb. 16 bis 18). Mit einem Polyether-Abformmaterial (Impregum™ Plus, 3M ESPE) und einem geschlossenen Löffelformten wir die Implantatsituation ab. Die Retentionen der Multifunktionskappen sind optimal gestaltet, sodass sie exakt und ohne Verzug im Abformmaterial gehalten werden (Abb. 19). Die beiden weiteren Multifunktionskappen aus den Implantat-Sets verwendeten wir als Bissregistrierhilfen. Sie wurden entsprechend der Gegenkieferbe-zahnung gekürzt, aufgesteckt und anschließend ein Bissregistrator in statischer Okklusion gemacht (Abb. 20 und 21). Diese Abstützung verhindert ein Absinken des Modells bei der Artikulation. Im Labor verschraubte der Zahntechniker die iSy Laboranaloge mit den Laborimplantatbasen, reponierte diese in die Multifunktionskappen im Abdruck, stellte das Meistermodell her und artikulierte die Modelle ein (Abb. 22 bis 24). Bis zur Fertigstellung der Versorgung wurden die Gingivaformer wieder aufgesteckt. Im Labor wurden im CAD/CAM-Verfahren die anatomisch verkleinerten Hybridabutmentkro-

nen konstruiert, aus Zirkongefräst (Zirkonzahn) und anschließend individuell verblendet, wobei wir immer darauf achten, dass die Schraubenzugangskanäle zur Vermeidung von Chipping oder Frakturen in Zirkon gefasst werden. Der marginale Anteil der Hybridabutments ist bis zur gingivalen Grenze konkav gestaltet. Die Kronenaustrittsprofile entsprechen dem Austritt natürlicher Zähne und fügen sich harmonisch in die Zahnreihe ein. Die Interdentalräume sind so gestaltet, dass sie problemlos zu reinigen sind. Die Hybridabutmentkronen wurden unter Zuhilfenahme der Klebehilfen mit den iSy Titanbasen CAD/CAM verklebt. Dafür wurde das Abutment silanisiert, der Kleberbereich der Zirkonkrone zur Basis aktiviert und beides miteinander verklebt (Abb. 25 und 26). Die Kleberüberschüsse wurden entfernt und die Übergänge zur Basis poliert. Nach einer finalen Okklusionskontrolle im Labor (Abb. 27) wurden die Hybridabutmentkronen sterilisiert und in die Praxis geliefert (Abb. 28).

Das Eingliedern der definitiven Versorgung

Vor dem Eingliedern der Hybridabutmentkronen wurden die Gingivaformer entfernt (Abb. 29) und zum ersten Mal die Implantatbasen abgenommen.⁷ Die Abbildung 30 zeigt die leicht blutenden Weichgewebean-teile, hervorgerufen durch das Lösen der am Abutment angelagerten Kollagenfasern. Diese Abbildung veranschaulicht die gute Abdichtung zum peri-implantären Hart- und Weichgewebe durch die

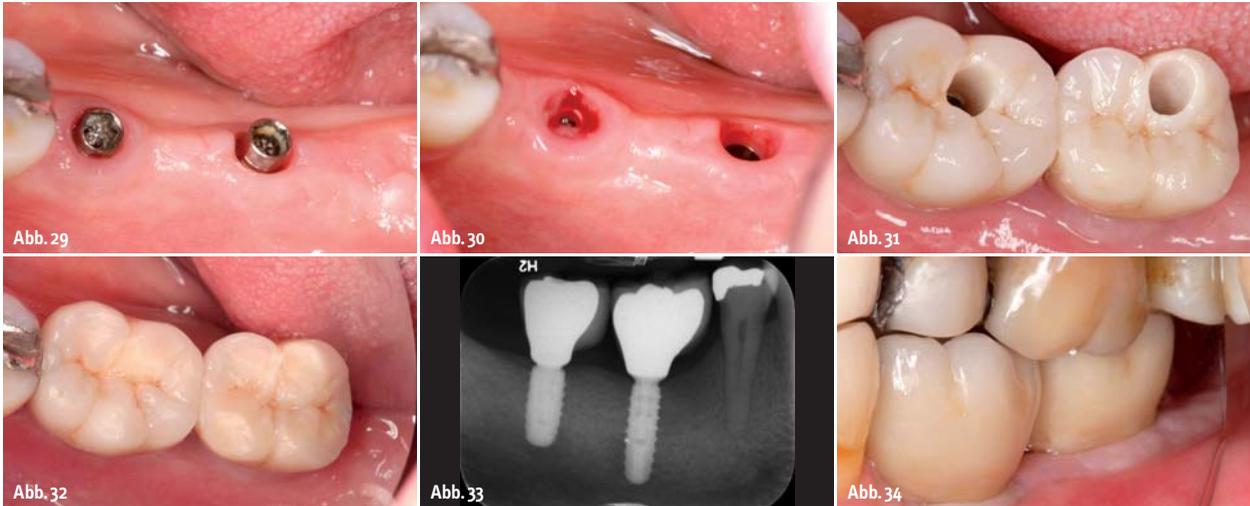


Abb. 29: Zum Eingliedern der Hybridabutmentkronen wurden die Gingivaformer entfernt. – **Abb. 30:** Zum ersten Mal nach dem chirurgischen Eingriff wurden die Implantatbasen abgenommen. Das Lösen der anhaftenden Kollagenfasern rief eine leichte Blutung hervor. – **Abb. 31:** Die Hybridabutmentkronen wurden eingesetzt und die Schrauben mit 20 Ncm angezogen. Gut zu erkennen sind die in Zirkon gefassten Schraubenzugangskanäle. – **Abb. 32:** Die Schraubenzugangskanäle wurden mit Komposit verschlossen. – **Abb. 33:** Das Röntgenkontrollbild zeigt vier Monate nach dem Eingliedern der definitiven Versorgung einen stabilen periimplantären Knochen. – **Abb. 34:** Die funktionelle, standardisierte Rekonstruktion der Freundsituation vier Monate nach der Eingliederung.

stabile Gingivamanschette und der Adhäsion der Fasern an das Abutment.⁵ Wir spülten das Implantatinterface mit einer Chlorhexidinlösung, setzten die Hybridabutmentkronen ein und verschraubten sie mit 20 Ncm im Implantat (Abb. 31). Wir bevorzugen direktverschraubte Konstruktionen. Sie sind zum einen einfach und schnell eingesetzt, zum anderen muss kein Zementüberschuss aus dem Sulkus entfernt werden. Nicht entfernte Zementreste könnten eine Periimplantitis initiieren.^{7,8} Wir kontrollierten die Okklusion und zogen nach weiteren fünf Minuten die Abutmentschrauben erneut mit 20 Ncm nach. Die Schraubenzugangskanäle verschlossen wir zunächst mit temporärem Kunststoff, machten eine Röntgenkontrolle, um den exakten Sitz der Rekonstruktion zu überprüfen, und kontrollierten die laterale Schlussbissposition (Abb. 32 und 33). Vier Monate nach der Eingliederung der beiden Hybridabutmentkronen zeigten sich stabile periimplantäre Verhältnisse bei der standardisierten Implantatversorgung im Unterkiefer (Abb. 34).

Fazit

Der demografische Wandel wird die Anforderungen an die zahnmedizinische Versorgung weiter verändern. Implantatgetragene Restaurationen gehören zu den gängigen und bewährten Versorgungsmöglichkeiten. Durch die hohe Stabilität und gute knöchernen Integration ermöglichen Implantate die Umsetzung fest-sitzender Therapiekonzepte, die meist eine hö-

here Lebensqualität für die Patienten darstellen. Jedoch können oder wollen Patienten nicht mehr so viel Geld in die Versorgung ihrer Zähne investieren. Es obliegt dem behandelnden Zahnarzt, aus dem Gespräch mit dem Patienten, den Befunden und Diagnosen die geeignete Therapie hinsichtlich zumutbarem Eingriff, Zeit und Kosten-Nutzen-Faktor auszuwählen. Daher bieten wir im nicht sichtbaren Bereich einfache standardisierte Implantatkonzepte an. Das standardisierte iSy Behandlungskonzept reduziert sowohl den chirurgischen Aufwand als auch die Sitzungen mit dem Patienten. Durch die im Implantat-Set enthaltenen Komponenten, wie Gingivaformer, Multifunktionskappen und Finalbohrer, entfällt das sonst erforderliche Bestell- und Teilemanagement. Die Konzentration auf wenige Arbeitsschritte, das reduzierte Bohrprotokoll und die transgingivale Einheilung, reduzieren die Kosten. Mithilfe dieses durchdachten, transgingivalen Implantatkonzeptes belassen wir die Implantatbasis bis zum Einsetzen der definitiven Abutments in situ. Dies scheint den Erhalt von Weich- und Hartgewebe zu begünstigen und unsere Ergebnisse vorhersehbarer und stabiler zu machen, als dies früher möglich war. An Bedeutung gewinnen neue und auch kostengünstige, biokompatible Materialien, die mithilfe der CAD/CAM-Technik präzise herzustellen sind. Die Hybridabutmentkronen werden direkt nach der Entnahme der Implantatbasen im Mund verschraubt. Dabei entfallen die sonst erforderlichen Maßnahmen zur Zementierung der

Kronen auf den Abutments mit anschließender Entfernung der Zementüberschüsse im Sulkus. Im Falle einer Erweiterung der Versorgung können die Abutmentkronen einfach abgenommen und die Implantate problemlos in eine Brückenkonstruktion integriert werden. ◀



Kontakt

Dr. Steffen Kistler
Praxis für Zahnheilkunde
Landsberg am Lech
Dr. Georg Bayer, Dr. Frank Kistler,
Dr. Steffen Kistler, Dr. Alexandra
Elbertzhagen
Von-Kühlmann-Str. 1
86899 Landsberg am Lech
info@implantate-landsberg.de

ZTM Ricarda Eiterer
Kurfürstenallee 34
87616 Marktobendorf
Tel.: 08342 98323

Literaturliste



Eine implantatgetragene, prothetische Versorgung ist in der heutigen Zeit zu einer anerkannten Therapieform mit hoher Vorhersagbarkeit und guter Langzeitprognose avanciert. Daher rückt mit der stetig steigenden Anzahl inserierter Implantate die Notwendigkeit nach einer adäquaten Behandlungsstrategie periimplantärer Entzündungen in den Vordergrund.

Dr. Richard J. Meissen
[Infos zum Autor]



Literatur



Behandlungsstrategien periimplantärer Entzündungen

Autoren: Dr. Richard J. Meissen, M.Sc., Dr. Nina Wollenweber

Ätiologie und Pathogenese

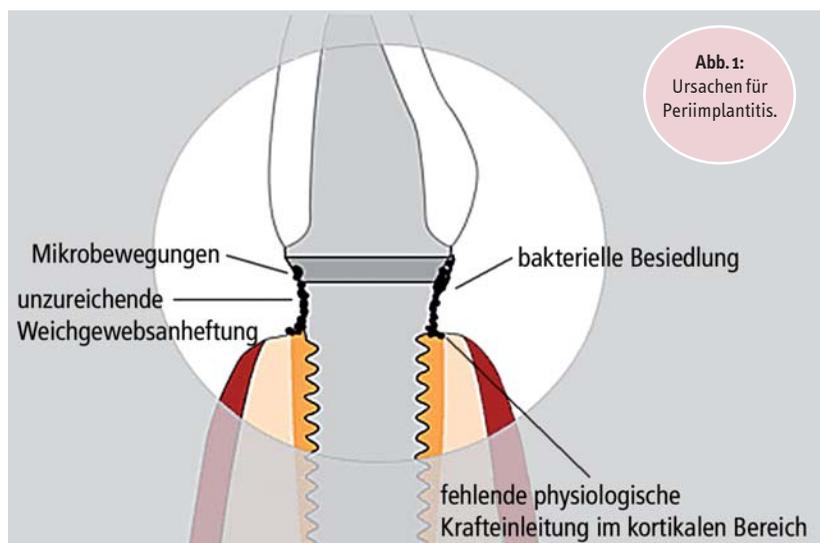
Das „Ökosystem Zahnfleischtasche“ wird im gesunden Parodont durch grampositive, aerobe Mikroorganismen geprägt. Zwar sind im gesunden Milieu pathogene Keime nachweisbar, jedoch werden diese durch immunologische Regulationsmechanismen in einem Gleichgewicht gehalten.¹ Analog zum Beginn einer jeden Parodontopathie erfolgt die primäre Induktion durch Plaqueanlagerungen aufgrund unzureichender Mundhygiene. Reizungen der marginalen Mukosa, Schwellungen und erhöhte Blutungsneigung sind auch an den Implantaten die ersterwartete Folge. Ein absinkendes Sauerstoffangebot im peri-

implantären Gewebe führt im Weiteren zu einer Verschiebung des Gleichgewichts zugunsten gramnegativer, anaerober Mikroorganismen. Zudem bietet die entzündliche Erhöhung der Sulkusflussrate den pathogenen Keimen ein deutlich besseres Nährstoffangebot. Ihr Metabolismus sorgt in der Folge für eine gesteigerte Ausscheidung zytotoxischer und proteolytischer Enzyme, die eine Zerstörung des periimplantären Knochen- und Weichgewebes induzieren.¹

Die Antwort der unspezifischen Immunantwort auf die bakterielle Destruktion führt unter anderem zu einer Freisetzung von Interleukinen, die eine Schlüsselrolle in der Balance des Knochenstoffwechsels spielen.

Über eine vermehrte Aktivierung osteolytischer Zellen trägt dies zu einer Dysbalance der natürlichen Auf- und Abbauprozesse innerhalb des Knochens bei.² Eine genetische Prädisposition eines Interleukin-1-Polymorphismus liegt nach aktueller Studienlage bei etwa einem Drittel der europäischen Gesamtbevölkerung vor.³

Die Periimplantitis ist ein multifaktorielles Erkrankungsbild, dessen Verlauf sich individuell sehr variabel gestalten kann. So sind neben der genetischen Prädisposition und den mikrobiologischen Vorgängen innerhalb der Mukosa gleichermaßen exogene Risikofaktoren wie schlecht eingestellter Diabetes mellitus, Nikotinabusus, Bruxismus, Immunsuppressionen oder auch die Einnahme von Bisphosphonatpräparaten zu nennen.⁴ Darüber hinaus können ein defizitäres Know-how des Behandlers die Entstehung einer periimplantären Entzündung begünstigen: Eine fehlerhafte Positionierung des Implantates, eine Überhitzung des Operationsfeldes während der Insertion, eine starke Kompression des Knochengewebes bei zu großen Drehmomenten wie auch eine Kontamination beeinflusst die gewünschte Osseointegration bereits intraoperativ negativ.⁵ Prothetische Behandlungsfehler wie Mikrobewegungen und Spannungen innerhalb der Suprakonstruktion oder eine ungenügende Entfernung von Zementresten begünstigen ebenfalls die Ausbildung einer periimplantären Entzündung (Abb. 1).⁴



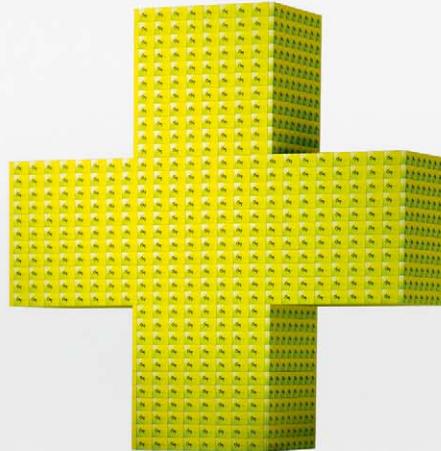


Ihr Leistungsplus:
iSy® All-in-Sets

- + Implantat
- + Einpatienten-Formbohrer
- + Implantatbasis
- + Verschlusskappe
- + Gingivaformer
- + Multifunktionskappen
- + Preisgarantie bis 31.12.2017
- + Exzellenter Service

99,- €

zzgl. gesetzlicher MwSt.
beim Kauf eines 4er-All-in-Sets



Warum 99 Euro günstiger sind
als 59 Euro.

iSy ist das preisWerte Qualitätssystem von CAMLOG. Es ist schlank, flexibel und überzeugt in der Praxis mit einfacher Handhabung, effizientem Workflow und einem unschlagbaren Preis-/Leistungsverhältnis. Die iSy All-in-Sets sind ein echtes Leistungsplus und enthalten viele Teile, die Sie sonst zukaufen müssten. **Bei iSy ist mehr für Sie drin. Mehr Qualität. Mehr Service. Mehr Leistung.** Entdecken Sie iSy und erfahren Sie, warum 99 Euro günstiger sind als 59 Euro.

Telefon 07044 9445-100, www.isy-implant.de.

DEDICAM®
PROSTHETICS

CAD/CAM ready

Klasse	Beschreibung
Klasse I	intraossär
Klasse Ia	Vestibuläre oder orale Dehiszenzdefekte
Klasse Ib	Vestibuläre oder orale Dehiszenzdefekte mit semizirkulärer Knochenresorption bis zur Mitte des Implantatkörpers
Klasse Ic	Dehiszenzdefekte mit zirkulärer Knochenresorption unter Erhalt der vestibulären oder oralen Kompaktaschicht
Klasse Id	Zirkuläre Knochenresorption mit vestibulärem und oralem Verlust der Kompaktaschicht
Klasse Ie	Zirkuläre Knochenresorption unter Erhalt der vestibulären und oralen Kompaktaschicht
Klasse II	suprakrestal

Tab. 1: Defektklassifikation der Periimplantitis nach Schwarz et al. 2007.



Abb. 2: Ein Beispiel für den Knochenabbau an Implantaten.

Systematische Diagnostik der Periimplantitis

Eine eindeutige Abgrenzung zwischen einer Periimplantitis und einer bakteriell induzierten Mukositis ist der wichtigste Schritt innerhalb einer systematischen Diagnostik und darauf basierenden Therapieplanung.

Diese geht ebenso wie die Periimplantitis mit den typischen gingivalen Entzündungszeichen einher, ist allerdings rein suprakrestal lokalisiert.⁶⁻⁹ Der Übergang zwischen einer reversiblen Mukositis und einer progressiv-irreversiblen Periimplantitis ist jedoch fließend und klinisch nur sehr schwer abzugrenzen.⁸

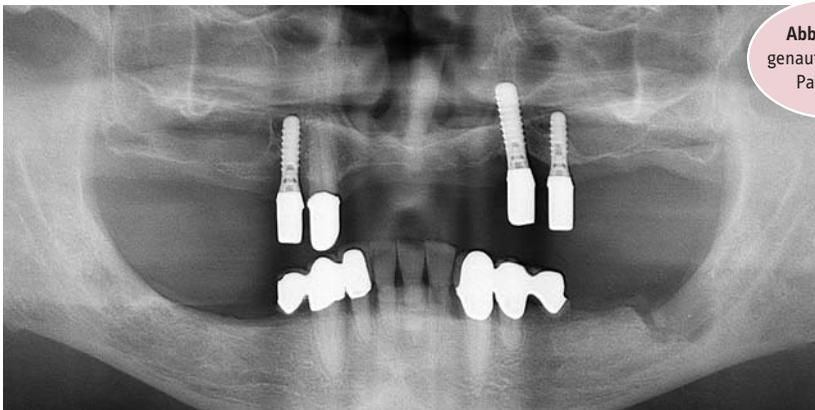


Abb. 3: Röntgenaufnahme des Patienten.

Grundsätzlich sollte daher eine adäquate Diagnostik in mehreren Schritten erfolgen:

Klinische Diagnostik

Eine rein visuell-taktile Diagnostik gibt keinen sicheren Aufschluss über den Schweregrad oder den Fortschritt des Entzündungsprozesses. Klinisch stellen sich sowohl bei einer Mukositis als auch bei einer weiter fortgeschrittenen Periimplantitis ähnliche Entzündungszeichen dar: Rötung (Rubor), Schwellung (Tumor), Erwärmung (Calor), Schmerz (Dolor). Einhergehend mit diesen Parametern lassen sich bei beiden Verlaufsformen eine gesteigerte Blutungsneigung und erhöhte Sondierungstiefen des periimplantären Gewebes erkennen.⁶⁻⁹ Sollte bereits durch taktile Maßnahmen eine Lockerung des Implantats festzustellen sein, ist eine Mukositis differenzialdiagnostisch auszuschließen.

Radiologische Diagnostik

Die Anfertigung eines Röntgenbildes gibt zuverlässigen Aufschluss über den Destruktionsgrad des umgebenden Knochengewebes und somit den eindeutigen Nachweis einer Periimplantitis. Im Gegensatz zur suprakrestalen Mukositis sind hier Knochenresorptionen am Implantatkörper nachweisbar (Abb. 2). Die Einteilung der Knochendefekte gemäß Schwarz et al. wird in Tabelle 1 dargestellt.¹⁰

Mikrobiologische Diagnostik der Subgingivalflora

Eine Bestimmung des pathogenen Keimspektrums gibt letztlich Aufschluss über die Notwendigkeit einer antibiotischen Substitution, kann dennoch nicht zur Klassifikation des Krankheitsstadiums zurate gezogen werden.¹¹⁻¹³

Die Besiedlung des Sulkus durch die gramnegativen Keime erfolgt sukzessive.^{14,15} Zumeist haben diese ihre Herkunft aus residualen Taschen der Restbeziehung.¹⁶ Auch in der periimplantären Umgebung organisieren sich die Mikroorganismen in Komplexen¹², allerdings scheint gemäß neuerer Studien der *Staphylococcus aureus* – neben den bekannten parodontalen Leitkeimen – eine besondere Rolle zu spielen, da er sich als äußerst titanaffin herausstellte.¹⁷⁻²⁰

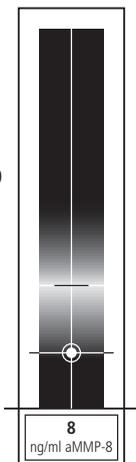
Befund Laboruntersuchung aMMP-8

Patient:
n.n.
geb.

Erstuntersuchung:
Poolprobe
Implantologie/Parodontologie
Datum der Probennahme: 05.05.10

Entnahmestellen:
14 13 24 25
Taschentiefen (mm):
keine Angaben

Einflussfaktoren:
keine Angaben



Testauswertung

Wir haben in der **Poolprobe** einen **Mittelwert von 8 ng aMMP-8/ml** im Eluat mit einem anzunehmenden **Streubereich** der Einzelproben **zwischen 4 und 16 ng aMMP-8/ml** bestimmt.

Bezugswerte:

< 8 aMMP-8: gesund, nicht entzündet
8–20 aMMP-8: leichte Entzündungszeichen
 > 20 aMMP-8: entzündeter Bereich

Abb. 4:
aMMP-8 Testung
vor Implantation.

sam, jedoch zeigen Metaanalysen klinischer Studien keinen therapeutischen Nutzen in deren Verwendung. Die lokale Anwendung von Chlorhexidinpräparaten führte in verschiedenen klinischen Studien zu einer Reduktion der Taschentiefen und einem signifikanten Attachementgewinn. Diese Ergebnisse sind allerdings ebenfalls nur für frühe Verlaufsformen dokumentiert.^{28,29}

Pulverstrahlgeräte

Die Reinigung der Implantatoberfläche mittels eines Pulverstrahlgerätes steht gemäß der aktuellen Literaturlage allen Therapievarianten voran, zeigt jedoch die Verwendung von Hydroxylapatiten die besten Studienwerte.^{10,25} Von einer Verwendung abrasiver Pulver ist aufgrund der Gefahr einer Schädigung der Implantatoberfläche abzusehen.³⁰

Therapiemöglichkeiten

Grundsätzlich ist eine Therapie lediglich bei Implantaten, deren Stabilität noch gewährleistet ist, sinnvoll, da eine Bewegung des Implantats im Knochenbett weitere Knochendestruktion zur Folge hat. Innerhalb der Therapiemöglichkeiten wird zwischen einem konservativen Vorgehen und einer chirurgischen Intervention unterschieden. Darüber hinaus gibt es auch synergistische Therapieansätze, da bei weit vorgeschrittenem Knochenabbau so eine deutlich höhere Erfolgsquote zu erzielen ist.^{18,21–26} Eine rein symptombezogene Therapie verspricht im Stadium der Periimplantitis keinen Erfolg. Vielmehr ist es wichtig, ein umfassendes Bild über die Gesamtsituation des Patienten zu bekommen und exogene Einflüsse (Nikotinabusus, Mundhygienedefizite) bereits im Vorfeld zu eliminieren. Dieses zieht bereits eine signifikante Besserung des klinischen Bildes nach sich.

Konservative Therapieformen

Die konservativen Therapieformen dienen hauptsächlich einer Dekontamination der Implantatoberfläche und sollten bereits in der initialen Entstehungsphase der Krankheit beginnen. Die mechanische Reinigung und ggf. Glättung der Implantatoberfläche gilt als initiale Standardmaßnahme einer jeden Periimplantitistherapie. Hierbei konnten keinem Kürettenmaterial signifikante Vorteile nachgewiesen werden.²⁷ Neben der manuellen Be-

arbeitung der Implantatoberfläche und lokaler Desinfektion werden in der Literatur zahlreiche adjuvante Therapiemittel beschrieben:

Medikamentöse Therapie

Durch eine mikrobiologische Bestimmung des pathogenen Keimspektrums scheint eine zusätzliche Gabe systemischer Antibiotika rat-

Lasertherapie

Der Laser bietet ein technisches Hilfsmittel zur thermomechanischen Beseitigung der subgingivalen Konkremente. Er kann bereits bei geschlossener Anwendung seine Wirkung vollständig entfalten.³¹ Die Laseranwendung wird in der Literatur allerdings generell kontrovers diskutiert. Die Verwendung eines

DNS-Nachweis parodontopathogener Markerkeime – Befundmitteilung

		Poolprobe x (5)
		Zahn/Stelle: 41,42,42,43
		Taschentiefe: mm
Actinobacillus actinomycetemcomitans (Neu: <i>Aggregatibacter actinomycetemcomitans</i>)	Aa	–
Porphyromonas gingivalis	Pg	+
Prevotella intermedia	Pi	+
Bacteroides forsythus (Neu <i>Tannerella forsythia</i>)	Bf	–
Treponema denticola	Td	(+)

- = Keimkonzentration unter dem cut-off
- (+) = Keimkonzentration am cut-off/Nachweisgrenze
- + = erhöhte Keimkonzentration*
- ++ = stark erhöhte Keimkonzentration*
- +++ = sehr stark erhöhte Keimkonzentration*

* Nachweisbare Keimkonzentrationen (Aa > 10³; Pg, Pi, Bf und Td > 10⁴) stellen in der Regel ein behandlungsbedürftiges Ergebnis dar, Mögliche Behandlungsregime entnehmen Sie bitte der gängigen Literatur (z.B. DGZMK-Stellungnahme)

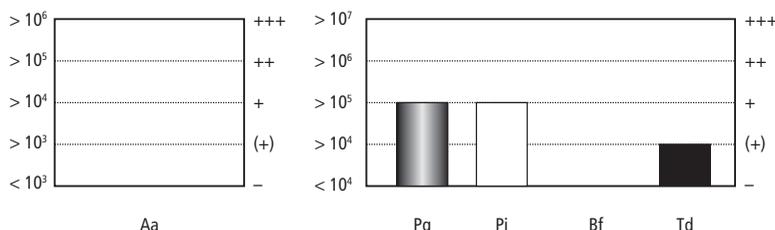


Abb. 5: Markerkeimbestimmung vor der Implantation.

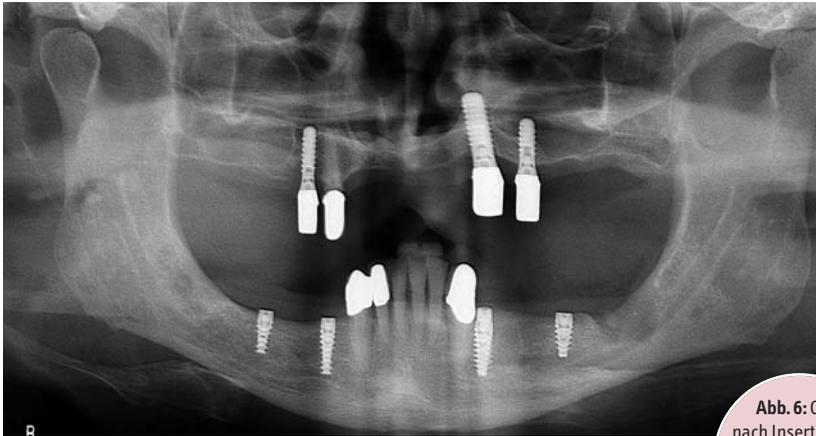


Abb. 6: OPG nach Insertion der Implantate in Regio 34, 36, 44 und 46 im Jahre 2010.

Er:YAG-Lasers führt gemäß verschiedenster Studien zu einer Keimreduktion von bis zu 90 Prozent³² und einem signifikanten Attachmentgewinn selbst bei geschlossener Anwendung.⁸ Dementgegen stehen jedoch neuere Untersuchungen, die einem Laser lediglich kurzweiligen Erfolg bescheinigen: Nachuntersuchungen nach etwa sechs Monaten zeigten keinen positiv anhaltenden Effekt auf das Keimspektrum.²²

Photodynamische Therapie

Analog zur Lasertherapie zeichnet sich die Photodynamische Therapie durch die Ambivalenz ihrer Studienwerte aus. Zwar wurden diesem Verfahren in der Vergangenheit durch-

aus bakterizide Effekte nachgewiesen²⁰, jedoch lassen die aktuellen klinischen Untersuchungen nur auf eine Stagnation der osteolytischen Prozesse bei frühen Verlaufsstadien der Erkrankung schließen.³³

Chirurgische Therapieformen

Eine chirurgische Intervention umfasst die Eröffnung des entzündlichen Gebietes und die Entfernung des Granulationsgewebes (z. B. durch Titanbürstchen). Bei weit fortgeschrittenen Krankheitsverläufen wird durch das offene Vorgehen eine deutlichere Verringerung der Sondierungstiefe sowie ein grö-

ößerer Attachmentgewinn erreicht, als durch rein konservative Maßnahmen zu erwarten ist.²⁷ Gemäß einer aktuellen Metaanalyse stellt die parodontale Lappenoperation mit Osteoplastik die meist dokumentierte Operationsform dar. Die gemittelte Erfolgsquote beträgt 69 Prozent.³ Augmentative Maßnahmen mit jedwedem Knochen- oder Knochenersatzmaterial werden ebenfalls umstritten diskutiert. Die Verwendung von Membranen zur Defektaugmentation führt jedoch nachweislich zu einer Verbesserung der Resultate.³⁴ Eine generelle Prognose der chirurgischen Maßnahmen ist vom Schweregrad der vorherrschenden Destruktion abhängig, das angestrebte Ziel der Regeneration wird allerdings nur in den seltensten Fällen erreicht.²⁴

Der klinische Bezug – Implantatverlust nach Periimplantitistherapie

Der heute 65-jährige Patient wurde Anfang des Jahres 2010 mit dem Wunsch nach einer implantatgetragenen Unterkieferversorgung in unserem Hause vorstellig. Allgemeinanamnestisch wurden keinerlei Auffälligkeiten dokumentiert. Zudem gab der Patient an, Nichtraucher zu sein (Abb. 3). Aufgrund der parodontalen Gesamtsituation und der Bestim-

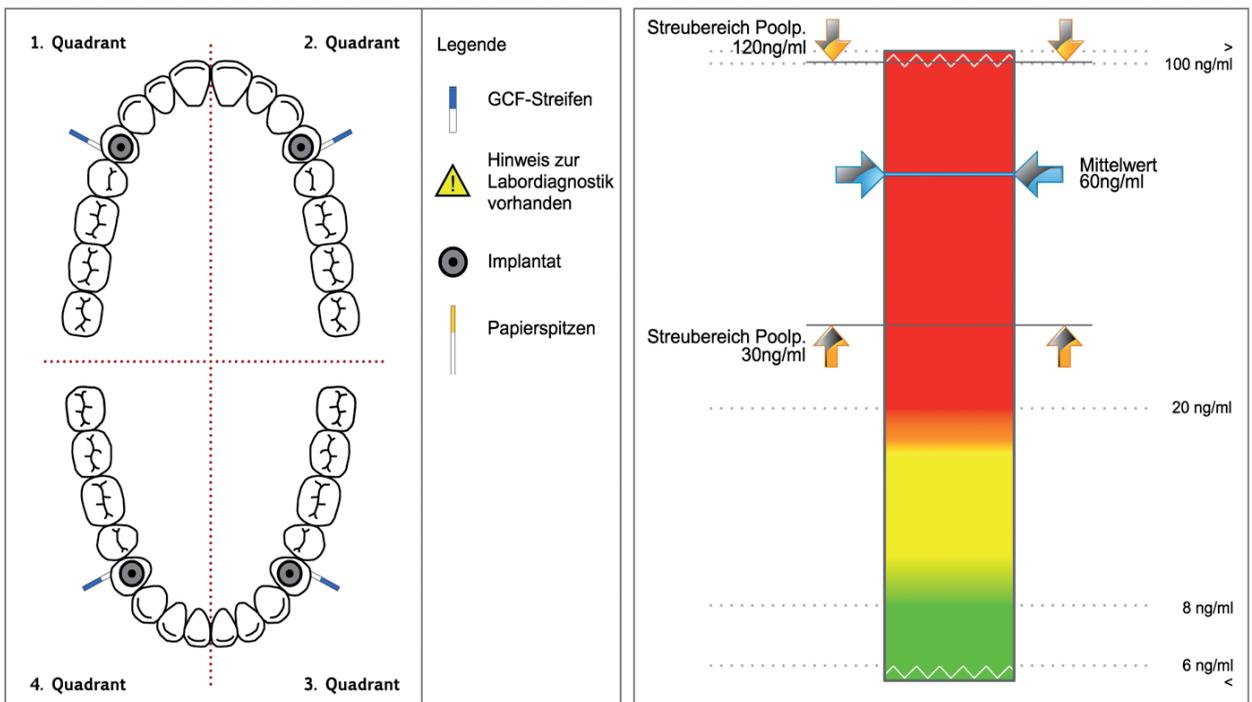


Abb. 7: aMMP-8 Testung im Jahre 2011.

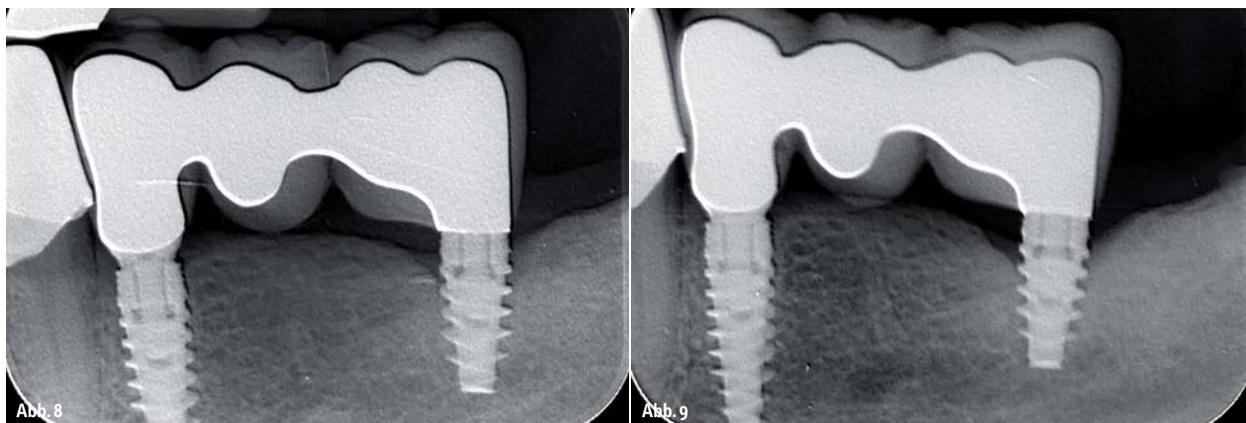


Abb. 8: Zahnfilm Regio 36, beginnende horizontale Knochenabbrüche am Implantat 36 (November 2011). – Abb. 9: Zahnfilm 2012: weiter vorangeschrittener Knochenabbau in Regio 36.

mung der pathogenen Leitkeime wurde sich im Vorfeld für die Durchführung einer vollumfänglichen Parodontitistherapie, Kürettage, Pulverstrahl- (EMS PerioFlow) und Lasertherapie (KaVo Key) unter Metronidazolabdeckung entschieden. Im Anschluss an diese Therapie erfolgte eine aMMP-8 Testung (8 ng/ml) und die Festsetzung des Recallintervalls auf sechs Monate (Abb. 4 und 5). Gemäß des Therapieplans wurden Mitte des Jahres 2010 die geplanten Implantate zur Versorgung des Unterkiefers gesetzt (NobelActive®, Nobel Biocare). Intraoperativ kam es zu keinen Komplikationen. Die achtwöchige Einheitzeit verlief unauffällig, ebenso wie die Durchführung der prothetischen Versorgung. Der Patient hielt den sechsmonatigen Recallinter-

vall strikt ein und zeigte sich aufgeschlossen gegenüber einer Optimierung seiner häuslichen Zahnpflege (Abb. 6).

Ende des Jahres 2011 wurde im Rahmen der halbjährlichen Kontroll-

untersuchung der Parodontalstatus reevaluiert. Trotz der Angabe des Patienten, keine Missempfindungen verspürt zu haben, fiel in Regio 36 eine erhöhte Sondierungstiefe von etwa 4–5 mm auf. Klinisch war die umge-

Abb. 10: Das OPG zeigt eine progressive Verlaufsform der Periimplantitis in Regio 36 sowie einen beginnenden Knocheneinbruch in Regio 46.



ANZEIGE

Jetzt lernen Sie uns kennen!

Was Sie schon immer über Implantologie wissen wollten

 sochi



JETZT
ANMELDEN

wissenschaftlicher Kongress

international bekannte Referenten

20. bis 25. Oktober 2015
in der Olympiastadt Sochi
in Russland

«Innovative Methoden und Ausblicke der
Implantationsentwicklung»

Frühbucherpreis bis 31. August 2015: 990,00 €
(Beinhaltet Kongressgebühren, Hotelzimmer sowie diverse Mahlzeiten.
Danach 1.200,00 €.)

EVENT
REFERENT

WANN

WO

THEMA

GEBÜHR

JETZT
ANMELDEN



 IHDE DENTAL

Abendveranstaltung Roadshow

Prof. Dr. Stefan Ihde

14. September 2015 in Berlin
15. September 2015 in München
16. September 2015 in Leipzig

Sofortbelastung mit KOS® Micro-Implantaten,
Vorstellung behandelter, innovativer Oberfläche No-Itis®

59,90 €: Kursspecial
(Dieser Betrag wird Ihnen auf Ihre nächste Bestellung wieder gutgeschrieben.)



Kontaktieren Sie uns jetzt gleich für nähere **INFORMATIONEN** unter +49 (0)89 319 761 0 oder info@ihde-dental.de!
Jede Anmeldung nimmt automatisch am laufenden Gewinnspiel teil! Details dazu erhalten Sie auf www.ihde-dental.de!



Abb. 11



Abb. 12



Abb. 13



Abb. 14

Abb. 11: Klinische Situation Ende 2014. – Abb. 12: Sondierung der vestibulären Tasche mit der WHO-Sonde. – Abb. 13 und 14: Blutung auf bzw. nach Sondierung.

bende Mukosa nicht gerötet, auf Sondierung ließ sich keine Blutung provozieren. Der Patient wurde nach erneutem aMMP-8 Nachweis (60 ng/ml) mit der Bitte um Weiterbehandlung in die parodontologische Fachabteilung unseres Hauses überwiesen. Nach offener Kürettage mit adjuvanter Laser- und Pulverstrahltherapie wurde das Intervall auf vier Monate verkürzt (Abb. 7 und 8). Nach Verstreichen der ersten drei Monate wurde der Patient erneut zur Besprechung

der Situation vorstellig. Subjektiv seien in der Vergangenheit keine Beschwerden aufgetreten, die taktile und visuelle Inspektion der Region ergab eine reizlose Mukosa und einen Attachmentgewinn von etwa ein bis zwei Millimeter. Nach erneuter Mundhygieneinstruktion wurde der Patient wieder in den vorab auf vier Monate festgesetzten Recall entlassen.

Innerhalb der nächsten Prophylaxe- und Kontrollsitungen stellte sich die Region um das

Implantat 36 unauffällig dar. Der Patient zeigte eine überaus vorbildliche Compliance.

Bei der standardmäßigen Kontrolle des Parodontalstatus fiel im Jahre 2012 in Regio 36 wiederum eine erhöhte Sondierungstiefe auf. Die vestibuläre, ebenso wie die mesio- und distalen Sondierungsstellen, wiesen eine messbare Vertiefung von etwa 6 mm auf (Abb. 9). Analog zum Vorjahr gab der Patient an, keinerlei Beschwerden in der Region verspürt zu haben. Die Mukosa imponierte leicht entzünd-



Abb. 15



Abb. 16

Abb. 15: Klinische Situation direkt nach Explantation. – Abb. 16: Entferntes Implantat nach EKR der Brücke 34–36.

ICOI WORLD CONGRESS XXXII

BERLIN, GERMANY



OCTOBER 15-17, 2015 | Maritim Hotel Berlin
Evidence Based Innovations in Oral Implantology

Main Podium Faculty:

- Dr. Ata Anil (Turkey)
- Dr. Joseph Choukroun (France)
- Dr. Mariusz Duda (Poland)
- Dr. Galip Gurel (Turkey)
- Dr. Fouad Khoury (Germany)
- Dr. Richard Leesungbok (South Korea)
- Dr. Pascal Marquardt (Germany)
- Dr. Jaafar Mouhyi (Morocco)
- Dr. Ady Palti (Germany)
- Dr. Yvan Poitras (Canada)
- Dr. Eric Rompen (Belgium)
- Dr. Ilia Roussou (Greece)
- Dr. Gerard Scortecchi (France)
- Dr. Ralf Smeets (Germany)
- Dr. Paolo Trisi (Italy)
- Dr. Konstantinos Valavanis (Greece)



www.icoiberlin2015.org

*The Young Implantologists Program
and Pre-Congress Courses on October 15, 2015*



INTERNATIONAL CONGRESS OF
ORAL IMPLANTOLOGISTS

Co-sponsored by:



GERMAN
SOCIETY
OF ORAL
IMPLANTOLOGY



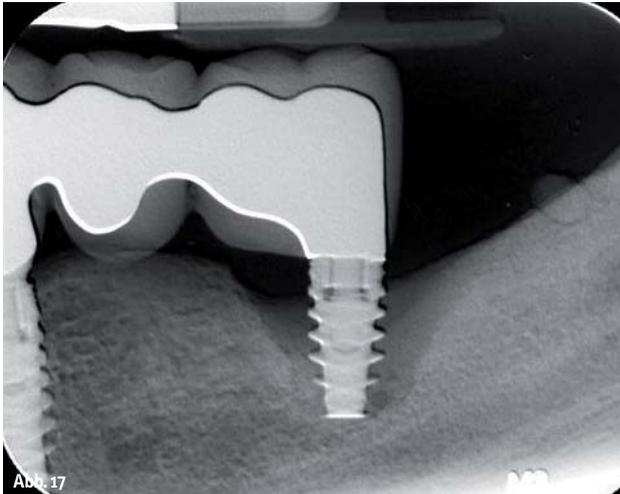


Abb. 17: Situation März 2015. – Abb. 18: Situation zwei Wochen nach Explantation.

lich gerötet, eine Blutung war auf Sondierung zu provozieren. Erneut wurde der Patient zur Weiterbehandlung in die parodontologische Abteilung überwiesen. Zum wiederholten Male wurde die chirurgische Entfernung des Granulationsgewebes sowie die Reinigung und Dekontamination des Gebietes (offene Kürettage, Laseranwendung, Pulverstrahl) eingeleitet. Von einer Defektaugmentation wurde abgesehen. Ferner wurde sich zur Herstellung einer besseren Hygienefähigkeit des Implantates für eine Vestibulumplastik entschieden. Nach entsprechender Wundheilung und Nahtentfernung wurde der Recallintervall auf drei Monate verkürzt.

Nach langer Krankheit und Aufenthalt in ambulanten Reha-Einrichtungen stellte sich der Patient Ende des Jahres 2014 erstmals unter Angabe von Beschwerden am Implantat 36 in unserem Hause vor. Die Recallintervalle wurden aus oben genannten Gründen nach der letzten chirurgischen Intervention nicht eingehalten, die häusliche Mundhygiene aus Mangel an manueller Fertigkeit vernachlässigt. Das angefertigte OPG bestätigte einen progressiven Knochenverlust in Regio 36, ebenso wie beginnende schüsselförmige Resorptionen in Regio 46. Zudem wurde in der Zwischenzeit das Fremdimplantat der Regio 14 nach starker Lockerung entfernt. Die Brückenversorgung zeigte im distalen Bereich keine Lockerungen (Abb. 10). Zum Erhalt der Brückenversorgung wurde erneut eine offene Kürettage durchgeführt und der Patient über die schlechte Prognose des Implantats in Regio 36 sowie den beginnenden Knochenabbau in Regio 46 aufgeklärt.

Gemäß des festgesetzten Intervalls von drei Monaten erschien der Patient im Februar 2015 in unserer Prophylaxeabteilung. Er gab an, beim Kauen eine Bewegung in der Brücke des linken Unterkiefers ebenso wie einen „fauligen Geschmack“ in der Region zu verspüren. Das angefertigte Röntgenbild zeigte einen totalen periimplantären Knochenabbau, die laterale Perkussion eine deutliche Bewegung des hinteren Brückenpfeilers. Nach Abtrennung der Brücke wurde an diesem Tag das Implantat 36 entfernt.

Fazit

Der Erfolg jedweder Therapie ist insgesamt wenig voraussagbar. Eine Stagnation der Resorptionen ist bereits als Erfolg zu betrachten, da eine vollständige Regeneration des Knochens beinahe aussichtslos ist. Daher ist es ratsam, das Hauptaugenmerk eher auf die Prävention als auf die Therapie einer Periimplantitis zu legen. Dies ist über eine adäquate Aufklärung, eine sehr bewusste und strikte Patientenauswahl sowie eine Elimination aller im Vorfeld verzichtbaren Risikofaktoren und einer engmaschigen Festsetzung des Prophylaxeintervalls zu erreichen.

Bei bereits initial erkrankten Implantaten ist ein sofortiges und konsequentes Handeln von Behandler und Patient unerlässlich, da durch die Beseitigung durch Eindämmung der klinischen Symptome eine Progression verhindert werden kann. Die nachweisbare Lockerung eines Implantats muss die sofortige Explantation des Selbigen nach sich ziehen, da selbst eine Stagnation in diesem

Stadium ausgeschlossen ist. Ferner führt die stetige Bewegung innerhalb des Knochenbetts zu weiteren Knochenverlusten, die eine spätere Implantation in dem Gebiet erschweren würden oder gar unmöglich machen. ◀

CME-Fortbildung

Behandlungsstrategien periimplantärer Entzündungen

Dr. Richard J. Meissen, M.Sc.
Dr. Nina Wollenweber

CME-ID: 67569



Infos zur
CME-Fortbildung
auf ZWP online

Zum Beantworten des Fragebogens registrieren Sie sich bitte unter:

www.zwp-online.info/cme-fortbildung

2

CME-Punkte

kontakt

Bränemark Osseointegration
Center Germany
Education Program
Mülheimer Str. 48
47057 Duisburg
info@boc-education.de
www.boc-education.de



JETZT ANMELDEN!
Erster Kurstermin:
23.10.2015

“RESPECT MOTHER NATURE”
 P. I. Brånemark

Mehr als **NUR** ein
Fortbildungsprogramm...

Mehr Informationen zum Implantologie-Curriculum mit Fokus auf minimal-invasive Eingriffe & Sofortfunktion nach den Prinzipien von Brånemark finden Sie unter www.boc-education.de

Brånemark Osseointegration Center Germany
 Education Program
 Mülheimer Straße 48 | 47057 Duisburg
 Tel.: 0203-39 36 0
info@voc-education.de | www.boc-education.de



BOC Education Program

„Ich bin Implantologin!“

Autorin: Ilka Partschefeld



Ilka Partschefeld

In ihren Anfängen galt die Implantologie als chirurgisches Nebenfach als reine Männerdomäne. Sie wurde damals von mutigen und chirurgisch versierten Zahnärzten entwickelt und in der Zahnheilkunde etabliert. Obwohl in den beiden letzten Jahrzehnten 70 % der Zahnmedizin-Absolventen Zahnärztinnen waren, ist noch immer der Großteil der Implantologen männlich. Fast scheint es also, dass allen Emanzipations- und Gleichberechtigungsdiskussionen zum Trotz in der Implan-



Abb. 1: Ausgangssituation.

tologie das überkommene Geschlechterbild noch immer aktuell ist.

Während meines Studiums habe ich mich natürlich auch mit Implantologie beschäftigt, konnte mich dann aber als niedergelassene Zahnärztin nicht dazu durchringen, meinen Patienten mit der klassischen Implantationsmethode (Bildung von Mukoperiostlappen, Ablösen des Periost) auf der einen Seite zu helfen, auf der anderen Seite wesentliche Knochen- und Gewebestrukturen unwiederbringlich zu zerstören. Mit den allseits bekannten Folgen wie Knochenrückbildung, deutlich erhöhtem Risiko von Periimplantitis und dem damit unweigerlich verbundenen Verlust des Implantats.

Wer sich jedoch heutzutage der Implantologie verschließt, verweigert seinen Patienten eine moderne Methode der Behandlung.

Durch einen Fachartikel auf minimalinvasive Implantationsmethoden aufmerksam geworden, rückte bei mir dann doch die Implantologie als Erweiterung meines Praxisleistungsspektrums mehr und mehr in den Fokus. Der Gedanke, meinen Patienten mit einer modernen Behandlungsmethode helfen zu können, ohne gleichzeitig zu zerstören, fand ich faszinierend.

Auf verschiedenen Kongressen stelle ich mit Freude fest, dass immer mehr Zahnärztinnen die Implantologie für sich entdecken – und, nicht überraschend für mich – vor allem minimalinvasive Behandlungskonzepte. Sofortimplantationen (Extraktion und Implantation in nur einer Sitzung) und Sofortversorgung/ Belastung gehören anscheinend nicht nur bei mir, sondern auch bei vielen meiner Kolleginnen zum Praxisalltag. Dem Wunsch meiner Patienten „aus einer Hand“ mit Implantaten und der entsprechenden Prothetik versorgt zu werden, kann ich nun schon seit vielen Jahren nachkommen.

Ich sehe eine entscheidende Begründung dafür, weshalb sich heute Berufsanfänger und speziell Frauen (ja auch oft im Teilzeitjob aufgrund Familiengründung) vermehrt auch mit der chirurgischen Komponente der Implantologie befassen, u. a. in der Praktikabilität moderner minimalinvasiver Verfahren und der damit verbundenen Vorhersehbarkeit des Erfolges. Für mich gehört daher die moderne, minimalinvasive Implantologie in jede Praxis,

ANZEIGE



19. Curriculum Implantologie

in Göttingen

Blockunterricht von Mo. den 05.10. bis Sa. den 10.10.2015
Frühbucherrabatt in Höhe von 10 % bei Anmeldungen bis 30.08.2015!

Anmeldungen unter www.dzoi.de oder

Herr Pertl: Tel. 0871-6600934

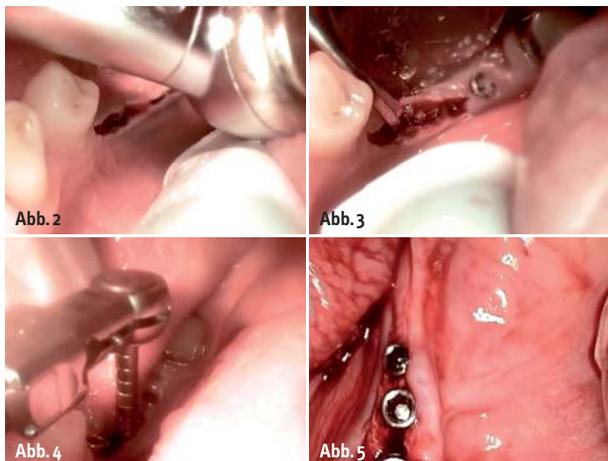


Abb. 2: Mit der Turbine wird mithilfe eines dünnen, sterilen Diamanten die Triple-Layer (Attached Gingiva mit Periost und Kortikalis) von lingual penetriert, um in die Spongiosa zu gelangen. – **Abb. 3 und 4:** Mit einem Flachmodulator, Condensern sowie konischen Dreikantbohrern (mit 70/min) wird der schmale Kiefer verbreitert, um die Implantate primärstabil inserieren zu können. – **Abb. 5:** Drei inserierte Champions (R) Evolution Implantate in Regio 45 und 46.

bedeutet sie doch eine deutliche Erweiterung implantologischer Therapiespektren zum Wohle der Patienten.

Speziell die MIMI®-Flapless Methodik mit ein- und zweiteiligen Champions-Implantaten gilt für mich persönlich als ein Meilenstein in meiner Praxis! Inzwischen inseriere ich mehr als 400 Implantate im Jahr und versorge Sie natürlich prothetisch selbst! Auch die Fälle der schmalen Kiefer, die man nur sehr aufwendig, teuer und zeitenintensiv für die Patienten lösen konnte, werden durch die MIMI-Flapless II Technik fast unblutig, schnell, bezahlbar und letztendlich auch erfolgreich gelöst.

Ich kann meine Kolleginnen und natürlich auch Kollegen nur auffordern, auch in ihren Köpfen Schluss mit der „Mystifizierung“ der Implantologie zu machen und sich neuen, modernen Konzepten zuzuwenden. ◀

Champions-Implants
[Infos zum Unternehmen]

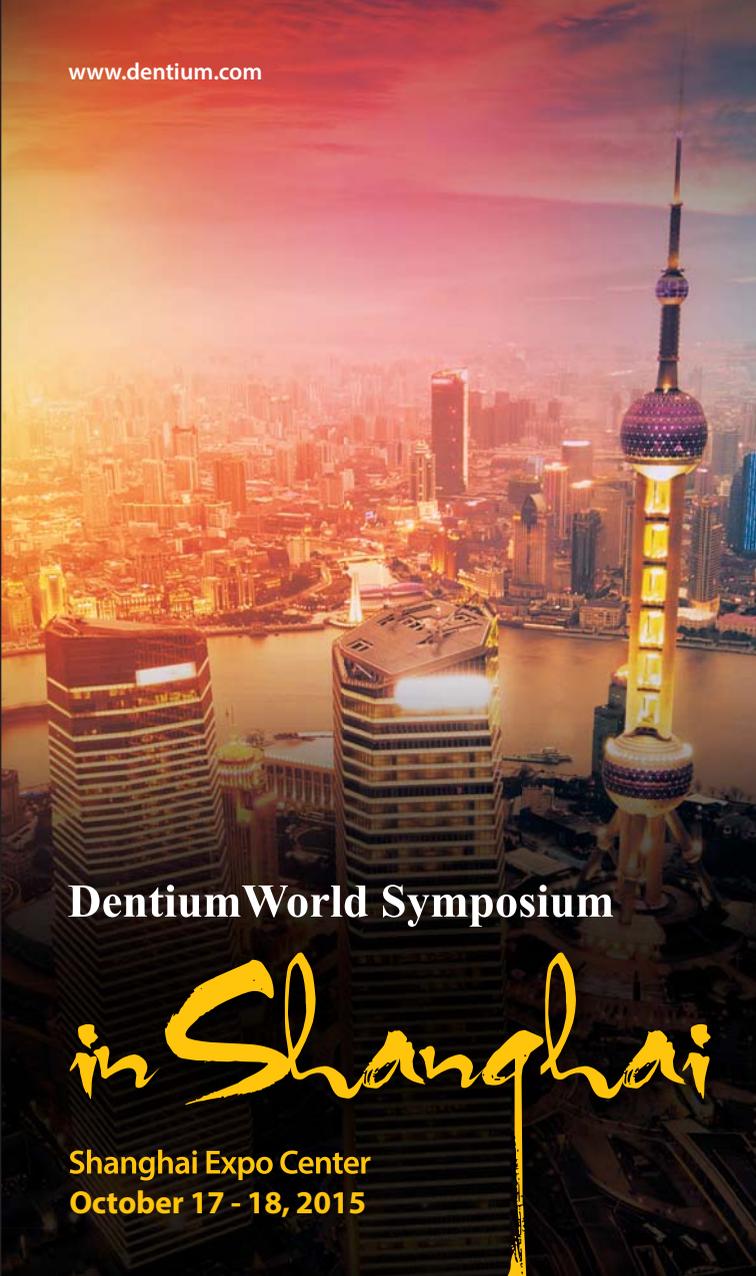


**MIMI Flapless II
Verfahren**
[Video]



kontakt

Ilka Partschfeld
Praxis für moderne Zahnheilkunde
Alpenroder Straße 2
65936 Frankfurt am Main (Sossenheim)
Tel.: 069 345511
Fax: 069 346671
info@ilka-partschfeld.de
www.ilka-partschfeld.de



Dentium World Symposium

in Shanghai

Shanghai Expo Center
October 17 - 18, 2015



Dr. Alan Meltzer



Prof. Hong Chang Lai



Prof. De Hua Li



Dr. Stephen Chu



Dr. Stephen Wallace



Dr. Yoshiharu Hayashi



Dr. Ziv Mazor



Dr. Seung-Min Han



Prof. Ui-Won Jung



Dr. Tae-Hyung Kim



Prof. Yeo-Joon Koh



Dr. Hyun-Sik Park



Dr. Won-Bae Park



Scan for more information on Dentium World Symposium in Shanghai

Dentium
For Dentists By Dentists

Kontakt
ICT Europe GmbH
Frankfurter Str. 63-69
65760 Eschborn

Tel.: +49-(0)6196-954820
www.dentium.com
eu@dentium.com

Das 2011 gegründete Unternehmen nature Implants, ansässig in Bad Nauheim, bietet Einsteigern sowie erfahrenen Implantologen eine minimalinvasive Implantation anhand einteiliger Implantate mit nahezu keiner Indikationsbeschränkung. Wie das möglich ist und welche Besonderheiten das Implantatsystem bietet, erklärte uns Ende Juli der wissenschaftliche Leiter Dr. med. dent. Reiner Eisenkolb, M.Sc. (Master of Science Implantologie) zur Einweihung des neuen Firmensitzes.

Die nature Implants Implantate überzeugen durch ein selbstzentrierendes Tellergewinde mit torpedoförmigem Grundkörper. Neben einem geraden, sechskantförmigen Abutment gibt es ein 15 Grad abgewinkeltes Abutment für mind. 8 mm breite Zahnlücken.



„Unser System zeichnet sich durch die Einsteigerfreundlichkeit aus“

Autorin: Antje Isbaner

Sie haben Ende Juli Ihren neuen Firmensitz in Bad Nauheim eingeweiht. Was war der Anlass für den Neubau und den neuen Standort?

Anlass des Neubaus in der Gesundheitsstadt Bad Nauheim war die räumliche und funktionelle Zusammenlegung der Verwaltung der Implantologieprodukte und dem Fortbildungszentrum für Zahnärzte in räumlicher Nähe zum Flughafen Frankfurt sowie die verkehrsgünstige Anbindung an die Autobahn.

Sprechen wir über die Produkte Ihres Hauses: nature Implants bietet Einsteigern sowie er-

fahrenen Implantologen ein einteiliges Implantatsystem. Was hat nature Implants mit Natur zu tun? Was zeichnet Ihre Produkte besonders aus?

Der Natur des Zahnes so nahe wie möglich zu sein bedeutet, in der Implantologie einerseits dem menschlichen Zahn bzw. der Zahnwurzel mit neuen Denkansätzen so nahe wie möglich zu kommen, andererseits Bewährtes der Implantologie zu übernehmen.

Durch unsere 15-jährige Erfahrung in der ein- und zweiteiligen Implantologie, Zahntechnik sowie Zahnmedizin ist es uns möglich, Bewährtes mit völlig Neuem zu kombinieren.

Der reinste Titangrad 4, HA-gestrahlte und doppelt säuregeätzte mikrorauhe Oberflächen, raue konische Grobgewinde zur Erhöhung der Primärstabilität mit kreistalem Mikrogewinde sind Standards der Implantologie, die durch nature Implants natürlich übernommen wurden. Die Einteiligkeit ist die logische Umsetzung der Natur. Sie verhindert mögliche Mikrobewegungen der zweiteiligen Systeme durch Mikrosplattbildung am Implantat-Abutment-Interface (Zipprich et al., 2007) mit deren negativen Folgen wie Abutmentbruch, Schraubenlockerung, bakterielle Besiedlung des Interface sowie möglichen Titanabrieb im Interface.

Das Abutment selbst besteht aus einer maschinerten, nanorauen Oberfläche mit leicht konischem Sechskant, das bei unterschiedlichen Zahnfleischdicken eine individuelle Festlegung der Präparationsgrenze durch den Zahnarzt erlaubt (ehemalige Tangentialpräparation – maximale Flexibilität).

Einzigartig ist ein 15 Grad abgewinkeltes einteiliges Implantat, welches der Natur des Zahnes am allernächsten kommt und durch die spezielle Konstruktion der Einbringhilfe bereits ab 8 mm breiten Lücken inseriert werden kann. Durch Kürzen des Implantatkopfes sowie durch

Am 25. Juli 2015 wurde der neue Firmensitz von nature Implants in Bad Nauheim eingeweiht.



V.l.:
Dr. Reiner Eisenkolb, M.Sc.,
ZTM Martin Arnold,
Jakob Eiser, Caroline Winkler,
Claudia Eisenkolb,
ZTM Thomas Arnold.



nature Implants-
Geschäftsführer ZTM
Martin Arnold (2.v.r.)
zeigte den Gästen die
Schulungsräume



dessen Beschleifen ist eine individuelle Anpassung der Okklusionsverhältnisse und Einschubrichtung des Zahnersatzes möglich. Auch High-End-CAD/CAM-gefertigte individuelle Abutments, die später zementiert werden, sind denkbar (individuell geneigte Locatorabutments aus Zirkon u.a.) und werden bereits angewendet. Ein Durchmesser von 3 mm und

bote sowie Hospitationen und besonders Anfängern transgingivale Implantationen nur bei Knochenbreiten über 4 mm durchzuführen oder, nach Rücksprache, anfänglich unter unserer Aufsicht zu operieren. Im Übrigen vertreten wir die Ansicht, dass Zahnärzte als Prothetiker die prothetische Situation sehr gut einschätzen können.

Können Sie uns etwas zur Materialverträglichkeit Ihrer Produkte sagen? Gibt es hierzu langfristig angelegte Daten?

Unsere Implantate und Lock-Abutments bestehen alle natürlich aus Titangrad 4 – 99,6 % reinem Titan. Auf den in der Implantologie auch gebräuchlichen Titangrad 5, der mit Aluminium legiert ist und Allergiepotenzial besitzt, haben wir daher bewusst verzichtet. Jedes Implantat wächst ein, wenn die Standards des Designs und der Oberfläche in der Implantologie berücksichtigt werden und in der einteiligen Implantologie für 8–12 Wochen ein Soft Loading durch weiche Kost Anwendung findet. Individuelle Besonderheiten sind aber zusätzlich zu berücksichtigen.

Grundsätzlich bewerben Sie Ihre Produkte mit dem Spruch „Keep it simple“. Worin besteht diese Einfachheit?

Der Zahnarzt, der das erste Mal ein einteiliges Implantat von nature Implantats inseriert, wird sowohl durch das chirurgische als auch prothetische Prozedere begeistert sein. Transgingivale Implantationen mit selbstzentrierenden torpedoförmigen Implantaten, übersichtliche Behandlungsschritte und wenige Systemkomponenten zur Vermeidung von Verwechslungen, zementierte prothetische Versorgungen wie bei Zähnen direkt auf den einteiligen Implantaten bestätigen unseren Slogan.

Welche zukünftigen Ziele verfolgen Sie?

Wir wollen unsere Marktpräsenz in Deutschland sowie im europäischen Ausland erhöhen. Messeauftritte, Fortbildungsveranstaltungen und Hospitationen sollen daher verstärkt und die mediale Präsenz sowie das Marketing weiter ausgebaut werden. ◀

Wie gehen Sie die Herausforderung bei der Verarbeitungsqualität und der Oberflächenbeschaffenheit an?

Implantatgrundkörper, Oberflächenbeschaffenheit und Verpackung bzw. Sterilität sind made in Germany. Alle Zulieferer erfüllen die strengen Standards in der Implantologie, besonders durch die regelmäßigen Kontrollen, und sind alle natürlich nach DIN EN ISO 13485 zertifiziert. Sie alle haben ihren Sitz in Deutschland und produzieren alle ausschließlich in Deutschland. Durch diese Maßnahmen halten wir unsere Qualitätsstandards konstant hoch.

Herr Dr. Eisenkolb, vielen Dank für das Gespräch.

Dr. Reiner Eisenkolb, M.Sc.,
wissenschaftlicher
Leiter von
nature Implants.



mehr (entspricht der Größe eines Standardimplantates) bedeutet nahezu keine Indikationseinschränkung durch höchste Bruchstabilität bei fünf Millionen Lastzyklen.

Einteilige Implantate sind in der Regel eher etwas für erfahrene Anwender, da diese bei der Insertion schon die Prothetik viel stärker berücksichtigen müssen als es bei zweiteiligen Implantaten notwendig wäre. Überfordern Sie hier nicht die eher unerfahreneren Kollegen? Unser System zeichnet sich gerade durch die Einsteigerfreundlichkeit aus: Zum einen verringern eine sehr übersichtliche OP-Kassette, geringe Systemkomponenten und einfache Behandlungsabläufe die Fehlerhäufigkeit. Darüber hinaus empfehlen wir Anfängern und Fortgeschrittenen unsere Fortbildungsange-

Die Gäste informierten sich über das einteilige nature Implants-Implantat.



Dieser Herbst bietet einen besonderen Kongress-Höhepunkt: Vom 15. bis 17. Oktober findet in Berlin der 32. Weltkongress des ICOI in Kooperation mit dem 12. Internationalen Jahreskongress der DGOI und dem 19. Jahressymposium des BDIZ EDI statt. Erwartet werden rund 1.000 Teilnehmer aus 60 Ländern und die weltweit führenden Topreferenten. Sie diskutieren unter dem Leitthema „Evidence based medicine and Innovations in Oral Implantology 2015“. Dr. Fred Bergmann, 2. Vizepräsident der DGOI, gibt einen Ausblick auf den Kongress und berichtet über die Neuausrichtung der Fachgesellschaft.

Weltkongress in Berlin: Evidenzbasierte Therapiekonzepte



Dr. Fred Bergmann, 2. Vizepräsident der DGOI: „Ich erwarte nicht auf jede Frage die eine verbindliche Antwort, aber insgesamt sehr spannende Diskussionen auf exzellentem Niveau mit vielen konkreten Empfehlungen für den Montagmorgen.“

Herr Dr. Bergmann, was erwartet die Teilnehmer beim internationalen Gemeinschaftskongress von ICOI, DGOI und BDIZ EDI?

Dieser Kongress bietet die seltene Gelegenheit, weltweit führende Implantologen aus der Hochschule und Praxis an zwei Tagen in Berlin zu hören. Die Vorträge werden den Teilnehmern echte Mehrwerte bieten, weil die Referenten eine Thematik intensiv in einem einstündigen Referat aufbereiten und mit einer klaren Botschaft für die Praktiker darstellen. Die Kongresssprache ist Englisch, natürlich wird eine Simultanübersetzung in Deutsch angeboten.

Um welche Themen geht es?

Das Leitthema für die Diskussionen im Mainpodium lautet „Evidence based medicine and Innovations in Oral Implantology 2015“. Im Fokus stehen neue Materialien, Techniken und Konzepte, die bereits Erfolg versprechend in

der Praxis angewendet werden, denen jedoch noch die wissenschaftliche Evidenz fehlt. Die Referenten bewerten klinische Studien, um Leitlinien und Behandlungsempfehlungen präsentieren zu können. Zum Beispiel geht es um folgende Fragen: Wie sind Alternativen zur Knochenregeneration mit autologem Knochen zu bewerten? Wie Erfolg versprechend ist die Sofortversorgung im Hinblick auf den Knochenerhalt? Wie lässt sich Weichgewebe rund um das Implantat erhalten? Lassen sich schon Therapiekonzepte gegen Periimplantitis formulieren? Es werden verschiedene Behandlungsstrategien vorgestellt, dabei auch minimalinvasive Aspekte und der digitale Workflow diskutiert. Ich erwarte nicht auf jede Frage die eine verbindliche Antwort, aber insgesamt sehr spannende Diskussionen auf exzellentem Niveau mit vielen konkreten Empfehlungen für den Montagmorgen.



Für den 32. Weltkongress des ICOI in Kooperation mit dem 12. Internationalen Jahreskongress der DGOI und dem 19. Jahressymposium des BDIZ EDI vom 15. bis 17. Oktober in Berlin werden rund 1.000 Teilnehmer aus 60 Ländern erwartet.

Bitte erläutern Sie das neue Fortbildungskonzept.

Wir unterstützen unsere Mitglieder ihren Bedürfnissen und Wünschen entsprechend. Deshalb erarbeiten wir auf Wunsch gemeinsam mit ihnen einen Plan, der zu ihren individuellen Lernzielen, ihrem Lernstil und persönlichen Wissensstand passt. Zuerst werden die implantologischen Grundlagen mit dem Curriculum Implantologie „8+1“ vermittelt. Danach geht es individuell weiter, zum Beispiel mit Personal-Trainings und Einzelcoachings mit erfahrenen, langjährigen Implantologen. Als Praktiker wissen wir, dass auch unternehmerisches Wissen für den Praxiserfolg wichtig ist. Deshalb haben wir gemeinsam mit Managementexperten das Curriculum Praxisführung und Praxismanagement „3+1“ konzipiert, und für das 11. Internationale Wintersymposium vom 21. bis 28. Februar 2016 in Zürs planen wir auch persönlichkeitsbildende Themen mit ins Programm aufzunehmen. Es wird also spannend in Berlin und im kommenden Jahr in Zürs.

Vielen Dank für das Gespräch. ◀



kontakt

Deutsche Gesellschaft
für Orale Implantologie e.V.
Bruchsaler Straße 8
76703 Kraichtal
Tel.: 07251 618996-0
Fax: 07251 618996-26
mail@dgoi.info
www.dgoi.info

Gibt es weitere Programmpunkte?

Am Donnerstagmittag steht das beliebte Forum „Junge Implantologen“ auf dem Programm. Elf, ebenfalls schon namhafte, jüngere Kollegen aus verschiedenen Nationen werden praxisrelevante innovative Techniken, Materialien und Methoden in den Bereichen Biomaterialien, digitale Zahnmedizin und Prothetik sowie Abutment-Konzepte für ein ästhetisches Weichgewebe beleuchten. Auch hier erwarte ich höchst interessante Diskussionen.

Am Donnerstagnachmittag stehen mehr als 15 verschiedene Workshops zur Auswahl, teilweise mit praktischem Training. Auch Themen wie Praxismanagement und Abrechnung der implantologischen Leistungen werden angeboten.

Warum veranstaltet die DGOI gemeinsam mit dem ICOI und BDIZ EDI den Kongress?

Seit ein paar Jahren werden uns Implantologen viel mehr Fortbildungen und Kongresse angeboten, als wir wahrnehmen können. Die Fortbildungslandschaft ist überfrachtet. Gemeinsam mit dem ICOI und dem BDIZ EDI können wir ein einzigartiges Programm zusammenstellen, das in dieser Landschaft noch

einen Höhepunkt zu setzen vermag. Das zeigen die Erfahrungen aus den Jahren 2005 und 2010, als wir unseren Jahreskongress gemeinsam mit dem ICOI veranstaltet haben und jeweils rund 1.000 Teilnehmer kamen. Auch die Kooperation mit dem BDIZ EDI ist bereits bewährt. Mit unserem ersten Gemeinschaftskongress erreichten wir im Jahr 2011 mehr als 500 Teilnehmer. Diese Initiativen kamen bei den Zahnärzten und Technikern sehr gut an. Auch die Industriepartner haben die gemeinsamen Projekte begrüßt und unterstützt.

Mit dem Gemeinschaftskongress 2015 betonen wir einmal mehr die enge Zusammenarbeit mit dem ICOI, der weltweit größten implantologischen Fachgesellschaft mit über 30.000 Mitgliedern.

Zur DGOI: Seit ein paar Wochen sehen wir mit „DGOI. Für Deinen Praxiserfolg“ einen neuen Claim. Was steckt dahinter?

Wir sind auf dem Weg, das Erscheinungsbild der DGOI nach innen und außen zu modernisieren. Der erste sichtbare Schritt ist der Claim mit der Du-Ansprache. Wir haben uns für das „Du“ in der Marketing-Kommunikation entschieden, weil wir innerhalb unserer Fachgesellschaft ein freundschaftliches Miteinander mit einem respektvollen Austausch auf Augenhöhe pflegen. Diese fachliche und freundschaftliche Verbundenheit zeigen wir jetzt auch in der Außendarstellung. Gleichzeitig erarbeiten wir ein neues individuelles Lernkonzept, mit dem wir Zahnärzte vom Einstieg in die Implantologie bis zum erfolgreichen Implantologen und Praxisinhaber begleiten.

tipp

Weitere Informationen und Anmeldung für den 32. Weltkongress des ICOI in Kooperation mit dem 12. Internationalen Jahreskongress der DGOI und dem 19. Jahressymposium des BDIZ EDI auf www.icoiberlin2015.org

Neue Dimension der Poster-Präsentation beim 3. DIKON

Anlässlich des 3. DENTSPLY Implants Kongress (DIKON) vom 18. bis 19. September 2015 in Berlin werden die wissenschaftlichen Pos-



Digitale
Poster-Präsentation
[Webseite]



ter erstmals im Rahmen einer Digitalen Poster-Präsentation (DPP) vorgestellt. Die Teilnehmer vor Ort, aber auch externe Nutzer, können sich die internetbasierten Poster anschauen und auch downloaden.

Poster-Präsentationen sind ein wesentlicher Bestandteil von großen nationalen und internationalen wissenschaftlichen Kongressen. Sie finden in der Regel ganzklassisch als tatsächliche Präsentation von gedruckten „Postern“ statt. Experten und auch der wis-

enschaftliche Nachwuchs haben auf diese Weise die Möglichkeit, erste Ergebnisse ihrer Arbeit einem breiteren Fachpublikum vorzustellen. Die gängigen Poster-Präsentationen sind aber z.B. in Bezug auf das Layout, die Informationstiefe, die Möglichkeit der Verbreitung sowie in Bezug auf das Umfeld der Präsentationen recht ineffizient und im digitalen Zeitalter nicht mehr up to date.

DENTSPLY Implants stellt daher zum 3. DIKON erstmals eine internetbasierte digitale Präsentation (DPP) von wissenschaftlichen Postern vor. Diese DPP ermöglicht eine völlig neue Dimension der Darstellung und Verbreitung von wissenschaftlichen Arbeiten mit erheblichen Vorteilen für Autoren und Nutzer. Auf zwei großen Präsentationsmonitoren stehen während des gesamten Kongresses alle eingereichten Poster digital zur Verfügung. Via Touchscreen kann durch Texte und Bilder gescrollt und es können Hintergrundinformationen zum Autor eingeholt werden. Wer

von einem Poster begeistert ist oder es sich für später vormerken möchte, kann es mit nur einem Klick per E-Mail versenden.

Aktiv statt statisch in die Digitale Poster-Präsentation eintauchen!

Ausgehend von einer Übersichtsseite kann die gewünschte Präsentation ausgewählt werden. Dort finden sich Informationen zum Hauptautor mit Bild und Kontaktangaben sowie eine Vita. Gibt es Co-Autoren, so sind diese unterhalb aufgelistet. Es folgt der Hauptteil: Im linken Bereich findet sich der Abstract, rechts daneben eine Bildergalerie und darunter die Literaturangaben. Mit einem kurzen Summary schließt jede Präsentation ab.

Auch diejenigen, die nicht am 3. DIKON teilnehmen, können unter www.zwp-online.info/dikondpp ab dem 18. September 2015 neben einer ausführlichen Live-Berichterstattung zudem die digitalen Poster am PC, auf dem Tablet und mit dem Smartphone abrufen oder einsehen.

Quelle: ZWP online

Neue Studie zu Zahnimplantaten bei älteren Patienten

Welchen Einfluss hat ein hohes Patientenalter auf die Prognose von Zahnersatz auf Implantaten? Dieser Frage ging das Team um Prof. Dr. Dr. Franz-Josef Kramer bei seiner Studie nach. In der klinischen Untersuchung verglichen die Göttinger Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen 150 bei über 70-jährigen Patienten gesetzte Implantate mit ebenfalls 150 Implantaten, die bei unter 35-jährigen Patienten eingegliedert wurden.

Um die Unabhängigkeit der Daten zu gewährleisten, wurde pro Patient nur ein Implantat zugelassen. Dies war bei mehreren erfolgreichen Implantaten pro Patient ein zufällig ausgewähltes Implantat; bei Implantatverlusten das zuerst verlorene Implantat. Die Erfolgsrate der Implantate bestimmten die Fachärzte mithilfe einer speziellen Verweildaueranalyse. Darüber hinaus untersuchten sie den Einfluss definierter chirurgischer und medizinischer Parameter anhand wissenschaftlich anerkannter Analysen. Die mittlere Beobachtungszeit betrug

4,1 Jahre. Bei den über 70-Jährigen wurden Implantate meist aufgrund des schlechten Zahnfleischzustands bei den noch verbliebenen eigenen Zähnen notwendig; fast alle Patienten litten außerdem an allgemeinmedizinischen Begleiterkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes oder Herzschwäche. Bei den jungen Patienten war der häufigste Grund zur Implantatversorgung der Einzelzahnverlust. Relevante internistische Begleiterkrankungen gab es nur selten.

Implantate auch im hohen Alter

In der Gruppe der über 70-Jährigen gingen insgesamt 14 Implantate verloren; die mittlere Verweilwahrscheinlichkeit am Ende des Beobachtungszeitraums betrug 87%. Im Beobachtungszeitraum gingen bei den jüngeren Studienteilnehmern 11 Implantate verloren; die mittlere Verweilwahrscheinlichkeit lag bei 91%. Überdies konnte auch kein negativer Einfluss der internistischen Begleiterkrankungen nachgewiesen werden. Somit

lassen die Studienergebnisse schlussfolgern, dass weder das Alter der Patienten noch einzelne Begleiterkrankungen negative Auswirkungen auf eine erfolgreiche Implantatversorgung haben – eine fachgerechte Behandlung beispielsweise beim erfahrenen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen vorausgesetzt. Dies deckt sich mit den praktischen Erfahrungen der meisten DGMKG-Mitglieder: Beim spezialisierten Facharzt seien laut DGMKG Implantate inzwischen auch bei bisher aussichtslosen Befunden erfolgreich möglich. Digitale Technologien und navigierte Implantationen vereinfachen den operativen Eingriff zusätzlich. Speziell Risikopatienten profitieren auf der Suche nach mehr Lebensqualität durch Implantate von der umfassenden zahnmedizinischen und medizinischen Ausbildung des MKG-Chirurgen – mehr als 50% aller Zahnimplantationen werden in Deutschland von MKG-Chirurgen durchgeführt.

Quelle: DGMKG

Zum Jubiläum Table Clinics

Mit einem Jubiläumskongress im Tal der Loreley hat das Deutsche Zentrum für orale Implantologie e.V. (DZOI) sein 25-jähriges Bestehen gefeiert. Über 110 DZOI-Mitglieder und Gäste trafen sich für einen intensiven fachlichen Austausch im Hotel- und Golf-



resort Jakobsberg in Boppard bei Koblenz. Besonders gut kam das Konzept der Table Clinics an, das der Fachverband erstmals umsetzte. „Dies werden wir für unsere Jahreskongresse zum Standard machen“, kündigte DZOI-Präsident Dr. Helmut B. Engels an. Gleich am Auftakttag standen die zehn Tischdemonstrationen im Mittelpunkt des Programms. Bei diesem Präsentationskonzept, das aus Amerika stammt, rotieren Kleingruppen im 20-Minuten-Takt von einem

Table Clinic zum nächsten. An jedem Tisch werden sie von Zahnmedizinern und Produktspezialisten erwartet, die ihnen eine bestimmte Behandlungstechnik demonstrieren. Neben den Präsentationen und Erfahrungsberichten in Wort und Bild können die Tisch-Gäste Instrumente und Produkte am Modell und unter Anleitung des erfahrenen Kollegen gleich ausprobieren.

Impulse für den Praxisalltag

„Die intensive und kompakte Auseinandersetzung mit einem Thema, kombiniert mit Hands-on und dem direkten Erfahrungsaustausch in der Kollegengruppe, erlaubt sehr effektive Einblicke in weitere Behandlungsoptionen. Eine Form des Dialogs, die neue Impulse in den zahnmedizinischen Alltag trägt“, fasste Dr. Thomas von Landenberg seine persönlichen Eindrücke zusammen. Der Vizepräsident des DZOI ist mit drei Praxen im Raum Koblenz ansässig und hatte bei der Organisation des Jubiläumskongresses seine guten Kontakte vor Ort miteingebracht. Auch Dr. Engels zeigte sich begeistert von dem Konzept: „Diese Art der Inhaltsvermittlung, quasi ein wissenschaftliches Speeddating, ist besonders lebendig. Mir hat auch gefallen, dass es möglich war, in den Teams unkompliziert neue Kollegen kennenzulernen und Kontakte zu knüpfen. Einer der ureigensten Aufträge unseres Fachverbandes.“

Umfassendes Themenspektrum

Am zweiten Kongresstag begrüßte Sanitätsrat Dr. Michael Rumpf, Präsident der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz, als Ehrengast die Teilnehmer. Es folgten im Mainpodium gut ein Dutzend wissenschaftliche Vorträge rund um das Tätigkeitsfeld der Implantologie. Zu den Themen gehören unter anderem Augmentation mittels computergestützter 3-D-Technik, Socket Preservation, Interpositionsplastik, Schalen- und Membrantechniken, neue Konzepte für die Perimukositis- und Periimplantitistherapie, Kurzimplantate versus Augmentation, modernes Sofortimplantationskonzept und weitere Aspekte. Dabei reisten die Referenten aus ganz Deutschland und sogar aus Italien an. Aus der direkten Nachbarschaft, dem Bundeswehrkrankenhaus Koblenz, kam Prof. Dr. Dr. Richard Werkmeister. Der Oberstarzt behandelt dort mit modernsten Methoden und Gerätschaften Patienten mit Verletzungen aus Kriegseinsätzen und gewährte einen besonderen Einblick in die Möglichkeiten der MKG- und Oralchirurgie.



DZOI e.V.
Tel.: 0871 6600934
www.dzoi.de

45. DGZI-Jahreskongress – CALL FOR POSTERS

Die DGZI Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Implantologie e.V. lädt auch dieses Jahr anlässlich des 45. Jahreskongresses am 2. und 3. Oktober 2015 dazu ein, am POSTER AWARD teilzunehmen. Die Präsentationen, die sich thematisch im Bereich der Implantologie, Parodontologie, Chirurgie oder Prothetik bewegen sollen, werden von einer fachkundigen Jury im Vorfeld der Veranstaltung begutachtet. Ausgestellt werden sie im Rahmen des 45. Jahreskongresses in Wiesbaden, wo ebenfalls die Verleihung des POSTER AWARDS stattfinden wird, zu dem alle Teilnehmer herz-



lich eingeladen sind. Zu beachten ist, dass eine „offene“ PowerPoint-Präsentation mit Text und Bildern eingereicht wird, mit einer Voreinstellung 16:9 (Ansicht Folienmaster), die Schriftgröße soll Minimum 13 Punkt betragen. Bis zum 10. September 2015 können das Text- und Bildmaterial unter Angabe der vollständigen Kontaktdaten inklusive E-Mail-Adresse, per CD-ROM/DVD oder USB-Stick an die DGZI-Geschäftsstelle geschickt werden. Mitmachen lohnt sich! Der 1. Platz hat die Möglichkeit, einen 20-g-Goldbarren zu gewinnen, der 2. Platz erhält einen 10-g-Goldbarren und der



3. Platz 200 Euro. Gesponsert werden die Preise von der Cendres+Métaux Group.

Quelle: DGZI e.V.

Erweiterung in der Prothetik

Mit der prothetischen Systemerweiterung der PS-Line Prothetik für die RS/R SX-Implantate steht Anwendern ab jetzt der neue Scanpost CAD SP zur Verfügung. Mit ihm ist es möglich, individuelle Abutments mittels des Sirona CEREC/InLab Systems intraoral zu scannen, zu designen und sicher zu fräsen. Testreihen mit erfahrenen Sirona-Anwendern haben überzeugende Ergebnisse geliefert. Nach dem abschließen-



den Sintervorgang des gefrästen Bauteils wird die Sekundärstruktur mit der TiBase von BEGO Implant Systems verklebt. Kunden des Sirona Dental Systems können den Scanbody wie gewohnt bei ihrem Sirona-Partner bestellen. Neu

ist der Bezug der TiBase und des CAD SP für die BEGO Semados® Implantatsysteme über BEGO Implant Systems in Bremen.

Nähere Infos erhalten Sie unter der aus dem deutschen Festnetz kostenfreien Hotline 0800 2028-000.

BEGO Implant Systems
Tel.: 0421 2028-246
www.bego-implantology.com

BEGO Implant Systems
[Infos zum Unternehmen]



Ultraschall-/Pulverstrahlgerät erleichtert die Prophylaxe

Mit Varios Combi Pro stellt NSK erstmals ein kombiniertes Ultraschall-/Pulverstrahlgerät vor. Hinter dem eleganten äußeren Erscheinungsbild des Stand-Alone-Prophylaxegerätes verbirgt sich eine Vielzahl an Features. Eine große Besonderheit von Varios Combi Pro ist zum Beispiel die komplette Trennung der medienführenden Kanäle vom Steuergerät, wodurch eine äußerst geringe Störanfälligkeit und eine höchst unkomplizierte Wartung realisiert werden. Hierzu trägt auch der Selbstreinigungsmodus für die Ultraschall- und die Pulverstrahlfunktion bei. Die Ultraschallfunktion des Varios Combi Pro

basiert auf der bewährten NSK Varios-Technologie. Dank der iPiezo-Elektronik mit ihrem Auto-Tuning- und Feedback-System steht immer die erforderliche Leistung an der Aufsatzspitze zur Verfügung – egal, ob eine kraftvolle Zahnsteinentfernung oder eine sensible Parodontalbehandlung durchgeführt



wird. Das schlanke und leichte Ultraschallhandstück mit LED-Licht bietet dabei stets guten Zugang und uneingeschränkte Sicht.

Die Pulverstrahlfunktion basiert auf den umfassenden Erfahrungen, die NSK auch in diesem Bereich über Jahrzehnte gesammelt hat. Ein ergonomisches Handstück mit schlanker Spitze vermittelt eine hohe Beweglichkeit und rückt damit auch hintere Molaren in erreichbare Nähe. Durch den gleichmäßigen und in seiner Intensität exakt regulierbaren Pulverstrahl wird eine höchst effiziente und zeitsparende Pulverstrahlbehandlung ermöglicht. Optional ist eine kostengünstige Pulverstrahlleinheit (Pulverkammer, Schlauch und Handstück) für die subgingivale Anwendung erhältlich, durch welche die supragingivale Pulverstrahlleinheit schnell und mit nur einem Handgriff auf dem Gerät ausgetauscht wird. Für die subgingivale Pulverstrahlleinheit ist die Verwendung von NSK Perio-Mate Powder (Glycin) vorgesehen.

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

NSK
[Infos zum Unternehmen]



Sichere Sterilgutverpackung

Die Verwendung nicht validierbarer Verpackungsmethoden widerspricht den RKI-Empfehlungen, die für kritische Medizinprodukte ein validierbares Verpackungsverfahren vorschreiben.¹ Sowohl maschinelle als auch manuelle Verpackungsverfahren sind als validierbare und somit richtlinienkonforme Variante verfügbar.

Bei den Selbstklebebeuteln PeelVue+ von DUX Dental bieten z. B. spezielle Markierungen (Schließ-Validatoren) eine Hilfestellung, um die exakte Klebposition der Verschlusslasche zu finden und den Beutel sicher zu verschließen. Eine schriftliche Validierungsanleitung zeigt zudem Schritt für Schritt auf, wie PeelVue+ Selbstklebebeutel validierbar anzuwenden sind, und ein Validierungsplan dokumentiert zusätzlich den Validierungsprozess. Beide Dokumente unterstützen die Praxis bei der Umsetzung des gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsmanagementsystems (QM). Bei validierbaren Selbstklebebeuteln ist das ordnungsgemäße Verschließen der Beutel essenziell. Gemäß DIN EN ISO 11607-2 muss für beide Verfahren im Rahmen der Leistungsbeurteilung (PQ) turnusmäßig der Nachweis erbracht werden (z. B. anhand einer visuellen Kontrolle oder eines Tintentests), dass das Verpackungsverfahren optimal verschlossene Sterilbarriersysteme liefert. Keines der Verfahren entbindet die Praxis von den turnusmäßigen Kontrollen zur Vermeidung von Undichtigkeiten. Die exakte Ausführung der Arbeitsschritte zur Validierung muss unbedingt eingehalten werden. Solange es sich um ein validierbares Verpackungsverfahren handelt, können Zahnarztpraxen frei entscheiden, welches Verpackungsverfahren zum Einsatz kommen soll.



¹ Gemeinsame Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).

DUX Dental
Tel.: 00800 24146121 (kostenfrei)
www.dux-dental.com

Mehr Implantate für Deutschland

Seit Anfang des Jahres ist ein weiterer Hersteller von Implantaten in Deutschland aktiv: Die israelische Firma CORTEX Dental Implants hat eine deutsche Niederlassung gegründet. Der Anbieter entwickelt, produziert und vermarktet neue, innovative Zahnimplantate, prothetische Produkte und Chirurgie-Kits von hoher Qualität zu einem günstigen Preis. Unter dem Motto „Von Implantologen für Implantologen“ wird vor allem auf die praktische Anwendbarkeit der Produkte Wert gelegt. Die Firma wurde im Jahre 2008 durch eine Gruppe von Klinikexperten, Kiefer- und Gesichtschirurgen sowie führenden Fachleuten auf dem Gebiet der dentalen Implantologie gegründet. Die Produktentwicklung wird durch ein internationales Forschungs- und Entwicklungsteam aus anerkannten Implantologen unterstützt. Eine besondere Erfindung ist



die Integration eines Anti-Drehperrelements in die Zahnimplantate, wodurch die Primärstabilität der Implantate erhöht wird. Die Produktlinien ONEPIECE, CLASSIX (Knochendichte D1/D2), DYNAMIX (D3/D4) und SATURN (D4/D5) können deshalb in den geheilten Knochen oder direkt nach Extraktion eingesetzt werden. Eine weitere hauseigene Innovation ist EASY2FIX, das mit einer geführten Implantation und minimal-invasiver Technik eine Unterkieferprothese mit einem Dolder-Steg innerhalb einer Stunde bei sofortiger Belastung stabilisiert. Damit ist das Produkt eine optimale Lösung für ältere Patienten. Den Exklusivvertrieb für CORTEX in Deutschland und Österreich hat die Firma Harf Medical Services in Würzburg übernommen. Zur Einführung der Produkte werden noch weitere Handelsvertreter und Partner gesucht.

Besuchen Sie CORTEX auf dem EAO Congress 2015 in Stockholm, Schweden, vom 24. bis 26. September am Stand G016.

EAO)))
CONGRESS

Harf Medical Services GmbH
Tel.: 0931 35817985
www.cortex-dental.de

simply save

Doppelkonus-
Wave-
Verbindung

Einzigartig!
Zweifaches
Innengewinde
für doppelte
Sicherheit

Ti-White®
die zahnweiße
Titanoberfläche



Minimalinvasive, schnelle und präzise chirurgische Eingriffe möglich



Seit über einem Jahr arbeitet Oralchirurg und Universitätsprofessor Dr. Jairo Vargas, San José, mit dem Chirurgiegerät Piezomed von W&H. Im Folgenden berichtet er über seine Erfahrungen als Nutzer der Piezotechnologie:

„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 Knochenersatzmaterialien einbringen, ohne sie dabei mit den Instrumenten zu verletzen. Den Sinuslift kann ich dadurch 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 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 Instrumentenein-



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.



stellung 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 & 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 einzigartigen Möglichkeiten des Chirurgiegerätes aufmerksam.“

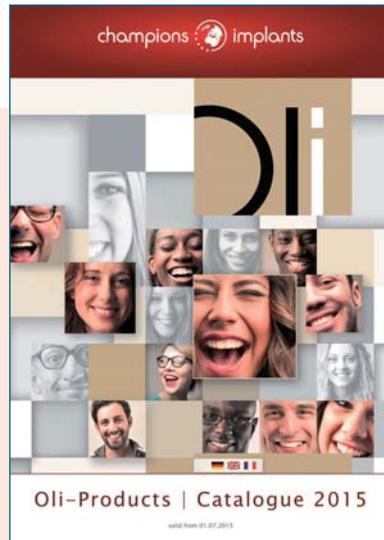


W&H Deutschland GmbH
 Tel.: 08682 8967-0
www.wh.com

Neues Produktportfolio mit hochwertigen Produkten

Champions-Implants GmbH erweitert sein Produktportfolio um hochwertige Adhäsivsysteme, Prophylaxe-, Füllungs-, Provisorien und Abformungsmaterialien. Die Oliident-Produkte, die allesamt in Norddeutschland hergestellt und in Krakau konfektioniert werden, spiegeln die Philosophie der Champions® wider, so CEO, Dr. Armin Nedjat: „Qualität muss nicht teuer sein.“ „Und auf diese Weise kann eine Einzelpraxis bis zu zehntausend Euro im Jahr rein an diesen Materialien einsparen.“

Die Composite und Abformungsmaterialien schnitten nicht nur in der Rubrik „Preis-Leis-



tungs-Sieger“ im Vergleich mit den in Deutschland renommiertesten Anbietern nach einem Testlauf in 30 Champions-Prax-

ten mit der Gesamtnote „sehr gut“ (deutsches Schulnotensystem) ab, sondern überzeugten vor allem in Hinblick auf Präzision und Handling.

Champions-Implants
[Infos zum Unternehmen]



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

Implantatpflege-Kit im praktischen Beutel

Die wichtigste Maßnahme zur Vermeidung von Implantatverlusten ist die gründliche und regelmäßige Plaqueentfernung. Da Implantate eine besondere Pflege benötigen, sollten den Patienten auch besondere Hilfsmittel und Produkte zur Verfügung gestellt werden. Hier unterstützt Sunstar mit speziellen Produkten zur optimalen Reinigung von Implantaten – dem GUM® Implantatpflege-Kit im praktischen Beutel. Eine weiche Zahnbürste mit zwei unterschiedlichen Filamentarten und eine Monobüschelbürste für eine schonende und gründliche Reinigung der natürlichen Zähne und des Implantates sind im Kit enthalten. Des Weiteren beinhaltet es eine Zahnpasta mit Fluorid und antibakteriellen Inhaltsstoffen zur Bekämpfung von Plaque sowie eine antibakterielle Mundspü-

lung. Zur Zahnzwischenraumreinigung sind im Kit neben Interdentalbürsten auch metallfreie Interdentalraumreiniger sowie eine flauschige Zahnseide mit Einfädelhilfe, mit der auch um das Implantat herum gereinigt werden kann, vorzufinden. Die beiliegende Broschüre „Implantatpflege“ informiert den Patienten umfassend darüber, welche Vorteile Implantate haben und wie er das Implantat am besten pflegt. In der Broschüre wird auch darauf hingewiesen, dass nur die Kombination von häuslicher und professioneller Implantat- und Zahnreinigung ein langes Leben für das Implantat sichert. Sunstar bietet zusätzlich auch eine individuelle Bedruckung des Implantatpflege-Kits an.



Die Broschüre „Implantatpflege“ informiert den Patienten umfassend darüber, welche Vorteile Implantate haben und wie er das Implantat am besten pflegt. In der Broschüre wird auch darauf hingewiesen, dass nur die Kombination von häuslicher und professioneller Implantat- und Zahnreinigung ein langes Leben für das Implantat sichert. Sunstar bietet zusätzlich auch eine individuelle Bedruckung des Implantatpflege-Kits an.

Sunstar Deutschland
[Infos zum Unternehmen]



Sunstar Deutschland GmbH
Tel.: 07673 885-10855
www.gum-professionell.de

Geldersparnis mit Wasserhygiene

Die Kostenersparnis, die eine fortschrittliche und ganzheitliche Konzeption im Bezug auf das Thema Wasser für eine Zahnarztpraxis erzielen kann, ist in der Branche weitgehend unbekannt. Die Wasserhygiene spielt bei der Ausgabenreduktion eine tragende Rolle, da sie sämtliche wasserführende Bereiche einer zahnmedizinischen Einrichtung technisch wie rechtlich berührt.

Alte, aber hochwertige Dentaleinheiten, wie die Siemens M1 oder KaVo-Einheiten, die über keine durch die Trinkwasserverordnung geforderte Sicherungseinrichtung gem. DIN EN 1717 verfügen, müssen durch aktuelle Modelle ersetzt werden, da nicht abgesicherte Einheiten nicht mehr betrieben werden dürfen. Wie sieht hier eine kostengünstige Alternative aus, die gerade weniger finanzstarke Praxen vor der Entscheidung zu einem teuren Neukauf bewahrt? Demgegenüber verlangen Bezirksregierungen und Gesundheitsämter den Nachweis, dass sie akkreditiert beprobt (DIN EN ISO 19458) und gem. MPG und Trinkwasserverordnung betrieben werden. Fehlende Wasserproben werden nachverlangt, Einheiten ohne Sicherungseinrichtung geschlossen.

Durch den Einsatz von BLUE SAFETY Produkten in einer Praxis mit fünf Behandlungseinheiten können sich jährlich Kosten einsparen lassen: Beispielsweise, wenn es darum geht, alte Behandlungseinheiten konform mit der Trinkwasserverordnung zu betreiben. Mit geeigneten technischen Möglichkeiten lässt sich so eine kurzfristige Investition in eine neue Dentaleinheit vermeiden.



BLUE SAFETY
[Infos zum Unternehmen]



BLUE SAFETY GmbH
Tel.: 0800 25837233
www.bluesafety.com

Verbesserte Weichgewebs- ästhetik bei Implantaten

Speziell für den schrägatrophierten Kieferkamm hat DENTSPLY Implants ein Implantat entwickelt, das bislang einzigartig auf dem Markt ist: das OsseoSpeed Profile EV. EV steht für „Evolution“ und damit für das Konzept der kontinuierlichen Weiterentwicklung des ASTRA TECH Implant System. Mit seinem einzigartigen, abgeschrägten Implantatschulter-Design folgt das OsseoSpeed Profile EV der natürlichen Form des Knochens und ermöglicht mit einem 360-Grad-Knochenerhalt rund um das Implantat eine verbesserte Weichgewebsästhetik. In vielen Fällen lässt sich so eine Augmentation vermeiden. Die Prothetik und das Handling der ersten Profile-Serie aus dem Jahr 2011 wurden bei dem neuen Implantat komplett überarbeitet. Hervorzuheben ist eine sehr einfache Abdrucknahme durch die „One-position-only“-Platzierung. Der selbstpositionierende Abdruckpfosten vereinfacht die Abdrucknahme und hilft, Fehler zu vermeiden: Beim Festziehen der Schraube dreht sich der Pfosten in die richtige Position. Dank der einzigartigen „One-position-only“-Platzierung für alle indexierten Komponenten ist die gesamte Behandlung einfach durchzuführen und sorgt von der Implantatinsertion bis zur Platzie-



rung des finalen Abutments für vorher-sagbare Ergebnisse. Das innovative Design der selbstpositionierenden Abdruckpfosten ermöglicht eine schnelle Eingliederung und einen präzisen und zuverlässigen Arbeitsablauf zwischen Arzt und Zahntechniker. Das OsseoSpeed Profile EV-Implantat verfügt über ein umfassendes Sortiment an Implantatoptionen: Es ist als gerades und konisches Implantatdesign erhältlich und kann für einseitige und zweiseitige Versorgungen eingesetzt werden. Die digitalen Lösungen von DENTSPLY Implants unter-

stützen das OsseoSpeed Profile EV. Von der Planung bis hin zur endgültigen Restauration ist das Arbeiten in einem lückenlosen digitalen Ablauf möglich.

Das Implantat wird durch den einzigartigen ASTRA TECH Implant System BioManagement Complex unterstützt. Seine vier Merkmale sorgen nachweislich für langfristigen marginalen Knochenerhalt und ästhetische Ergebnisse: OsseoSpeed, die mit Fluorid modifizierte Titanoberfläche, MicroThread, das Mikrogewinde am Implantat, Conical Seal Design, die konische Verbindung zwischen Implantat und Abutment, und Connective Contour, die einzigartige Formgebung an der Implantat-Abutment-Schnittstelle.

DENTSPLY Implants
[Infos zum Unternehmen]



DENTSPLY Implants
Tel.: 0621 4302-010
www.dentsplyimplants.de
www.jointheev.com

Die Beiträge in dieser Rubrik basieren auf den Angaben der Hersteller und spiegeln nicht immer die Meinung der Redaktion wider.

IMPRESSUM

Verlagsanschrift

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

Chefredaktion Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner Tel.: 0341 48474-321 isbaner@oemus-media.de
(V.i.S.d.P.)

Redaktion Antje Isbaner Tel.: 0341 48474-120 a.isbaner@oemus-media.de
Katja Mannteufel Tel.: 0341 48474-326 k.mannteufel@oemus-media.de
Susan Oehler Tel.: 0341 48474-103 s.oehler@oemus-media.de

Anzeigenleitung Stefan Thieme Tel.: 0341 48474-224 s.thieme@oemus-media.de

Grafik/Satz Josephine Ritter Tel.: 0341 48474-144 j.ritter@oemus-media.de

Druck Dierichs Druck+Media GmbH & Co. KG, Frankfurter Straße 168, 34121 Kassel

Ein Supplement von



PROGRAMM · FREITAG | 2. OKTOBER 2015

08.30 – 10.00 Uhr **1. STAFFEL FIRMENWORKSHOPS**

10.30 – 12.00 Uhr **2. STAFFEL FIRMENWORKSHOPS**

Podien (Simultanübersetzung Deutsch/Englisch, Englisch/Deutsch)

1 MAINPODIUM	16.00 – 18.30 Uhr
2 MARKETING PODIUM	16.00 – 17.15 Uhr
3 INTERNATIONALES PODIUM	17.15 – 18.45 Uhr
4 CORPORATE PODIUM	16.00 – 18.45 Uhr

Nähere Informationen zum Programm unter www.dgzi-jahreskongress.de

PROGRAMM · SAMSTAG | 3. OKTOBER 2015

MAINPODIUM (Simultanübersetzung Deutsch/Englisch, Englisch/Deutsch)

Chairmen: Dr. Georg Bach/DE, ZTM Volker Weber/DE,
Prof. (CAI) Dr. Roland Hille/DE, Prof. Dr. Gerhard Wahl/DE

Unter anderem wissenschaftliche Vorträge mit:

- Dr. Bernd Quantius, M.Sc., Wolfgang Sommer
- Dr. Taskin Tuna, Volker Weber
- Dr. Michael Vogeler, Rainer Semsch
- Dr. Wolfgang Diener, M.Sc., Frank Hornung
- Dr. Detlef Hildebrand, Andreas Kunz
- Prof. Dr. Dr. Jörg R. Strub
- Dr. Andreas Lindemann
- Prof. Dr. Gerhard Wahl
- Priv.-Doz. Dr. Armin Nedjat

vollständiges
Kongressprogramm



www.dgzi-jahreskongress.de

PROGRAMM ZAHNÄRZTLICHE ASSISTENZ

Unter anderem:

- wissenschaftliche Vorträge (Freitag)
- Seminar zur Hygienebeauftragten (Samstag)
- Ausbildung zur zertifizierten Qualitätsmanagementbeauftragten QMB (Samstag)

Das Programm für die Zahnärztliche Assistenz finden Sie auf www.oemus.com und www.dgzi-jahreskongress.de

ORGANISATORISCHES

VERANSTALTUNGSORT



Dorint Hotel Pallas
Auguste-Viktoria-Straße 15
65185 Wiesbaden
Tel.: 0611 3306-0
www.hotel-wiesbaden.dorint.com

Zimmerbuchungen im Veranstaltungshotel
und in unterschiedlichen Kategorien
Tel.: 0211 49767-20 | Fax: 0211 49767-29
info@prime-con.eu | www.prim-con.eu



KONGRESSGEBÜHREN

Zahnarzt/Zahntechniker DGZI-Mitglied	245,00 €* 295,00 €**
Zahnarzt/Zahntechniker Nichtmitglied	120,00 €* 135,00 €**
Assistenten (mit Nachweis) DGZI-Mitglied	120,00 €* 135,00 €**
Assistenten (mit Nachweis) Nichtmitglied	135,00 €**
Studenten (mit Nachweis)	nur Tagungspauschale
Tagungspauschale**	98,00 € zzgl. MwSt.

Teampreise

Zahnarzt + Zahntechniker DGZI-Mitglied	367,50 €* 442,50 €**
Zahnarzt + Zahntechniker Nichtmitglied	442,50 €**
Zahnarzt + Assistent DGZI-Mitglied	305,00 €* 362,50 €**
Zahnarzt + Assistenten Nichtmitglied	362,50 €**
Tagungspauschale pro Person**	98,00 € zzgl. MwSt.

* Die Buchung erfolgt inkl. 7% MwSt. im Namen und auf Rechnung der DGZI e.V.

Bei Tageskarten reduzieren sich die oben ausgewiesene Kongressgebühr und Tagungspauschale um die Hälfte.

Zahnärztliche Assistenz

Vorträge (Freitag)	99,00 € zzgl. MwSt.
Seminar A oder Seminar B (Samstag)	99,00 € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale** (pro Tag)	49,00 € zzgl. MwSt.

** Umfasst Kaffeepausen, Tagungsgetränke und Mittagessen. Die Tagungspauschale ist für jeden Teilnehmer verbindlich zu entrichten.

Veranstalter: DGZI e.V.

Paulusstr. 1 | 40237 Düsseldorf
Tel.: 0211 16970-77 | Fax: 0211 16970-66
sekretariat@dgzi-info.de | www.dgzi.de



Organisation/Anmeldung: OEMUS MEDIA AG

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



Anmeldeformular per Fax an
+49 341 48474-290
oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig

Für den 45. Internationalen Jahreskongress der DGZI vom 2. bis 3. Oktober 2015 in Wiesbaden melde ich folgende Personen verbindlich an (Zutreffendes bitte ausfüllen bzw. ankreuzen): **HINWEIS:** Bitte beachten Sie, dass Sie in jeder Staffel nur an einem Workshop teilnehmen können.

Titel, Name, Vorname, Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Freitag	Workshops ZA 1. Staffel: ___ 2. Staffel: ___	<input type="checkbox"/> Vorträge (Fr.)
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Samstag	Podien: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Seminar A (Sa.) <input type="checkbox"/> Seminar B (Sa.)
	DGZI-Mitglied	Teilnahme	(Nr. eintragen/ankreuzen)	Programm ZAH
Titel, Name, Vorname, Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Freitag	Workshops ZA 1. Staffel: ___ 2. Staffel: ___	<input type="checkbox"/> Vorträge (Fr.)
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Samstag	Podien: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Seminar A (Sa.) <input type="checkbox"/> Seminar B (Sa.)
	DGZI-Mitglied	Teilnahme	(Nr. eintragen/ankreuzen)	Programm ZAH

Abendveranstaltung am Freitag, 2. Oktober 2015: (Bitte Personenzahl eintragen.)

Praxisstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für den 45. Internationalen Jahreskongress der DGZI erkenne ich an.

Datum/Unterschrift

E-Mail (Bitte unbedingt angeben!)

>> Für schlaue Digitalisierer!

>> Noch nie war der Einstieg
in digitales Röntgen so attraktiv & flexibel!

3D unlimited!

ab 39.900 € netto!

- >> inkl. 1 Jahr 3D Flatrate
- >> Prepaid/Kaufoption
- >> 2 Jahre Garantie
- >> gültig bis 31.12.2015



PaX-i3D - 3D unlimited.

Sie sind sich sicher, dass 3D Röntgen für ihre Praxis unverzichtbar ist? Aber die Höhe der Investition und die Einschätzung der Fallzahlen in Ihrer Praxis lassen Sie zögern? Mit "3D unlimited" erwerben Sie ein hochwertiges OPG/DVT Multifunktionsgerät zu einem deutlich reduzierten Einstiegspreis. Im ersten Jahr ist die 3D Nutzung uneingeschränkt, Sie können Erfahrungen sammeln und Geld verdienen. Nach einem Jahr entscheiden Sie ganz flexibel, in Abhängigkeit Ihrer 3D Nutzung, welches 3D Modell für Ihre Praxis das profitabelste ist: „Freischaltung des 3D Sensors“ oder „3D Prepaid“ [gültig bis 31.12.2015 - bei allen teilnehmenden Depots].

PaX-i HD⁺ - 2D buy-back.

Sie möchten in ein digitales Panoramagerät investieren? Aber sind sich bewusst, dass Sie früher oder später auf 3D Röntgen umsteigen? Die 100% buy-back Garantie für das PaX-iHD⁺ bietet Ihnen maximale Investitionssicherheit. Innerhalb von 2 Jahren rechnen wir Ihnen den vollen Netto-Kaufpreis des PaX-iHD⁺ bei Kauf eines PaX-i3D [FOV 8x8 oder größer] an [gültig bis 31.12.2015 - bei allen teilnehmenden Depots].

oOh!



3D unlimited!

ab 39.900 € netto!

- >> inkl. 1 Jahr 3D Flatrate
- >> Prepaid/Kaufoption
- >> 2 Jahre Garantie
- >> gültig bis 31.12.2015



OPG +
3D unlimited
für 1 Jahr
inklusive

[Option 1]

Frei-
schaltung
3D Sensor

>> freie
3D Nutzung

[Option 2]

Kauf
Prepaid
Karte

>> freie
3D Nutzung
spät. nach
5 Jahren

2D buy-back!

>> inkl. 100% buy-back
Garantie für
2 Jahre

>> gültig bis 31.12.2015



Der offene
Software Standard
für die digitale
Praxisintegration.



PaX-i3D / PaX-i3D GREEN [OPG/DVT]

PaX-i HD⁺ [OPG]

byzz next

- our best 3D.

diagnostik - planung - praxisintegration

www.angedental.de

angedental
premium innovations