

ORALCHIRURGIE

Journal

4 2015

Fachbeitrag

Implantationsrelevante
Erkrankungen der Kieferhöhle

Seite 6

Anwenderbericht

Intraorales Schweißen
einer Gerüstkonstruktion

Seite 20

Events

BDO, DGMKG und IFDAS:
Kongress-Trias in Berlin 2015

Seite 30

Events

Kurs „Oralchirurgisch-
Implantologische Fachassistenz“

Seite 43



**CONELOG®
IMPLANTAT**

INKL. VERSCHLUSSSCHRAUBE

€ 154,- (ZZGL. MWST.)

PREISGARANTIE BIS 31.12.2017.
VERGLEICHEN LOHNT SICH.



BESSER CONELOG.

DAS BESTE KONISCHE IMPLANTATSYSTEM VON CAMLOG.

CONELOG® Implantate verfügen über einen selbsthemmenden Konus, die CAMLOG Indexierung mit drei Nuten im Implantat sowie korrespondierende Nocken am Abutment – zum Einbringen der Sekundärteile ohne Übertragungsschlüssel. CONELOG überzeugt durch Anwenderfreundlichkeit und erleichtert es, präzise und stabile Resultate zu erzielen. **Steigen Sie jetzt auf das beste konische Implantatsystem von CAMLOG um.**

Wir bieten Ihnen eine Partnerschaft auf Augenhöhe, volle Unterstützung und unser langjähriges Know-how, von dem Sie in der Praxis profitieren. Für weitere Informationen oder eine **kostenlose Test-OP** wenden Sie sich gerne an den CAMLOG Kunden-Service unter Telefon 07044 9445-100.



Birgit Schurz
Vertriebsmanagerin

Mike Reinhardt
Produktmanager Technischer
Service Implantologie

Gratulation zum 60. Geburtstag

Die zahnärztliche Approbationsordnung trat am 1. Mai 1955 als Rechtsverordnung in Kraft und feiert in diesem Jahr ihren 60. Geburtstag. Das Problem ist leider, dass man der Jubilarin die sechs Jahrzehnte ohne inhaltliche „Pfleger“ auch mehr als ansieht und keinem der Beteiligten ernsthaft nach Feiern zumute ist. So hat es zwar in der Vergangenheit zahlreiche Anläufe gegeben, eine grundlegende Neuausrichtung der zahnärztlichen Ausbildung in den Prüfungsbestimmungen einzubringen, aber leider ohne Erfolg. Zuletzt kam die Kritik von allen Seiten: von der Vereinigung der Hochschullehrer, von den Zahnärztekammern, den Fachgesellschaften und auch vom Wissenschaftsrat, der bereits vor mehr als zehn Jahren wieder einmal eine Neuausrichtung der Zahnheilkunde hin zur Medizin forderte. Zwar existiert seit Anfang 2006 ein abgestimmter Entwurf einer neuen zahnärztlichen Approbationsordnung auf den Schreibtischen im BMG, doch leider ist das Vorhaben trotz mehrmaliger Anläufe im Bundesrat gescheitert. Erst waren es die Vertreter des Freistaates Bayern und anschließend die Sachsen, die die Mehrkosten für die Länder von geschätzten 60 Millionen Euro, die eine neue zahnärztliche Approbationsordnung zusätzlich verursacht

hätte, gescheut haben. Unter der schwarz-gelben Vorgängerregierung mit einem Gesundheitsminister Bahr waren alle Beteiligten noch frohen Mutes, dass in diesem oder zumindest spätestens im kommenden Jahr die neue Approbationsordnung in Kraft treten könnte. Da es sich um eine Verordnung und nicht um ein Gesetz handelt, war auch ein Koalitionswechsel im Prinzip unschädlich für das Vorhaben. Aber bereits die Ausfertigungen zum Koalitionsvertrag der großen Koalition ließen erste Zweifel an der Verwirklichung einer neuen Approbationsordnung für Zahnärzte aufkommen, da dieser wichtige Meilenstein in der Fortentwicklung des Faches im Koalitionsvertrag nicht mit einem Wort erwähnt wurde. Stattdessen findet man völlig neue Schlagwörter, und so wurde im Mai 2015 in einer gemeinsamen Sitzung von Bund und Ländern mit der Arbeit am „Masterplan Medizinstudium 2020“ begonnen. Da offensichtlich die Mediziner erst einmal wieder Vorrang genießen und die Politik fleißig an einem „Master-Arzt“ mit billigem „Bachelor-Gehilfen“ arbeitet, rückt die neue Approbationsordnung für unser Fach erneut in weite Ferne. Und so wurde wieder einmal eine Chance vertan, die zahnärztliche Ausbildung an den aktu-



ellen Stand der Wissenschaft anzupassen, so wie es der erst vor Kurzem verabschiedete nationale Lernzielkatalog Zahnheilkunde vorgesehen hätte. So bleibt mir nur noch, kopfschüttelnd das Glas zu heben, um auf die nächsten 60 Jahre anzustoßen: Prosit!



Ihr Torsten W. Remmerbach

Editorial

- 3 Gratulation zum 60. Geburtstag
Torsten W. Remmerbach

Fachbeitrag

- 6 Implantationsrelevante
Erkrankungen der Kieferhöhle
Prof. Dr. Hans Behrbohm, Priv.-Doz. Dr. Dr. Steffen G. Köhler
- 12 Dentinogenesis imperfecta hereditaria
und All-on-4®/-6
Dr. Dušan Vasiljević, Vladan Vasiljević

Anwenderbericht

- 16 Prothetische Sofortversorgung
mit der Fast & Fixed-Methode
Dr. med. dent. Christian Dan Pascu
- 20 Intraorales Schweißen
einer Gerüstkonstruktion
Dr. Frank Kistler, ZT Stephan Adler, Dr. Steffen Kistler

Interview

- 29 „Schritt für Schritt zur
sicheren Frontzahnästhetik“

Events

- 30 BDO, DGMKG und IFDAS:
Kongress-Trias in Berlin 2015
Dr. Maria-Theresia Peters
- 34 3. DIKON: DENTSPLY Implants empfing
1.000 Teilnehmer in Berlin
- 36 50 Jahre klinische Osseointegration
Georg Isbaner

- 38 Implantologie und kontroverse Konzepte
in Leipzig
- 40 Vorschau

Events | BDO

- 42 „Das zahnärztliche MVZ“
- 43 Kurs „Oralchirurgisch-Implantologische
Fachassistenz“
Dr. Joachim Schmidt, Dr. Markus Blume

Recht

- 44 Wann muss über die
Überweisungsmöglichkeit zum
Chirurgen aufgeklärt werden?
Dr. Susanna Zentai

Tipp

- 46 Aktuelle Neuerungen zu den Themen
Mindestlohn und Zivilprozesskosten
Eyk Nowak

26 Markt | Produktinformationen

48 News

49 Fortbildungsveranstaltungen des BDO 2015

50 Termine/Impressum



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

Titelbild © AlenD

NSK

CREATE IT.

SYNERGIE

für die IMPLANTOLOGIE



Surgic Pro

Chirurgisches Mikromotoren-System

Variosurg 3

Ultraschall-Chirurgiesystem

AKTIONSPREISE

vom 01. September bis 30. Dezember 2015, z. B.

SPARPAKET S5

- Surgic Pro+D
- + Lichthandstück X-SG65L
- + sterilisierbarer Kühlmittelschlauch
- + Variosurg 3 non FT
- + iCart Duo inkl. Link Kabel

8.999 €*
11.598 €**

Sparen Sie **2.599€**



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

* Preis zzgl. ges. MwSt. Angebot gültig bis 31. Dezember 2015. Änderungen vorbehalten.

Obwohl heute die Sinusbodenaugmentation – im allgemeinen Sprachgebrauch der Sinuslift – als ein sicheres Verfahren zu den Routineeingriffen in der Hand des geübten Implantologen gehört, gibt es auch heute noch eine Reihe komplikationsbelasteter Verläufe. Neben den anatomischen und physiologischen Besonderheiten der Nasennebenhöhlen sind es vor allem Vorerkrankungen der Kieferhöhlen, die den Erfolg eines operativen Vorgehens im Bereich der Kieferhöhlen infrage stellen können.

Prof. Dr. H. Behrbohm
[Infos zum Autor]



Dr. Dr. Steffen G. Köhler
[Infos zum Autor]



Implantationsrelevante Erkrankungen der Kieferhöhle

Prof. Dr. Hans Behrbohm, Priv.-Doz. Dr. Dr. Steffen G. Köhler

In den letzten drei Jahren haben wir unsere Philosophie zu den implantationsrelevanten Erkrankungen der Kieferhöhle auf über zehn „Expertensymposien“ vorgestellt und mit zahlreichen Kollegen diskutiert. Von besonderer praktischer Bedeutung war immer wieder die Frage, ob und wann vor einem Sinuslift eine Sanierung der Kieferhöhle erfolgen sollte. Es lassen sich vereinfachend vier häufige und typische Befundkonstellationen unterscheiden. Zum Vorgehen in der Praxis sollen dazu die folgenden Hinweise gegeben werden.

Exakte Anamnese bewahrt vor Problemen

Vor jeder Versorgung eines Patienten mit einem Zahnimplantat sollte der Patient gezielt nach folgenden Problemen bzw. Symptomen gefragt werden:

- Probleme mit den Nasennebenhöhlen
- Anzeichen für eine Allergie
- Störungen des Geruchssinns
- behinderte Nasenatmung
- Kopfschmerzen
- Asthma
- Analgetikaintoleranz
- Schnarchen

Bejaht der Patient eines dieser Symptome, ist eine bildgebende Diagnostik



Abb. 1: Gesunde Kieferhöhle mit guter Belüftung, Implantat reizlos.

indiziert, die über ein Orthopantomogramm hinausgeht. Ein Fragebogen kann helfen, nichts zu vergessen.

Bildgebende Diagnostik

Es besteht allgemeiner Konsens, dass im seitlichen Oberkiefer bei reduziertem Knochenangebot eine dreidimensionale Diagnostik (DVT) notwendig ist. Darüber hinaus sollte bei einem geplanten Sinuslift nicht nur die Kieferhöhle, sondern auch das Siebbein vollumfänglich diagnostiziert werden können. Dies ist nur mithilfe eines DVTs mit großem Diagnostikfenster möglich.

Das Siebbein ist das morphologische Verbindungsstück und die Sekretschleuse zwischen der Kieferhöhle und

der Nase. Die Kieferhöhle ist eine dem Siebbein funktionell nachgeschaltete Kavität. Deshalb führen die meisten endoskopischen Operationen heute über eine Sanierung des Siebbeins in die Kieferhöhle. Bei streng einseitiger „Verschattung“ einer Kieferhöhle ist immer auch an eine Tumorerkrankung oder ein Papillom mit Malignisierungstendenz der Kieferhöhle oder der Fossa retromaxillaris oder pterygopalatina zu denken. Neben der Vermessung der Knochenstrukturen sind selbstverständlich alle im DVT erkennbaren Veränderungen zu erfassen und zu dokumentieren. Aus langjährigen (zwölf Jahre) Erfahrungen mit dem DVT wissen wir, dass in circa 40 Prozent aller untersuchten Fälle

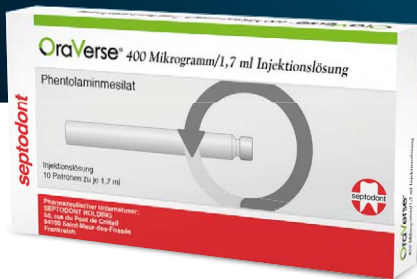
OraVerse® von Septodont



OraVerse® verkürzt die Dauer des Taubheitsgefühls durchschnittlich um mehr als die Hälfte.¹

- Sie steuern die Aufhebung der Weichgewebsanästhesie
- Für Sie ist es wichtig, dass spezielle Patienten mit dem Risiko der Selbstverletzung gut versorgt werden
- Sie können mehr Vertrauen und Patientenzufriedenheit schaffen

This drug is designed for you.



Packung mit 10 Patronen á 1,7 ml
OraVerse® erhalten Sie über Ihren
Dentalhandelspartner.

¹ Hersh E, et al. Reversal of soft-tissue local anaesthesia with phentolamine mesylate in adolescents and adults. J Am Dent Assoc. 2008; 139: 1080–1093; Hersh et al. Phentolamine Mesylate for Accelerating Recovery from Lip and Tong Anesthesia. Dent Clin N Am (54), 2010: 631–642; Tavares et al. Reversal of Soft-Tissue Local Anesthesia with Phentolamine Mesylate in Pediatric Patients. J Am Dent Assoc (139), 2008: 1095–1104.

OraVerse® 400 Mikrogramm/1,7 ml Injektionslösung.

Wirkstoff: Phentolaminmesilat **Zusammensetzung:** Phentolaminmesilat 400 Mikrogramm in 1,7 ml Injektionslösung (235 Mikrogramm/ml). Sonstige Bestandteile: Natrium 0,5 mg in 1,7 ml, Mannitol, Natriumedetat, Natriumacetat-Trihydrat, Essigsäure, Natriumhydroxid-Lösung, Wasser für Injektionszwecke.

Anwendungsgebiete: Aufhebung der Gewebeanästhesie (Lippen, Zunge) u. der damit einhergehenden funktionellen Defizite im Zusammenhang mit der intraoralen submukösen Injektion eines Lokalanästhetikums mit Catecholamin-Vasokonstriktor nach zahnmedizinischen Routineeingriffen (Zahnreinigung, Entfernen v. Zahnstein, Wurzelglättung, Präparation v. Kavitäten z. Einsetzen v. Füllungen u. Kronen). Anwendung bei Erwachsenen u. Kindern ab 6 Jahren u. einem Körpergewicht von mindestens 15 kg.

Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile.
Warnhinweise u. Vorsichtsmaßnahmen: Patienten anweisen, nichts zu essen oder zu trinken, bis die normale Sensibilität im Mundbereich wiederhergestellt ist. Nicht anwenden, wenn das Präparat eine Verfärbung aufweist. Nicht anwenden im Rahmen von komplexen zahnmedizinischen Anwendungen, bei denen Schmerzen od. Blutungen erwartet werden. Nur mit Vorsicht anwenden bei Patienten mit erhöhtem Blutungsrisiko (Antiko-

agulantien). Nach intravenöser oder intramuskulärer Applikation oberhalb der empfohlenen Dosis wurden Myokardinfarkte, zerebrovaskuläre Spasmen u. Verschlüsse beschrieben im Zusammenhang mit ausgeprägter Hypotonie. Auf Anzeichen derartiger Symptome achten! Nicht empfohlen bei Patienten mit schwerer od. nicht medikamentös eingestellter kardiovaskulärer Erkrankung. Enthält weniger als 1 mmol (23 mg) Natrium pro Patrone. **Schwangerschaft u. Stillzeit:** Anwendung nicht empfohlen, nicht bekannt, ob Phentolamin in die Muttermilch übergeht.
Nebenwirkungen: **Nerven:** Häufig Kopfschmerzen, Gelegentlich Parästhesien. **Herz:** Häufig Tachy-, Bradykardie. **Gefäße:** Häufig Hypertonie, erhöhter Blutdruck. **Gastrointestinaltrakt:** Häufig Schmerzen im Mundraum. Gelegentlich Oberbauchschmerzen, Diarrhö, Erbrechen. **Haut, Unterhautzellgewebe:** Gelegentlich Pruritus, Anschwellen des Gesichts. **Skelettmuskulatur, Bindegewebs- u. Knochenkrankungen:** Gelegentlich Schmerzen im Kieferbereich. **Allgemein:** Häufig Schmerzen an der Injektionsstelle. Gelegentlich Reaktionen an der Einstichstelle, Druckschmerz. **Verletzungen, Vergiftungen, Komplikationen:** Schmerzen nach dem Eingriff.
Verschreibungspflichtig.
SEPTODONT HOLDING - 58 rue du Pont de Créteil
94100 Saint-Maur-des-Fossés, Frankreich.
Stand: Juni 2015.

Septodont GmbH
Felix-Wankel-Straße 9
53859 Niederkassel
T +49 (0)228 97126-0 · F -66
info@septodont.de
www.septodont.de



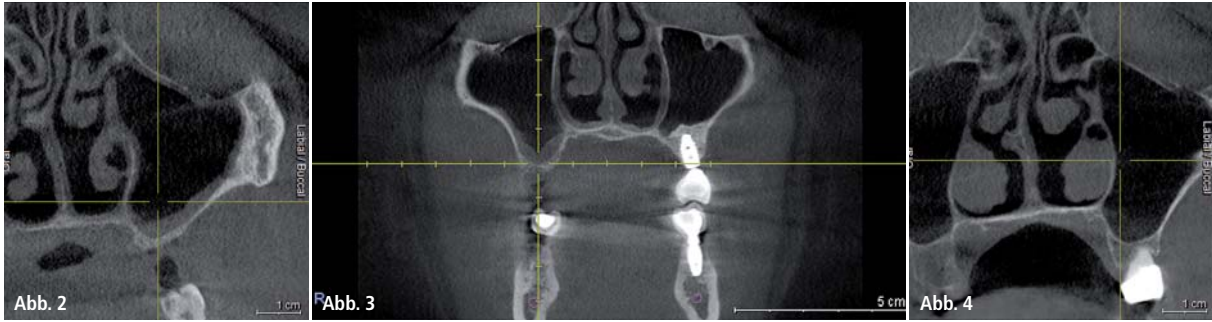


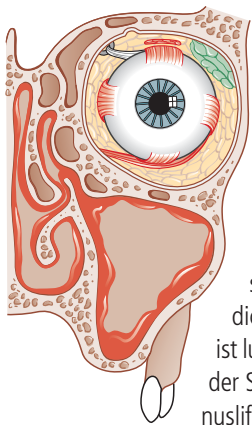
Abb. 2: Dezentere Verdickung der basalen Schleimhaut bei guter Belüftung. – **Abb. 3:** Dezentere Verdickung der Schleimhaut rechte Kieferhöhle; linke Kieferhöhle Zustand nach Sinusbodenaugmentation. – **Abb. 4:** Gesunde Kieferhöhlen. Gute Belüftung der Kieferhöhlen.

pathologische Befunde – meist ohne klinische Symptomatik – erkennbar sind.

Die gesunde Kieferhöhle

Die gesunde Kieferhöhle ist frei von allen pathologischen Veränderungen. Die – im Röntgenbild nicht darstellbare – Schneider'sche Membran ist erfahrungsgemäß extrem dünn und stellt somit einen erhöhten technischen Schwierigkeitsgrad für den Sinuslift dar.

Die häufigsten Befundkonstellationen der Kieferhöhle vor einem Sinuslift



Diffuse Schleimhautschwellung

Eine diffuse Schleimhautschwellung ist meist Ausdruck einer Ventilationsstörung der Kieferhöhle. Die parietale Schleimhaut ist in unterschiedlicher Stärke verdickt, das Lumen der Höhle ist lufthaltig. Für das Anheben der Schleimhaut bei einem Sinuslift ist eine etwas verdickte

Schleimhaut eher hilfreich als ein Handicap. Die Antwort darauf, ob eine belüftungsverbessernde Operation vor einem Sinuslift erfolgen sollte, findet sich allein im Siebbein. Die Kieferhöhle enthält respiratorische Schleimhaut mit Becherzellen und seromukösen Drüsen. Diese produzieren ein Sekret, das über das Infundibulum ethmoidale auf die Schleimhaut der lateralen Nasenwand abtransportiert wird. Die wichtigste Engstelle, die dabei passiert werden muss, ist das Infundibulum ethmoidale. Es handelt sich um einen engen, dreidimensionalen Raum, dessen mediale Wand durch den Processus uncinatus gebildet wird. Die häufigste Operation zur Verbesserung der Ventilation der Kieferhöhle ist die Infundibulotomie. Dabei wird der Processus uncinatus entfernt und dadurch eine breite Verbindung zwischen der Kieferhöhle und der Nase geschaffen. Das ist die wichtigste Voraussetzung für eine Reparatur der verdickten und entzündlich verdickten Mukosa. Finden sich z. B. eine große Bulla ethmoidalis, orbitale Siebbeinzellen mit Einengung des Infundibulums, sog. Haller'sche Zellen, ein langer Processus uncinatus, eine pneumatisierte mittlere Muschel oder eine

Septumdeviation mit Kompression der mittleren Muschel, so ist zu einer endoskopischen Sanierung vor einem Sinuslift zu raten. Sowohl die Infundibulotomie als auch die Septumplastik werden heute minimalinvasiv ausgeführt, sodass ein Sinuslift je nach Stärke der Schleimhauthyperplasie nach einem relativ kurzen Intervall möglich ist. Als Faustregel kann man für die Regeneration der Schleimhaut einen Millimeter in zwei Wochen rechnen. Bei einer diffusen Schleimhauthyperplasie von drei Millimetern, einer atraumatischen Operation und optimalen Dimensionierung des Fensters zwischen vier und acht Millimetern kann nach eigenen Erfahrungen also von einem Reparatursintervall von circa sechs Wochen ausgegangen werden.

Polypsosis nasi et sinuum

Nasenpolypen sind keine pathologische Entität, sondern quasi die Spitze vom Eisberg. Dahinter verbergen sich unterschiedliche Erkrankungen, die meist immunologisch determiniert sind. Die häufigste Form der polypösen Sinusitis entsteht durch eosinophile Granulozyten, die in einer Kaskade von Zytokinen letztlich zu einem vermehrten Anfall von

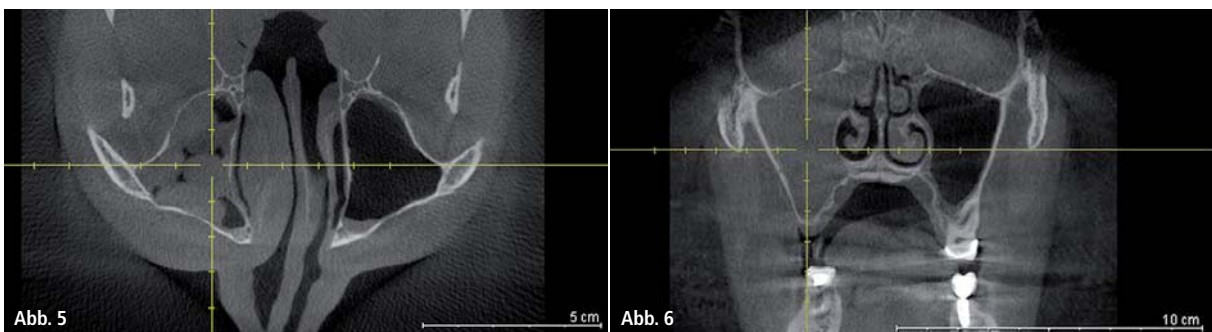


Abb. 5: Einseitige massive, polypöse Wucherungen in der rechten Kieferhöhle. – **Abb. 6:** Komplette Verschattung der rechten Kieferhöhle und der Siebbeinzellen beidseitig.



**JETZT
ANMELDEN!**

Nächster Kurstermin:
20.11.2015

**ÄSTHETISCHE
IMPLANTOLOGIE/
FRONTZAHN-
ÄSTHETIK**

Kursdauer:
9:00-16:30 Uhr
8 Fortbildungspunkte
Kosten: 300 €

Lernen Sie von **Spezialisten** nach dem **Original** Know-How von **Brånemark**

Unsere Fortbildungen haben das Ziel, Ihnen ein praxistaugliches Konzept der dentalen Implantologie zu vermitteln – von der Planung über die prothetische Versorgung bis hin zur effizienten Patientenkommunikation! Mit der Erfahrung aus rund 19 Jahren und über 25.000 gesetzten Implantaten gehört das Brånemark Osseointegration Center Deutschland zu den führenden Implantologiezentren Europas.

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

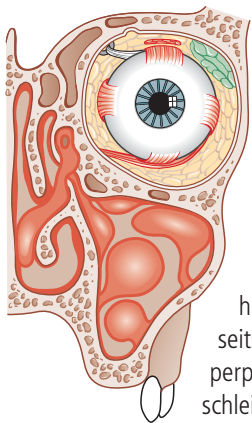
Brånemark Osseointegration Center Germany
Education Program
Mülheimer Straße 48 | 47057 Duisburg
Tel.: 0203-39 36 0
info@voc-education.de | www.boc-education.de



BOC Education Program



Abb. 7a: Komplette Verschattung der rechten Kieferhöhle mit Abtransport von Wurzelfüllmaterial. – **Abb. 7b:** Wurzelrest linke Kieferhöhle mit kompletter Verschattung und Einengung des Infundibulums. – **Abb. 7c:** Implantat in der linken Kieferhöhle (PSA). – **Abb. 7d:** Knochenersatzmaterial auf dem „Abtransport“.



Leukotrienen führen. Nasenpolypen entstehen praktisch nie in der Nase, sondern im Siebbein und führen über eine Mitreaktion der Kieferhöhlenschleimhaut einerseits und eine Obstruktion des Kieferhöhlenostiums andererseits zu einer polypösen Hyperplasie der Kieferhöhlenschleimhaut.

Häufig bestehen Komorbiditäten wie ein Asthma bronchiale und eine Analgetikaintoleranz. Diese Patientengruppe stellt eine besondere Risikogruppe vor einem Sinuslift dar, weil die Kieferhöhlenschleimhaut oft von Problemkeimen, wie *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas* oder *Coli*-Stämmen, besiedelt ist. Eine Sanierung ist unverzichtbar. Allerdings ist die Operation nur eine Facette der Therapie in Kombination mit topischen Steroiden, Antihistaminika oder Leukotrienantagonisten und Antibiotika (mehr in der AMWF-Leitlinie). Übrigens öffnet die endoskopische Operation erst die Schleusen für eine wirksame Therapie mit topischen

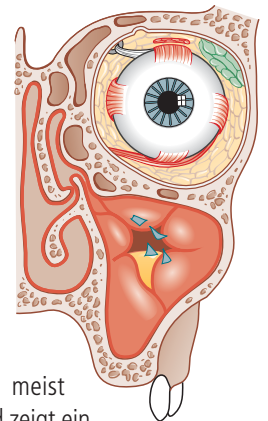
Steroiden, ist also doppelt indiziert. Die Kieferhöhle muss in diesen Fällen breit mit der Nase über ein supratubinales Fenster anastomosiert werden. Die Hyperplasie der parietalen Schleimhaut wird deutlich rückläufig sein, aber nie völlig verschwinden. Wichtig ist die Sanierung der Besiedelung der Kieferhöhle mit Problemkeimen.

Fremdkörper, Empyeme

Fremdkörper in der Kieferhöhle finden sich häufig nach endodontischen Behandlungen. In der HNO-Praxis erscheinen die Patienten nach einem Intervall von zwei Jahren mit Beschwerden im Oberkiefer. Das Wurzelfüllmaterial ist durch den mukoziliären Transport meist bereits vom Recessus alveolaris bis zum Kieferhöhlenostium abtransportiert worden. Hier löst es vor dem Ostium naturale eine Fremdkörperreaktion mit Obstruktion aus. Die Folge ist eine entzündliche Hyperplasie der Kieferhöhlenschleimhaut. Charakteristisch ist ein meist einseitiger Befund mit röntgendichtem, sog. schattengebendem Material im Cavum maxillae. Differenzialdiagnostisch kommt eine Pilzkrankung der Kieferhöhle, ein ver-

sprengter Zahn, eine dislozierte Zahnwurzel nach Exzision oder Glassplitter nach Verkehrsunfällen nach Bersten der Frontscheibe in Betracht. Pilzkrankungen zeigen einen pathognomonischen Befund. Das Mycetom, der Pilzball, befindet sich meist zentral in der Höhle und zeigt ein schalenförmiges Muster.

Hinweise auf eine fremdkörperinduzierte Sinusitis oder ein Mycetom sind eine strenge OP-Indikation. Es wird zwischen invasiven und nichtinvasiven Mykosen und vitalen und devitalen Pilzen unterschieden. Das Resektat aus der Kieferhöhle geht an den Pathologen und den Mikrobiologen. Invasive Mykosen erfordern ein chirurgisches Konzept ähnlich wie bei Malignomen und eine systemische antimykotische Therapie. Bei nichtinvasiven Mykosen genügt die vollständige Entfernung. Mykosen treten häufig bei immunsupprimierten Patienten auf. Circa 40 Prozent der HIV-Neuerkrankungen zeigen sich mit Erstbefun-



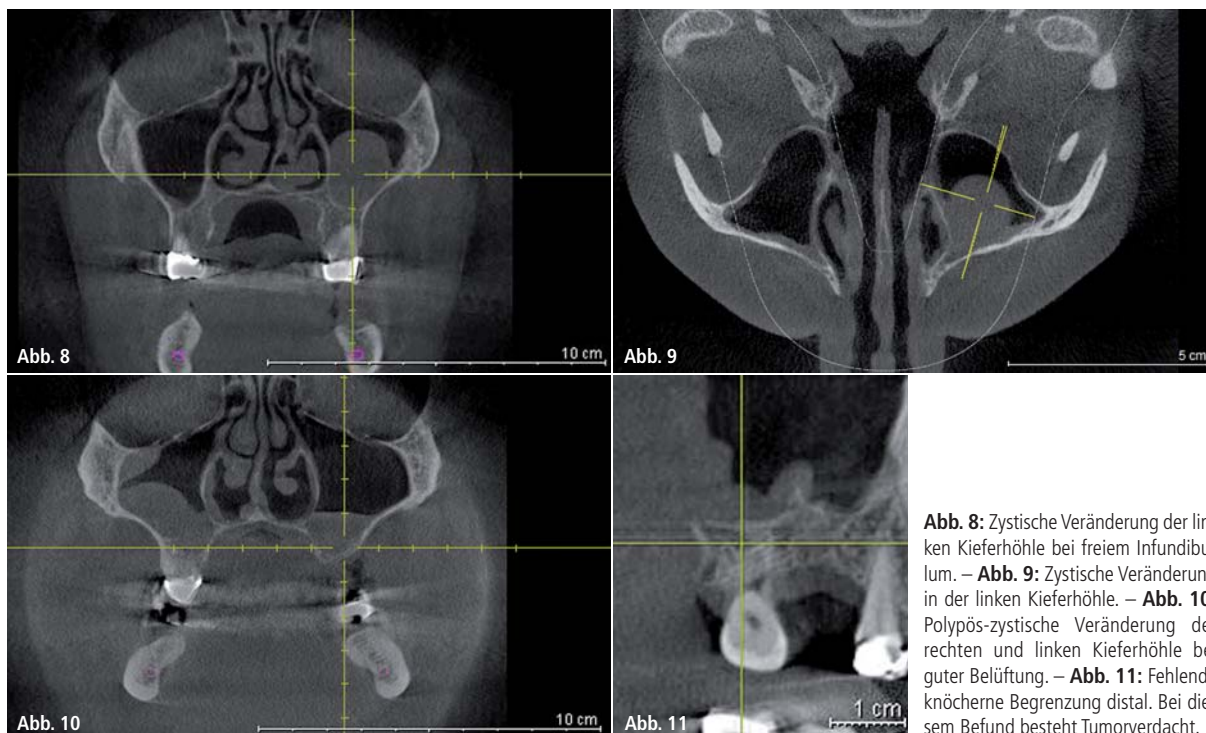


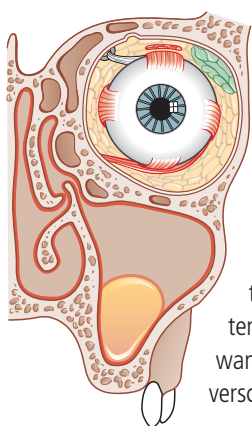
Abb. 8: Zystische Veränderung der linken Kieferhöhle bei freiem Infundibulum. – **Abb. 9:** Zystische Veränderung in der linken Kieferhöhle. – **Abb. 10:** Polypös-zystische Veränderung der rechten und linken Kieferhöhle bei guter Belüftung. – **Abb. 11:** Fehlende knöcherne Begrenzung distal. Bei diesem Befund besteht Tumorverdacht.

den im Kopf-Hals-Gebiet. Daran ist immer zu denken.

„Chronische Empyeme“ der Kieferhöhle treten immer wieder auf, weil die Kieferhöhlenspülung heute nur noch selten durchgeführt wird. Die Empyeme sind immer eine Indikation zur endoskopischen Operation einerseits aus lokaler und andererseits fokaler Indikation.

Zysten und Polypen

Der Frage, wann Kieferhöhlenzysten oder -polypen aus Gründen der Schleimhautphysiologie entfernt werden sollten, also ab welcher Größe sie den physiologischen Mukoziliarapparat stören, sind Behrbohm et al. nachgegangen. Ab 1,5 cm Größe führen sie zu klinischen Symptomen, wie z. B. einer behinderten Nasenatmung. Kleinere Zysten und Polypen sind häufig ein Zufallsbefund. Zysten haben histologisch ein unterschiedliches Erscheinungsbild. Es können zystisch degenerative Polypen, Pseudozysten ohne Endothel oder Retentionszysten unterschieden werden. Zysten können dick- und dünnwandig sein und eine sehr verschiedene Herausforderung



bei der Entfernung bedeuten. Auch bei der Entfernung von Zysten aus der Kieferhöhle gibt es unterschiedliche Philosophien. Da es sich um intakte Schleimhaut handelt, reicht das Spektrum von der Abdeckung, Marsupialisation bis zur vollständigen Abtragung. Mukozelen sind per definitionem epitheliale Raumforderungen, die die Grenzen anatomisch präformierter Kavitäten überschreiten. Die wichtigste Anforderung an eine Zystenabtragung vor einem Sinuslift ist, dass die Schneider'sche Membran intakt bleibt, um das Intervall bis zur Versorgung mit einem Implantat nicht unnötig zu verlängern. Gelingt das, kann nach vier Wochen operiert werden. Bei einem begrenzten Einriss der Kieferhöhlenschleimhaut (Schneider'sche Membran) wird auf jeden Fall eine Membran verwendet, um den Defekt abzudecken.

intoleranz und Schnarchen befragt werden. Die häufigsten Befundkonstellationen der Kieferhöhle vor einem Sinuslift sind diffuse Schleimhautschwellungen, Nasenpolypen, Fremdkörper, Empyeme, Zysten und Polypen. Solche Vorerkrankungen der Kieferhöhle können, neben den anatomischen und physiologischen Besonderheiten der Nasennebenhöhlen, den Erfolg einer Operation in diesem Bereich infrage stellen. Eine vorangehende Abklärung der Vorbelastungen und eine etwaige Sanierung der Kieferhöhle sind dabei angebracht.

Zusammenfassung

Für den langfristigen Erfolg einer Sinusbodenaugmentation sind bestimmte Voraussetzungen unabdingbar. Anamnese und Diagnostik haben hier einen besonders hohen Stellenwert. Vor einer Versorgung sollte der Patient nach Problemen mit den Nasennebenhöhlen, Allergien, Kopfschmerzen, Asthma, behinderter Nasenatmung, Analgetika-

Kontakt

Prof. Dr. Hans Behrbohm

Park-Klinik Weißensee
Schönstraße 80, 13086 Berlin
Tel.: 030 9628-3852
behrbohm@park-klinik.com

Priv.-Doz. Dr. Dr. Steffen G. Köhler

Klinik Garbatyplatz
Garbatyplatz 1, 13187 Berlin
Tel.: 030 4998985-0
info@klinik-garbatyplatz.de
www.klinik-garbatyplatz.de

Ästhetik spielt in der heutigen Zeit eine große Rolle. So ist es nicht ungewöhnlich, dass sich der Einzelne dem Idealbild annähert, um das Selbstwertgefühl zu stärken. Zu diesem Erscheinungsbild gehören auch weiße, gerade und gepflegte Zähne. Patienten, die an Dentinogenesis imperfecta hereditaria leiden, haben jedoch durch die genetisch bedingte Dentinstrukturanomalie Schwierigkeiten mit den Zähnen – besonders in Funktion und Ästhetik. Das folgende Fallbeispiel erörtert dazu implantologische Möglichkeiten zur Verbesserung der ästhetischen Situation der Betroffenen.

Dr. Dušan Vasiljević
[Infos zum Autor]



Dr. Vladan Vasiljević
[Infos zum Autor]



Dentinogenesis imperfecta hereditaria und All-on-4®/-6

Dr. Dušan Vasiljević, Vladan Vasiljević

Gutes Aussehen und ein gepflegtes Erscheinungsbild mit schönen, gesunden weißen Zähnen gehören zu einem Merkmalsträger in der heutigen Zeit. Unsere Gesellschaft ist durch solche



Abb. 1

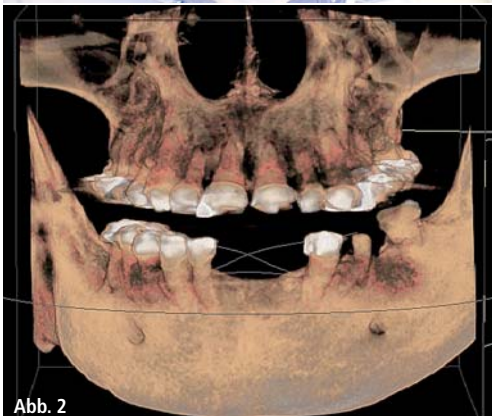


Abb. 2

Ideale stark geprägt. Nach Shields werden drei Gruppen der autosomal-dominant vererbten Dentinogenesis imperfecta hereditaria, mit der Inzidenz von 1 : 8.000, unterschieden.

Die Differenzierung erfolgt in die folgenden Typen:

Typ 1: Osteogenesis imperfecta

Typ 2: hereditär opaleszierendes Dentin

Typ 3: Brandywine-Typ (Schalenzähne)

Dieses Krankheitsbild betrifft in den meisten Fällen nur die männlichen Personen in einer Familie. Äußerlich bemerkbar macht sich die Erkrankung durch eine bläulich oder bräunlich-karamellartige Verfärbung der Zähne und ein glasartiges Erscheinungsbild. Selbst bei normaler Belastung kann es schnell zu Abplatzungen und Erosionen kommen, da der Schmelz keine Verbindung zum Dentin hat.

Leider bringt die Dentinogenesis imperfecta hereditaria auch enorme psychische Belastungen mit sich. Besonders im Jugendalter ist die psychische Belastung sehr groß, da die Betroffenen schon früh mit Zahnlockerungen konfrontiert werden und auch die konventionellen zahnärztlichen Methoden keine dauerhafte Lösung darstellen. Letzten Endes läuft die Krankheit auf

völlige Zahnlosigkeit hinaus, was für alle Patienten eine schreckliche Aussicht und Erfahrung ist.

Um dem Patienten diese Erfahrung zu ersparen, haben wir uns entschieden, in solchen Fällen das All-on-4®-Prinzip anzuwenden. Dies bedeutet, dass die Patienten an einem Tag die Zähne entfernt bekommen, Implantate eingebracht werden und schlussendlich am Abend mit neuen, festen Zähnen nach Hause gehen. Praktisch von „All-on-floor“ nach „All-on-4®/-6“.

Durch die Porosität der Zähne brechen die Zahnkronen leider sehr schnell bei Extraktionen ab. Dies stellt jedoch kein Problem dar, da nach neuestem Stand gesunde, ankylotische Zähne oder Wurzeln wie Knochenersatzmaterial benutzt werden können (nach Prof. Dr. Frank Schwarz und Dr. Vladimir Golubovic).

Falldarstellung

Im November 2014 kam der 39-jährige Patient (Ingenieur), mit sehr gepflegtem Erscheinungsbild, zum ersten Mal in unsere Klinik (Abb. 1). Schon beim Gespräch haben wir schnell die äußerlichen Merkmale (bläuliche, abgeplatzte Zähne) festgestellt. Nach der 3-D-Untersuchung wurde röntgenologisch schnell

die Vermutung der Dentinogenesis imperfecta hereditaria bestätigt (Abb. 2). Der große Wunsch des Patienten war es, schnellstmöglich eine implantologische Lösung zu bekommen mit einem festen Zahnersatz. Nach umfangreichen Gesprächen sind wir zu dem Schluss gekommen, dass das All-on-4®-Konzept mit NobelActive-Implantaten die beste Methode sein wird, um dem Patienten seinen sehnlichsten Wunsch zu erfüllen. Auch die Erfahrung mit über 200-Fällen in unserer VasiClinic hat eine entscheidende Rolle bei dem Entschluss gespielt. Die Zahnextraktion und Sofortimplantation erfolgte dann im Februar 2015 unter Vollnarkose.

Im Oberkiefer waren alle Zähne, außer einem, vorhanden. Der Unterkiefer sah da schon anders aus, dort fehlten bereits acht Zähne. Die Zähne 16 und 17 wiesen im Röntgenbefund Zysten auf, die es auch zu entfernen galt.

Bei der Extraktion wurden bei den Zähnen 15, 13, 12, 22, 23, 25, 35, 33, 43, 45 nur die Kronen entfernt und die gesunden, ankytotischen Wurzeln belassen (Abb. 3–6). Alle anderen Zähne, samt Zysten, wurden normal extrahiert. Die entfernten Zysten wurden routinemäßig zur pathologischen Untersuchung eingeschickt. Der Zystenbefund ergab, dass es Wandteile einer odontogenen Zyste mit chronischer und florider Entzündung waren, die gut einer radikulären Zyste zuzuordnen sind und keine Malignität vorliegt. In den Bereichen mit den belassenen Wurzeln wurden nach der, im gesamten OP-Bereich durchgeführten, HELBO-Lasertherapie die Implantate eingebracht und die Wurzeln so im bukkalen Bereich der Alveole als Knochenfüllmaterial verwendet. Die HELBO-Therapie ist eine antimikrobielle Photodynamische Therapie, die gezielt gegen pathogene Mikroorganismen vorgeht. Bei den normal extrahierten Zähnen wurden die Alveolen kürettiert und mit Kollagenkegeln (RESORBA) mit dem Antibiotikum Gentamicinsulfat 16 mg aufgefüllt. Zudem wurde vertikal etwas Knochen reduziert, um ein besseres Lager zu schaffen. Weitere Defekte wurden mit Knochenersatzmaterial (Cera-bone) und Flex Barrier (Naturelize) zur Vernetzung des Knochenersatzes aufge-



Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5



Abb. 6

füllt. Die von uns gewählten Implantate sorgen durch ihr selbstschneidendes Gewinde für eine hohe Primärstabilität, was gerade für die Sofortversorgung sehr wichtig ist. Aufgrund seines speziellen Implantatdesigns „verdichtet“ das Implantat während der Insertion den Knochen. Zur Positionierung der Implantate benutzten wir eine Positionierungsschablone und die Maló-Schablone. Der

vorhandene Kieferknochen konnte so für die Verankerung der Implantate optimal ausgenutzt und die Implantate wie geplant inseriert werden (Abb. 7–11). Die notwendige Primärstabilität wurde bei allen Implantaten erreicht und direkt mit Multi-Unit-Abutments versorgt.

Noch am selben Tag wurde in enger Zusammenarbeit mit dem Zahntechnikermeister, dem Zahnarzt und einer er-



Abb. 7

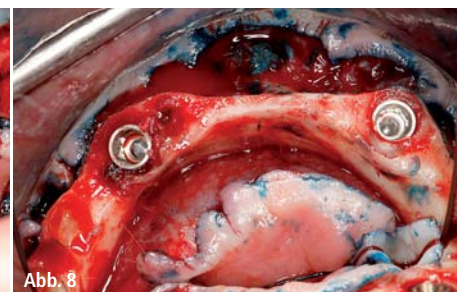


Abb. 8



Abb. 9

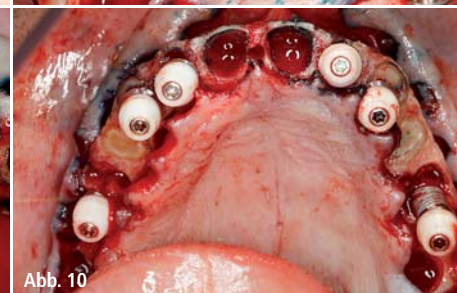


Abb. 10

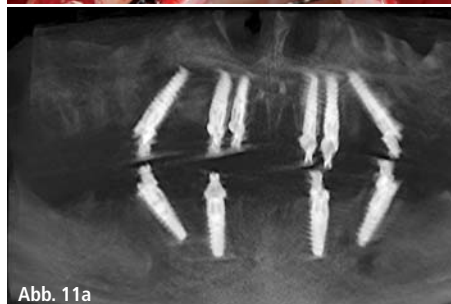


Abb. 11a



Abb. 11b



Abb. 12

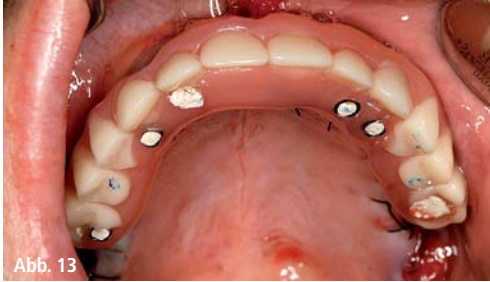


Abb. 13



Abb. 14

fahrenen Prophylaxehelferin der feste Zahnersatz realisiert (Abb. 12–14).

Sofortversorgung

Der Zahntechniker (Labor Friedeburger Zahntechnik) hat die provisorischen Ober- und Unterkieferprothesen aus Kunststoff bereits vor dem chirurgischen Eingriff vorbereitet. Das heißt: Nach der

Abformung der Ausgangssituation radierte er die Zähne weg, um diese für die Prothesen konventionell neu aufzustellen. Die Kunststoffprothesen wurden mit Öffnungen an den Positionen versehen, an denen die Implantate geplant waren. Bei diesem Vorgehen besteht die zahn-technische Herausforderung darin, sehr präzise zu arbeiten, da der Sitz des Provisoriums erst am Tag der OP kontrolliert werden kann. Die Provisorien wurden im Anschluss an die Insertion der Implantate vorsichtig fixiert, um die Kau-, Augen- und Lachlinie sowie den Biss zu kontrollieren. Dann wurden sie genau auf die Implantatposition angepasst. Da in diesem Fall eine Abstützung der Provisorien bis zum Sechser möglich war, erhielt der Patient eine zwölfgliedrige sofortbelastbare Kunststoffbrücke im Ober- und Unterkiefer. Wichtig für die Phase der Einheilung ist: Der Patient darf nicht hart aufbeißen. Um zu verhindern, dass zu viel Kaudruck auf die Implantate weitergeleitet wird, werden die Patienten generell mit einer Kunststoffbrücke versorgt. Üben sie zu viel Druck aus, bricht das Provisorium. Dass der Patient während dieser Zeit mit seinen neuen festen Zähnen nur weiche Speisen zu sich nehmen sollte, ist ihm ausführlich erklärt worden, denn zu viel Kaudruck würde das Überleben der Implantate während der Einheilphase gefährden. Zehn Tage nach dem operativen Eingriff kam der Patient zur routinemäßigen Kontrolle in die Praxis. Die Interimsbrücken wurden entfernt, gereinigt und

die Fäden gezogen. Bei der Kontrolle wurde erneut der Biss kontrolliert, um sicherzugehen, dass die Kontakte nur im Frontbereich sind. Nach sechs Wochen wurden die Interimsbrücken wegen dem leichten Kollaps des Alveolarkamms unterfüttert und es wurde eine volle Verzahnung eingearbeitet.

In diesem Fall beträgt die Einheilzeit der Implantate sechs Monate. Nach zwei Monaten ist es leider zu einer Periimplantitis des Implantats 42 gekommen. Das Implantat wurde explantiert und es wurden Implantate in der Regio 41 und 46 gesetzt. Die Einheilphase ist problemlos verlaufen. Das Implantat 35 wies eine kleine Dehiszenz auf (mesial ca. 1,5 mm), sie wurde mit HELBO therapiert und zum Stillstand gebracht. Bei den anderen Implantaten ist alles komplikationslos verlaufen. Über Nobel-Procera hat das Labor das Titangerüst passgenau fräsen lassen und im Anschluss mit mehrschichtigen Komposit-schalen (visio.lign, bredent) verblendet. Rund sechs Monate post OP konnte dem Patienten die definitive Brücke eingegliedert werden (Abb. 15–17).

Fazit

Es ist uns sehr wichtig, auf das Krankheitsbild der Dentinogenesis imperfecta hereditaria und dessen Problematik hinzuweisen und den Betroffenen zu einer langfristigen und vollständigen oralen Rehabilitation zu verhelfen. Um dieses Ziel zu erreichen, war das gesamte Vasi-Team und die Friedeburger Dentaltechnik voll engagiert. Wegen seiner sozialen Komponente und Sicherheit schätzen wir, gerade besonders auch in diesem Fall, das All-on-4®-Konzept.



Abb. 15



Abb. 16



Abb. 17

Kontakt

Dr. Dušan Vasiljević
Dr. Vladan Vasiljević
 Implantologie & Zahnheilkunde
 Dorfmitte 2
 26446 Friedeburg (Ostfriesland)
 Tel.: 04465 8142
www.vasiclinic.com

Dentegris

Präzisions Implantate made in Germany



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

**Tausendfach bewährtes
Implantatsystem**

Soft-Bone-Implantat -
der Spezialist im schwierigen Knochen

SL-Sinuslift-Implantat -
der Spezialist für den Sinuslift

SLS-Straight-Implantat -
der klassische Allrounder



CompactBone B.

Natürliches, bovines
Knochenersatzmaterial



CompactBone S.*

Biphasisches, synthetisches
Knochenersatzmaterial



BoneProtect® Membrane

Native Pericardium Kollagenmembran



BoneProtect® Guide

Natürlich quervernetzte Kollagenmembran



BoneProtect® Fleece

Natürliches Kollagenvlies



BoneProtect® Cone

Alveolarkegel aus natürlichem Kollagen



MucoMatrixX®

Soft Tissue Graft



Für reproduzierbare Erfolge im Rahmen von komplexen oralen Rehabilitationen sollte das zusammenarbeitende Team aus Einzelspielern und Komponenten bestehen, die immer zuverlässig und mit höchster Expertise agieren. Dazu gehören ein gut ausgebildetes und erfahrenes chirurgisches Ensemble, ein zuverlässiges und erforschtes Implantatsystem, eine moderne technische Ausstattung und ein ebenfalls fachkundiges zahntechnisches Labor.

Dr. Christian D. Pascu
[Infos zum Autor]



Prothetische Sofortversorgung mit der Fast & Fixed-Methode

Dr. med. dent. Christian Dan Pascu



Abb. 1



Abb. 2

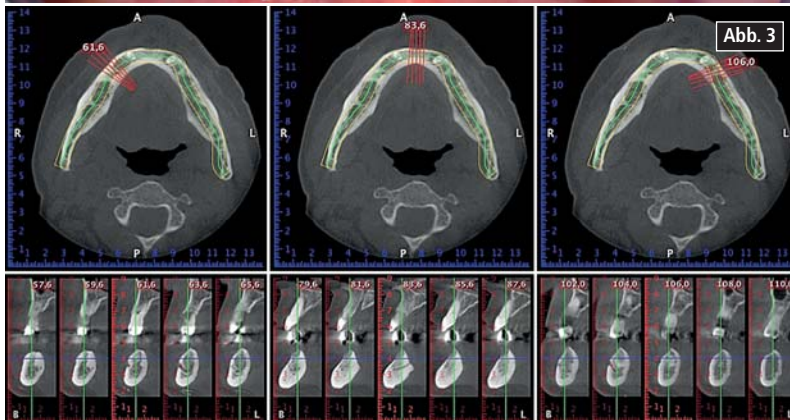


Abb. 3

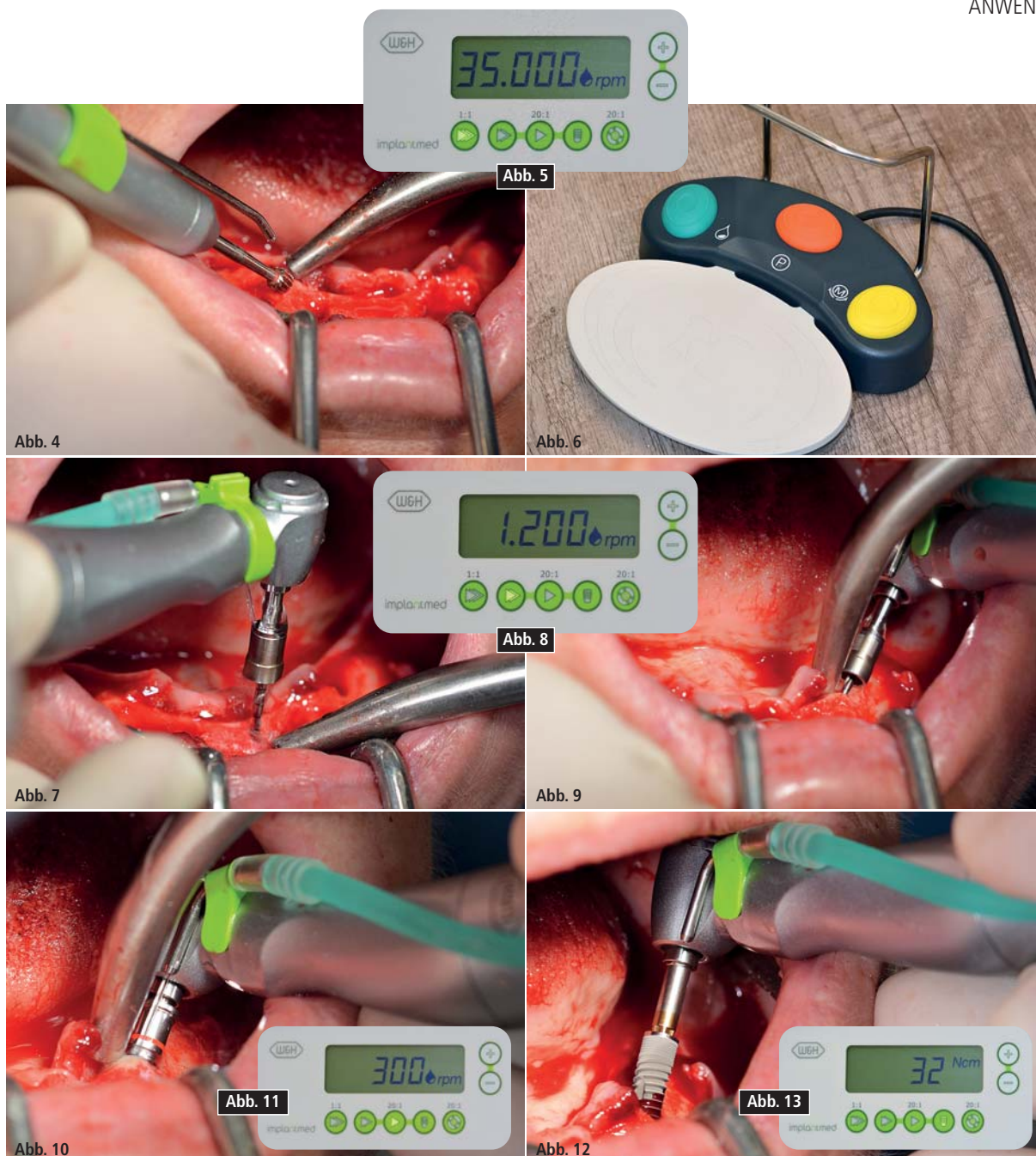
Klinischer Fall

Die 64-jährige Patientin wurde mit einer Unterkiefer-Restbezahnung 38, 33 und 43 und einer klammerbefestigten Interimsprothese im Unterkiefer vorgestellt (Abb. 1 und 2).

Die notwendige parodontologische Behandlung und Extraktion im Oberkiefer sollte zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen, da die Patientin Lehrerin ist und zu dem Zeitpunkt mit Abiturprüfungen beschäftigt war. Sie konnte weder essen noch adäquat sprechen, da die Interimsprothese sehr häufig und bei der kleinsten Belastung brach.

Nach der Aufklärung über die verschiedenen Möglichkeiten der Versorgung entschied sich die Patientin für eine Extraktion der Restbezahnung im Unterkiefer, eine Sofortimplantation und Versorgung mit der sogenannten Fast & Fixed-Methode (bredent medical). Hierbei wird der provisorische festsitzende Zahnersatz bereits am OP-Tag auf vier Implantaten verschraubt. Das Ziel war, die Patientin am Freitag zu operieren, sodass sie am Montag darauf an den mündlichen Abiturprüfungen teilnehmen konnte.

Zur Planung und Risikominimierung wurde eine dreidimensionale Volumentomografie (DVT, Planmeca) erstellt. Dieses zeigte, dass die Qualität und Quan-



tität des Knochens für eine Operation und Sofortversorgung nach der Fast & Fixed-Methode ausreichend war. Nach Protokoll dieses Konzeptes wird in Regio 35, 32, 42 und 45 implantiert. Durch die bis zu 45-Grad-Schiefstellung der distalen Implantate wird das Durchtrittsprofil nach posterior verlegt und ein größeres Stützpolygon erreicht (Abb. 3).

Operatives Vorgehen

Nach der Entfernung der Unterkiefer-Restbeziehung erfolgte die krestale Schnittführung von Regio 37 bis Regio 47. Zunächst wurde das Foramen mentale als limitierende anatomische Struktur dargestellt und die krestale Kortikalis

mit dem geraden Handstück und einem großen Rosenbohrer geglättet (Abb. 4). Hierbei zeigen sich die ersten Vorteile von Implantmed. Das chirurgische Protokoll ist bereits voreingestellt und an festen Positionen gespeichert. Die einzelnen Positionen sind sowohl über einen einfachen Druck auf die Position „P“ der Fußsteuerung anwählbar, als auch auf dem Display selbst. Die in diesem Fall an Position 1 voreingestellte Umdrehungszahl von 35.000/min wird auf dem beleuchteten Display ebenfalls groß angezeigt (Abb. 5 und 6). Das chirurgische Protokoll der verwendeten Implantate (SKY, bredent medical) schreibt eine Umdrehungszahl von 1.200/min für die Pilotbohrungen vor

(Abb. 7–9). Dies entspricht der nächsten Position der Voreinstellung am Implantmed. Zu erkennen ist die etwa 45-Grad-Schräghaltung des Winkelstückes nach mesiokaudal in Regio 45, um den Nervus mentalis zu schonen. Das Foramen mentale gilt als anatomische Orientierung für alle Bohrungen in diesem Bereich.

Die anschließenden Bohrungen werden mit einer reduzierten Umdrehungszahl von 300/min durchgeführt (Abb. 10 und 11).

Die nächste programmierte Einstellung ist bereits die Implantateinbringung. Die Implantate werden in unserem Hause standardmäßig mit einer Kraft von 32 Ncm inseriert (Abb. 12 und 13).

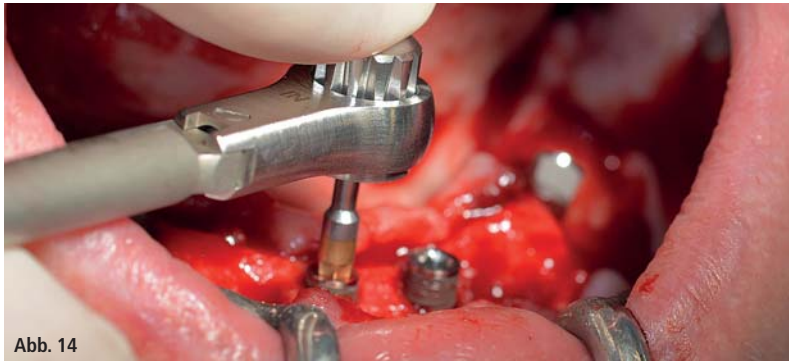


Abb. 14

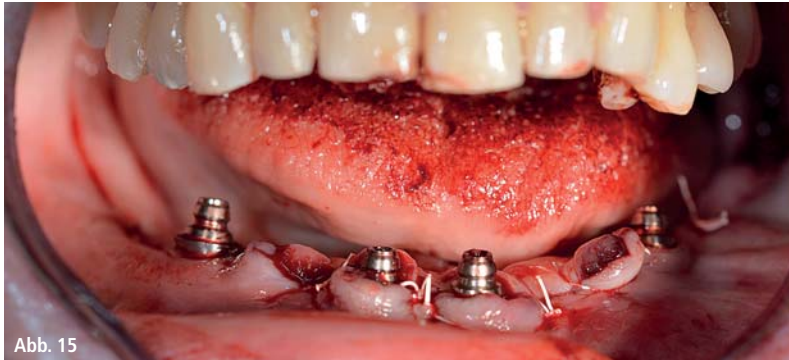


Abb. 15

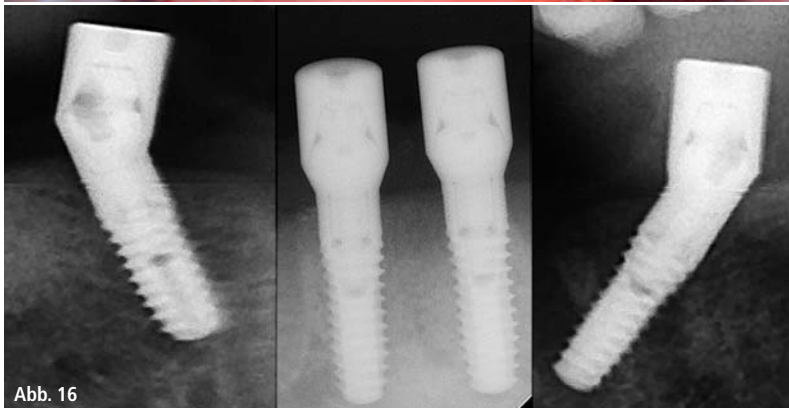


Abb. 16



Abb. 17



Abb. 18

Die absolute Voraussetzung für die Sofortversorgung ist die hohe Primärstabilität. Um diese zu erfüllen, wurde in diesem Fall auf ein Gewindeschneiden verzichtet. Die hier verwendete Antriebseinheit (Implantmed, W&H) besitzt hierfür einen eigenen Modus, der ebenfalls direkt anwählbar und für viele Indikationen unverzichtbar ist. Die letzten Umdrehungen bei der Implantateinbringung überschritten den Wert von 32 Ncm und wurden manuell durchgeführt. Hierfür empfiehlt es sich, die Selbstschneidefunktion der Implantate auszunutzen und das Implantat mehrmals vorwärts und rückwärts zu drehen. So gelangt das Implantat schrittweise näher bis zur endgültigen Position, ohne zu starken Druck auf den Knochen auszuüben (Abb. 14).

Um die Divergenz der distalen Implantate auszugleichen, werden abgewinkelte Abutments (35 Grad) eingeschraubt, sodass die Austrittsprofile sämtlicher Implantate möglichst senkrecht zur Kauebene stehen. Dies ist Voraussetzung, um die provisorische und später auch die endgültige Versorgung okklusal verschrauben zu können (Abb. 15 und 16).

Im Anschluss erfolgt die Abformung und Bissnahme, sodass die Zahntechniker umgehend mit der Anfertigung der provisorischen Arbeit beginnen können. Diese wird im Anschluss am gleichen Tag eingeschraubt (Abb. 17 und 18).

Nach der Zeit, die für die Osseointegration benötigt wird, kann die endgültige Abformung der Implantate erfolgen und entsprechend die endgültige Arbeit angefertigt werden (Abb. 19 und 20). Hier können Behandler und Patient gemeinsam entscheiden, ob diese eine Keramik- oder Kunststoffverblendung, ein Zirkon- oder Metallgerüst bekommen soll. Im vorliegenden Fall hat sich das Team um Dr. Pascu, aufgrund der unklaren Prognose der Oberkieferbezahnung und des elongierten Zahnes 24, für eine Kunststoffverblendung entschieden. Diese ist im Allgemeinen wesentlich einfacher umzustellen und der neuen Situation im Oberkiefer anzupassen.



Abb. 19



Abb. 20

Chirurgische Geräte und Zubehör

Die hier zum Einsatz gekommene Antriebseinheit zeichnet sich in erster Linie durch die einfache Bedienung aus. Die Tasten sind gut lesbar und intuitiv zu bedienen. Das große und beleuchtete Display zeigt dem Behandler, selbst bei einem kurzen Blick, Drehzahl und Modus an. Die verschiedenen Modi können entsprechend des chirurgischen Protokolls voreingestellt und per Fußsteuerung ausgewählt werden. Die Bedienung ist zeitsparend und erleichtert den Operationsablauf.

Bei dem chirurgischen Winkelstück handelt es sich um das WS-75LG, das mit einem LED-Licht ausgestattet ist. Es erhöht die Kontraste in der Mundhöhle und verbessert die optische Wahrnehmung. Sowohl Winkel- als auch Handstück (S-11, W&H) sind außengekühlt, was als Vorteil gelten kann, da die NaCl-Lösung somit genau dort ankommt, wo sie gebraucht wird und falls notwendig auch nachjustiert werden kann. Die Winkel- und Handstücke sind zerlegbar, was aus dem Blickwinkel der Hygiene und Sterilisierbarkeit sehr zu empfehlen ist. Implantiert wurden vier SKY-Implantate: 4,0x 14 mm.

Der vorliegende klinische Fall ist eine Zusammenarbeit von Dr. Christian Dan Pascu und seinem Team der Gemeinschaftspraxis Discover White in Düsseldorf, bredent medical GmbH und Co. KG sowie W&H.

Kontakt

Dr. med. dent. Christian Dan Pascu
Expert in Oral Implantology (GBO)
Discover White – Gemeinschaftspraxis
Dr. Mintcheva und Dr. Pascu
Zollhof 8, 40221 Düsseldorf
www.discover-white.de

1. REGENERATIONSFORUM

Implantologie & Parodontologie

Hauptsponsor



27./28. November 2015
Berlin | Hotel Palace

Online-Anmeldung/
Kongressprogramm



www.regenerationsforum.de

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



FAXANTWORT | 0341 48474-290

Bitte senden Sie mir das Programm zum **1. REGENERATIONSFORUM Implantologie & Parodontologie** am 27./28. November 2015 in Berlin zu.

Titel | Vorname | Name

E-Mail-Adresse (Bitte angeben!)

Praxisstempel

Der vorliegende Artikel beschreibt die stabile Verblockung von Implantaten mithilfe eines intraoralen Schweißverfahrens, welches auf Basis eines verschweißten Titangerüsts die Herstellung einer indikationsspezifischen Sofortversorgung ermöglicht. Das hier angewendete Konzept bildet dabei eine patientenfreundliche Therapiealternative, die vor allem ein älter werdendes Patientenkollektiv und dessen prothetische Versorgungen betreffen wird.

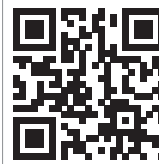
Dr. Frank Kistler
[Infos zum Autor]



ZT Stephan Adler
[Infos zum Autor]



Dr. Steffen Kistler
[Infos zum Autor]



Intraorales Schweißen einer Gerüstkonstruktion

Dr. Frank Kistler, ZT Stephan Adler, Dr. Steffen Kistler

Etliche Patienten mit nicht erhaltungsfähigem Restzahnbestand stehen einer Implantattherapie anfänglich zurückhaltend gegenüber. Zum einen verbinden sie damit ein längeres Tragen von herausnehmbarem Zahnersatz oder gar einen längeren Zeitraum der Zahnlosigkeit. Erläutert man ihnen im Patientengespräch jedoch die Möglichkeiten und Vorzüge einer festsitzenden Sofortversorgung, wandelt sich ihre anfängliche Zurückhaltung oftmals in Zustimmung.

Ein weiteres Thema, bevor ein Patient in eine implantatprothetische Rehabilitation einwilligt, ist die Kostenfrage. Da beim hier vorgestellten intraoralen Schweißverfahren (WeldOne-Konzept, DENTSPLY) keine guss- oder frästechnischen Zwischenschritte für ein Gerüst anfallen und die Restauration als metallverstärkte Brücke oder Prothese mit Prothesenzähnen angefertigt wird, können auch die zahntechnischen Kosten überzeugen und in eine erhöhte Pa-

tientenakzeptanz münden. Das gilt insbesondere dann, wenn weitere präfabrizierte Komponenten verwendet werden. Das Konzept des intraoralen Schweißens eines Titangerüsts lässt sich anhand einer funktionellen Sofortversorgung im zahnlosen Unterkiefer mit einer festsitzenden und dennoch jederzeit herausnehmbaren Deckprothese auf verschiedenen Komponenten (z.B. ANKYLOS SynCone, DENTSPLY) gut erläutern. Hierbei fungieren die Aufbauten (Abutments)

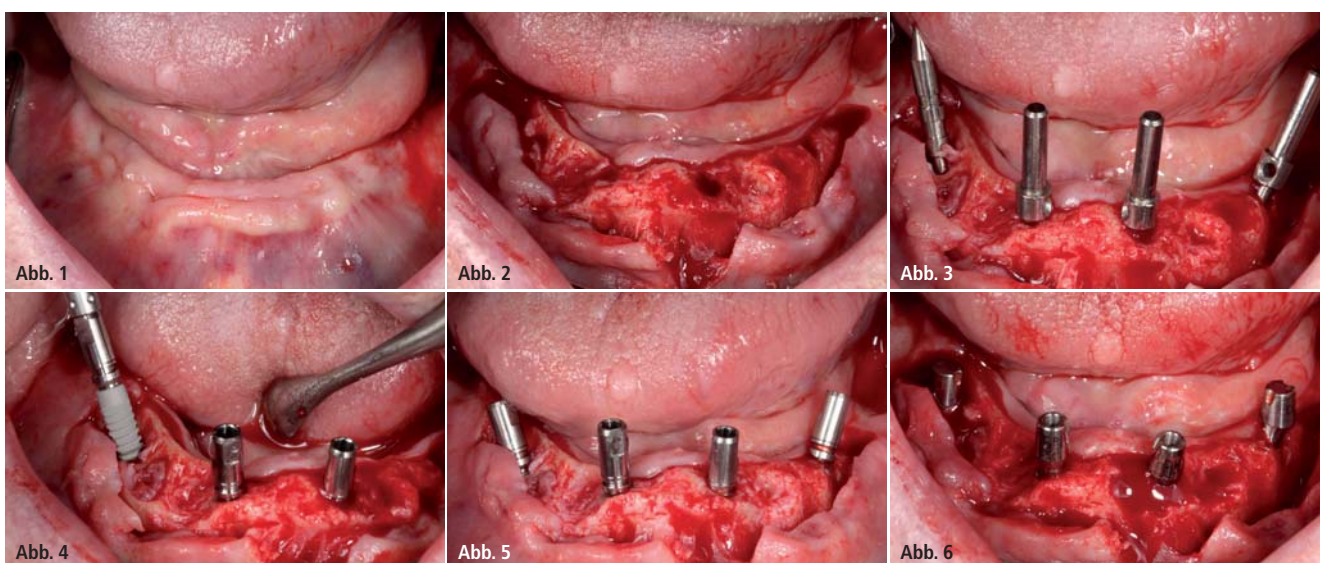


Abb. 1: Präoperative Situation des zahnlosen Unterkiefers mit ausgeheilter Gingiva nach Exaktion der nicht erhaltungswürdigen Zähne. – **Abb. 2:** Darstellung des Kieferkammes mit noch erkennbaren Extraktionsalveolen. – **Abb. 3:** Kontrolle der Ausrichtung nach der Pilotbohrung. – **Abb. 4:** Insertion eines distal anguliert ausgerichteten Implantats (ANKYLOS; DENTSPLY) in Regio 44. – **Abb. 5:** Kontrolle der Achsausrichtung anhand der Einbringpfosten. – **Abb. 6:** Auf den subkrestal gesetzten Implantaten fixierte, präfabrizierte Aufbauten (SynCone, DENTSPLY, 5-Grad-Konuswinkel) als Primärteil.

als Primär- und die Schweißkappen für SynCone 5 Grad als Sekundärteile.

Sofort belastbare Konusprothese

Divergierende Implantatachsen können die Herstellung von Suprakonstruktionen nicht nur unter ästhetischen Aspekten erheblich erschweren. Wegen reduzierten Knochenangebots distal anguliert eingebrachte Implantate wiederum erfordern spezielle Aufbauten (z. B. SmartFix-Konzept, DENTSPLY). Im hier vorgestellten Konzept stehen für solche Anforderungen spezielle Komponenten zur Verfügung. Mit den abgewinkelten und um 360 Grad drehbaren Aufbauten (Torkelkonus-Prinzip) können Angulationen und Disparallelitäten ausgeglichen werden.¹ Für eine funktionelle Sofortbelastung müssen die Implantate primär- oder sekundärstabil verblockt sein. Eine festsitzende Konusprothese, die dennoch herausnehmbar ist, erfüllt die Voraussetzung einer Sekundärverblockung.^{2,3} Die mit dem geschweißten Titangerüst armierte Konusprothese aus Prothesenkunststoff ist hoch stabil und kann daher auch als finale Restauration verwendet werden. Die für dieses Vorgehen benötigten konischen Retentionselemente werden industriell präzise mit spielfreier Passung präfabriziert. Definierte Abzugskräfte und eine dreidimensionale Immobilisierung, wodurch das Risiko einer Prothesenkinematik ausgeschlossen wird, sind Vorteile einer solchen Fertigungsmethode. Zudem zeigen die Komponenten nahezu keinen Verschleiß, wodurch in der Regel keine aufwendigen Erneuerungen des Friktionsmechanismus anfallen. Hinzu kommt die gute Zugänglichkeit für Hygienemaßnahmen.⁴ Zu berücksichtigen ist jedoch, dass für dieses Verfahren besondere Implantate (ANKYLOS, DENTSPLY) verwendet werden müssen, da die Schweißkappen für SynCone 5 Grad ausschließlich für diesen Implantattyp zugelassen sind.

Das chirurgische Vorgehen

Um den Operationssitus beurteilen zu können, wird der Kieferkamm nach Inzision freigelegt. Extraktionsalveolen stellen per se keine Kontraindikation dar,

wobei jedoch verbliebenes Granulationsgewebe vollständig entfernt werden muss. Wenn es sich vermeiden lässt, sollte die Insertion der Implantate jedoch möglichst nicht in vorhandene Extraktionsalveolen erfolgen. Bei Verwendung der abgewinkelten Aufbauten ist darauf zu achten, dass diese zueinander nicht parallelwandig, sondern mit mindestens einem 1-Grad-Konus über alle Flächen ausgerichtet werden, da sonst die Konusretention durch die Parallelwandigkeit der verschiedenen Pfosten beeinträchtigt werden könnte. Länge, Durchtrittshöhe und Angulation der Aufbauten werden entsprechend der klinisch-prothetischen Situation am Patienten ausgewählt. Da alle weiteren Arbeiten nunmehr auf Abutmentniveau stattfinden, kann sich die periimplantäre Weichgewebemanschette gemäß dem „One abutment at one time“-Prinzip ohne Irritationen durch auszutauschende Aufbaukomponenten ausbilden (Abb. 1–6).⁵

Das Konzept

Das hier angewendete Konzept basiert auf dem Prinzip der Widerstandspunktschweiß-Technologie. Für die zahnmedizinische Anwendung wurde das eigentlich seit Langem bekannte Verfahren von Dr. Marco Degidi und Gianluca Sighinolfi aus Italien anwendungsgerecht weiterentwickelt.⁶ Dr. Degidi und seine Arbeitsgruppe erhielten für die Veröffentlichung ihrer Fünf-Jahres-Studie zu diesem Konzept auf dem 27. Kongress der DGI in Frankfurt am Main den Preis in der Kategorie „Beste Klinische Arbeit“.⁷ Das Konzept ist aktuell für die Implantatsysteme ANKYLOS und XiVE verfügbar.

Widerstandspunktschweißen

Auch bekannt als Punktschweißen, ist es ein bewährtes Verfahren, metallische Werkstoffe mittels elektrischem Strom miteinander dauerhaft stabil zu verbinden. Das gilt in besonderem Maß auch für den in der Zahnmedizin gebräuchlichen Werkstoff Reintitan. Er lässt sich ohne Vorkehrungen punktschweißen. Auf die Verwendung von Schutzgas kann – anders als beim Laserschweißen – aufgrund der Kürze des Stromstoßes und der verhältnismäßig geringen elektrischen und thermischen Leitfähigkeit von Titan verzichtet werden.

Neue Maßstäbe für die Oralchirurgie

BRUMABA
OPERATING TABLE SYSTEMS



WWW.BRUMABA.DE

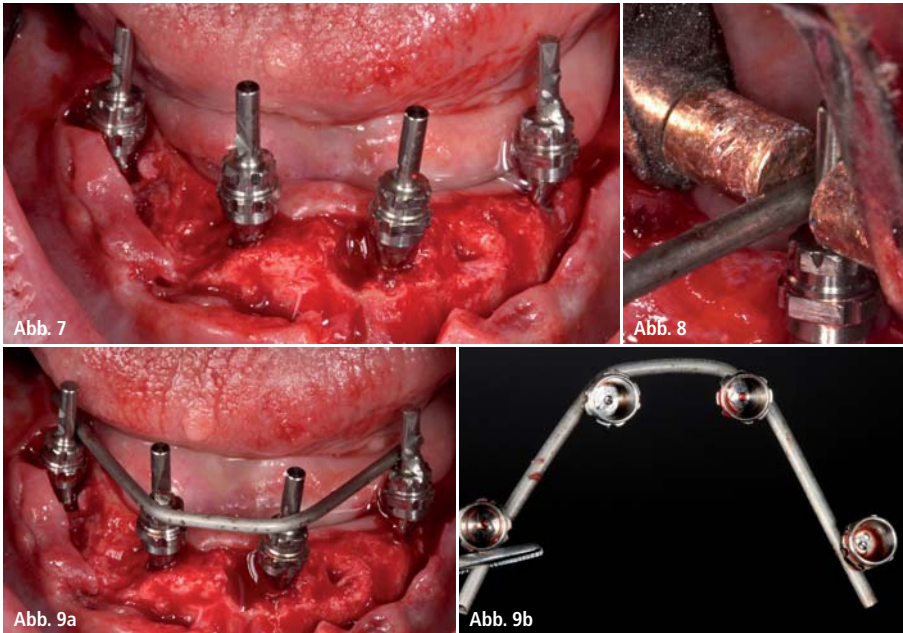


Abb. 7: Bei offenem OP-Situs zur Verschweißung auf den Aufbauten (5-Grad-Konuswinkel) aufgesetzte Schweißkappen (Sekundärteil). – **Abb. 8:** Intraorales Verschweißen des Titandrahts mit der Schweißkappe. – **Abb. 9a und b:** Final mit den Schweißkappen verschweißtes und spannungsfrei sitzendes Titangerüst (intra- und extraoral).

Workflow

Beim eigentlichen Schweißvorgang im Patientenmund oder im Labor werden die zu verschweißenden Titanteile – die aufbauspezifische Schweißkappe und der Titandraht – zwischen den Kupferelektroden der Schweißzange an einem Punkt mit einer definierten Schließkraft von 200 Zentnewton zusammengepresst. Hierzu werden die je nach Auf-

bau unterschiedlichen Schweißhülsen beziehungsweise -kappen auf die Aufbauten (Abutments) aufgesetzt und der – mit Spezialzangen passend vorgebogene – Titandraht angelegt. Über die Elektroden wird der Strom in die Werkstücke eingeleitet, und das Titan schmilzt innerhalb von Sekundenbruchteilen (Millisekunden) durch Widerstandserwärmung an der Schweißstelle

auf. Beim Abkühlen verschmelzen die Titanmoleküle zu einer extrem festen Molekularverbindung. Aufgrund der äußerst kurzen Stromzufuhr sowie der schlechten Wärmeleitfähigkeit von Titan besteht bei sachgerechtem Vorgehen zu keiner Zeit das Risiko einer schädigenden Erwärmung des umgebenden Hart- und Weichgewebes. Nach Abnahme des fertig verschweißten Titangerüsts kann die periimplantäre Mukosa speicheldicht vernäht werden. Da beim hier beschriebenen Konzept Titan mit Titan verschweißt wird, sind mit identischem Schmelzpunkt, gleich geringer elektrischer und thermischer Leitfähigkeit ideale Bedingungen für eine unlösbare Verbindung gegeben. Die Schweißnaht selbst ist in ihrer Korrosionsbeständigkeit dem Grundmaterial gleichwertig. Die entsprechenden Schweißparameter – Schweißstrom, Schweißzeit und Elektrodenkraft – sind in der Schweißeinheit bereits voreingestellt (Abb. 7–9).

Prothetische Prozedere

Vom Zahntechniker werden im Labor weitere Verstärkungs- und Retentionselemente aus Titan mit dem Titangerüst punktverschweißt. Entsprechend positioniert, bilden sie die Grundlage für einen individuell angepassten, provisorischen oder auch, wie im vorliegenden

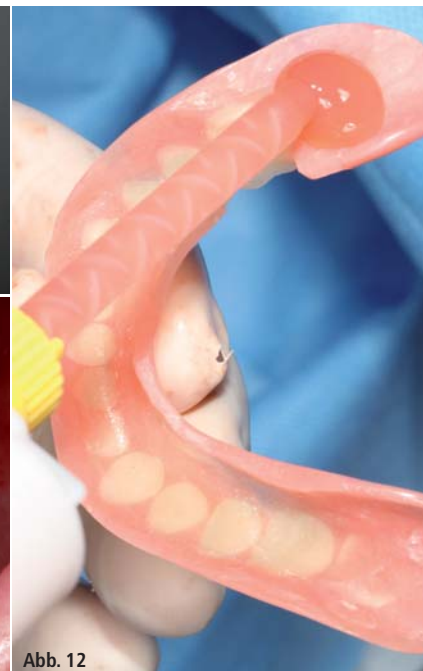
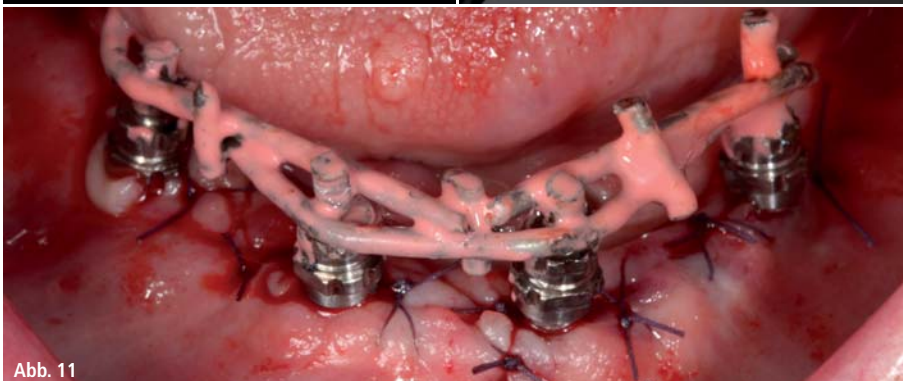


Abb. 10a und b: Mit horizontalen und vertikalen Verstärkungs- und Retentionselementen im Labor komplettiertes Titangerüst. – **Abb. 11:** Intraorale Kontrolle des komplettierten und opakerten Titangerüsts auf spannungsfreien Sitz. – **Abb. 12:** Auffüllen der hohlgeschliffenen Unterkieferprothese mit Polymer.



Abb. 13: Auf das Titangerüst aufpolymerisierte Unterkieferprothese als Sofortversorgung. – **Abb. 14a–c:** Basal um die Schweißkappen freigeschiffene und polierte Unterkieferprothese. – **Abb. 15:** Die eingegliederte Sofortversorgung wenige Stunden nach Implantation.

Fall, passgenauen definitiven Zahnersatz. Das fertiggestellte Titangerüst wird herkömmlich opakert und intraoral auf einen spannungsfreien Sitz kontrolliert (Abb. 10–12). Die anhand vorheriger Bissnahme und eines Silikonvorwalls mit Prothesenzähnen vorab angefertigte Unterkieferprothese wird für das Titangerüst passend basal ausgeschliffen. Die Hohlform wird mit Prothesenkunststoff aufgefüllt und intraoral unter Schlussbissstellung auf das festsitzende Titangerüst aufpolymerisiert. Dabei wird die basale Auflagefläche der Prothese direkt im Mund während der Polymerisation geformt. Hierbei ist darauf zu achten, dass zuvor die im Sortiment erhältlichen Polymerisationsmanschetten über die hier benutzten Aufbauten gestülpt werden. Damit wird ein Einfließen des Kunststoffs in unter sich gehende Stellen und den Sulkusbereich vermieden und der untere Rand der Matrize vom Polymerisat freigehalten. Eine zwischenzeitliche Abformung ist bei diesem Vorgehen nicht erforderlich (Abb. 12).

Fertigstellung

Sofort nach dem Aushärten des Polymerisats wird die Konusprothese ausgearbeitet. Irritationen der periimplantären Mukosamanschette lassen sich vermeiden, indem der Bereich zirkulär um die

Schweißkappen sauber freigeschliffen wird. Nach Politur können die Prothese eingegliedert und die Implantate funktionell belastet werden. In der Regel kann der Patient bereits nach wenigen Stunden die Praxis mit einer funktionellen und grazilen, ästhetisch ansprechenden Restauration verlassen. Die Prothese sollte erst durch den Zahnarzt etwa eine Woche nach Implantation zur Entfernung der Nähte erstmalig abgenommen werden (Abb. 13–15).

Nachsorge

Der Patient wird detailliert in die spezifische Mund- und Prothesenhygiene sowie in die Handhabung seiner Prothese eingewiesen. Um einer funktionellen Überbelastung vorzubeugen, sollte der Patient die ersten vierzehn Tage nur weiche Kost zu sich nehmen. Danach kann die Ernährung wieder auf normale Kost umgestellt werden. Ist nach etwa drei Monaten die periimplantäre Mukosa vollständig abgeheilt, wird die Prothese unterfüttert und final ausgearbeitet (Abb. 16–19).

Der alternde Patient im Fokus der Versorgung

Ein Blick auf die demografische Entwicklung zeigt, dass ein älter werdendes Patientenkontingent und dessen zahnmedi-

zinische und zahntechnische Versorgung künftig eine erhebliche Rolle im Wertschöpfungsprozess einer Praxis spielen werden. Im Schnitt fehlen den 65- bis 74-Jährigen derzeit 14 Zähne, und knapp ein Viertel der Senioren sind zahnlos. Fast zwei Drittel von ihnen tragen eine Teil- oder Totalprothese und ein weiteres Drittel eine Brücke.⁸ Obschon sich ihre Mundgesundheit verbessert hat und ihnen weniger Zähne fehlen als noch 1997, wird der Bedarf an prothetischen Versorgung nicht geringer. Er verlagert sich lediglich in die höheren Altersgruppen. Bereits in 30 Jahren wird der Anteil der über 65-Jährigen von heute 20 Prozent auf über 35 Prozent angestiegen sein. Viele davon leben dann als sogenannte „junge Alte“ gesundheitsbewusst und möglichst bis ins hohe Alter agil. Zahnärzte und Zahntechniker werden sich daher in ihrem Arbeitsalltag verstärkt mit der Versorgung eines Klientels teilbezahnter und zahnloser Patienten beschäftigen müssen.

Diskussion

Steigende Ansprüche der Patienten an funktionelle, ästhetisch ansprechende und dennoch kostengünstige Restaurationen gehen mit der demografischen Entwicklung einher. Das Team aus Zahn-



Abb. 16: Hygienisch optimaler Zustand der Unterkieferprothese nach dreimonatiger Tragezeit. – **Abb. 17a und b:** Unterfütterte und basal fertig ausgearbeitete und polierte definitive Unterkieferrestauration. – **Abb. 18:** Die grazil gestaltete definitive Konusprothese.

arzt und Zahntechniker braucht daher Behandlungsstrategien und -konzepte, mit denen sie diesen Wünschen ihrer Patienten nachkommen können und zufriedene Patienten generieren.

Patientenzufriedenheit

Werden die Wünsche des Patienten in Form patientenfreundlicher Sofortversorgungskonzepte zum Therapieziel gemacht und damit seine Erwartungen erfüllt, kann von einer hohen Zufriedenheit ausgegangen werden.⁹

Behandlungsdauer

Durch das oben beschriebene Konzept in Verbindung mit den hier angewendeten Komponenten lässt sich die Behandlungsdauer einer implantatprothetischen Versorgung verkürzen und sowohl Chairside als auch im Labor das technische Vorgehen vereinfachen. Mit dem geschweißten Titangerüst erfüllt eine Konusprothese alle technischen Anforderungen an eine langzeitstabile Versorgung.

Voraussagbares Ergebnis

Ein durch Prozessstandardisierungen solchermaßen reduzierter Aufwand führt in Summe zu niedrigeren Behandlungskosten

und kürzeren Behandlungszeiten. Während das Konzept somit für Patienten mit vorgegebenem Kostenrahmen eine kostensparende implantatprothetische Lösung darstellt, führt es in der Praxis und im Labor zu erhöhter Rentabilität.

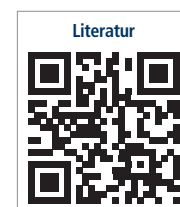
Einfache Handhabung

Ein weiterer Aspekt des vorgestellten Verfahrens ist die Herstellung einer Suprakonstruktion mit hoher prothetischer Zuverlässigkeit, die dem Patienten eine einfache Handhabung seines Zahnersatzes bei guter Hygienefähigkeit und unkomplizierter Nachsorge ermöglicht. Damit kann dieser Behandlungsansatz auch die Anforderungen eines geriatrischen Sofortbehandlungskonzepts erfüllen. Neben anderen Konzepten (z. B. SmartFix-Konzept, DENTSPLY) ist das hier eingesetzte Konzept damit eine weitere patientenfreundliche Therapiealternative.

Zusammenfassung

Die funktionelle Sofortversorgung von Implantaten begünstigt die Zustimmung von Patienten zu einer Implantattherapie, erfordert aber eine stabile Verblockung der Implantate. Das intraoral anzuwendende Schweißverfahren ermög-

licht auf Basis eines kostensparenden und passgenauen verschweißten Titangerüsts die Herstellung von indikations-spezifischen Sofortversorgungen: primär oder sekundär verblockt, verschraubt beziehungsweise zementiert oder als konuskronengetragene Deckprothese gearbeitet. Bereits wenige Stunden nach Implantation kann die Restauration eingesetzt werden. Das Verfahren eignet sich für die provisorische Sofortversorgung auf Implantat- und für die provisorische sowie definitive Sofortversorgung auf Abutmentebene.



Kontakt

Dr. Frank Kistler
ZT Stephan Adler
Dr. Steffen Kistler

Praxisklinik für Zahnheilkunde
Landsberg am Lech
www.implantate-landsberg.de

CITO mini®

J A I



2015
Jahre
Implantologie.

ICH WILL
DAS CITO MINI®
AUS DEM HAUSE DENTAURUM.

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



 DENTAURUM
IMPLANTS



DENTSPLY Implants

Einfache Reinigung und Sterilisation

DENTSPLY Implants bietet künftig ein innovatives Washtray an, das mit einem einfachen Handling und einer deutlichen Zeitersparnis überzeugt. Im Gegensatz zu einer herkömmlichen Chirurgie-Kassette verbleiben die Instrumente während der gesamten maschinellen Wiederaufbereitung im Tray. Dadurch entfällt ein aufwendiges manuelles Reinigen und wieder Einsortieren, was pro Kasten bis zu 30 Minuten am Tag dauern kann. Da der neue Einsatz dem Design des Kunststoff-Einsatzes 3 beziehungsweise dem Proline-Einsatz für die Guided Surgery sehr ähnlich ist, bleiben die gewohnte Orientierung und das intuitive Handling während der OP erhalten. Zudem sind die Instrumente jederzeit fixiert und übersichtlich angeordnet. Das Washtray verfügt über Instrumentenhalter mit Metallfedern, die selbst eine Drehung um 180 Grad erlauben, ohne dass die Instrumente herausfallen. Zerlegbare Instrumente werden vor der Reinigung demontiert und in den Instrumenten-Siebkorb gelegt. Das benutzte und komplett bestückte Tray wird fünf Minuten im Ultraschallbad vorgereinigt, anschließend in den Thermodesinfektor gestellt und danach im Sterilisationsbeutel oder -container in den Autoklaven gegeben. Es ist kompatibel mit allen Standard-Dentalsterilisationscontainern. Das Washtray ist für das ASTRA TECH Implant System EV verfügbar, Modelle für ANKYLOS und XiVE folgen.

DENTSPLY Implants
[Infos zum Unternehmen]



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

W&H

Minimal invasiv, maximal effektiv

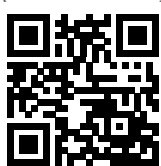
Die neue Kraft in der Knochenchirurgie heißt Piezomed. Das Gerät von W&H legt dem Chirurgen alle Vorteile innovativer Ultraschalltechnologie in die Hand: Hochfrequente Mikrovibrationen ermöglichen Schnitte von großer Präzision. Sie sorgen zudem durch den sogenannten Kavitationseffekt für ein nahezu blutfreies Operationsfeld. Sobald ein Instrument eingesetzt wird, erkennt Piezomed es automatisch und ordnet ihm die richtige Leistungsgruppe zu. Dadurch wird nicht nur die Bedienung vereinfacht, sondern auch die Gefahr einer Überlastung der Instrumente verringert und ihre Lebensdauer erhöht. Mit einem Sortiment von 24 innovativen Instrumenten wird für jede Anwendung das richtige Exemplar geboten. Eine neue, spezielle Verzahnung sorgt für einen präzisen Schnitt mit wenig Knochenverlust bei der Knochenblockentnahme und spart zudem noch Zeit. Ebenfalls im Sortiment enthalten ist eine neue Knochensäge, die durch eine extrem hohe Schneidleistung überzeugt. Effizientes und zeitsparendes



Arbeiten wird ermöglicht. Bei allen 24 Instrumenten wird eine optimale Kühlung des Instruments und des zu bearbeitenden Hartgewebes gewährleistet. Aktuelle Produktaktion: Beim Kauf einer neuen Piezomed erhalten Sie für Ihr altes Gerät – egal welchen Fabrikates – 888 €.

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

W&H
[Infos zum Unternehmen]



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



brumaba

Von Spezialisten für Spezialisten

Mit der Oral- und MKG-Chirurgie-Serie von brumaba investiert der Behandler nicht nur in ein tagtägliches Arbeitswerkzeug, er investiert – wie viele seiner Kollegen zuvor auch – zugleich in eine besondere Langlebigkeit, ausgefeilte Technologie und durch das mobile Konzept in eine besondere Wirtschaftlichkeit der Praxisabläufe. Das Unternehmen ist spezialisiert und bekannt für eine erstklassige Lagerung des Patienten. Die Liegen sind die Rückenversicherung für den

Behandler, da er sich nicht mehr dem Patienten anpassen muss, sondern er lagert den Patienten fachgerecht nach seinen Wünschen, damit er bis ans Ende seiner Karriere eine aufrechte Haltung bewahren kann. Die Vorteile der Liegen sind eine ausgefeilte, besondere und somit patentierte Funktionalität sowie ein optimaler Zugang.



brumaba
[Infos zum Unternehmen]

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

Septodont

Ein essenzielles Arzneimittel



Seit dem 1. September 2015 produziert und vertreibt Septodont OraVerse auch in Deutschland. Das Arzneimittel mit dem Wirkstoff Phentolamin reduziert die Dauer einer dentalen Weichgewebsanästhesie um mehr als die Hälfte. Es beschleunigt den Abtransport des vor Behandlungsbeginn verabreichten vasokonstriktorhaltigen Lokalanästhetikums und verkürzt somit das unangenehme Taubheitsgefühl. Dabei ermöglicht es dem Behandler

noch mehr Verantwortung für spezielle Patienten zu übernehmen, die Dauer der Weichgewebsanästhesie zu steuern und das Risiko der Selbstverletzung zu minimieren. Dies gilt insbesondere für Kinder, körperlich und/oder gesundheitlich eingeschränkte Patienten mit dem Risiko der Selbstverletzung, Patienten mit eingeschränkter Compliance und Diabetiker, die keine lange Nahrungskarenz einhalten können. OraVerse wird zurzeit nicht von den Krankenkassen erstattet, es muss also eine Gebührenziffer zur Analogabrechnung angewendet werden, die nach Art, Kosten und Zeitaufwand einer Behandlung mit OraVerse entspricht. Dies sind die GOÄ-Positionen 267 bzw. 268.



Septodont
[Infos zum Unternehmen]

Septodont GmbH
Tel.: 0228 97126-0
www.septodont.de

SUNSTAR
GUIDOR®

Knochenersatzmaterial

GUIDOR®
easy-graft



- 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

Dentegris

Effektiver Kollagenkegel für die Implantologie



Für einen kontrollierten Wundheilungsprozess und eine gute Ausheilung der Extraktionsalveole sorgt BoneProtect® Cone von Dentegris.

Dieser Kegel aus nativem Kollagen porcinen Ursprungs ist nassstabil und hämostyptisch sowie gleichzeitig ein weicher, formbarer, resorbierbarer Wundverschluss für die tägliche Anwendung in der Dental-

chirurgie bei Zahnextraktionen. Er trägt zur schnellen Stabilisierung des Blutkoagulums nach einer Zahnextraktion bei. Dadurch wird die nach der Zahntrennung einsetzende Alveolarkammatrophie verlangsamt, die knöcherne Ausheilung des Alveolarfaches begünstigt (Socket Preservation) und auf günstige und effektive Weise die Grundlage für ein implantationsfähiges Knochenlager gelegt. Der Kegel hat eine schwammartige Struktur und ist einfach und schnell zu applizieren. Ebenfalls bei Dentegris erhältlich ist das Kollagenvlies BoneProtect® Fleece, das als Wundaufgabe, Tamponade und zur schnellen, lokalen Hämostase eingesetzt werden kann. Das Fleece ist in der Lage, große Flüssigkeitsmengen aufzunehmen, und erweist sich dabei als extrem nassstabil. Beide Produkte sind einzeln steril verpackt und in Verpackungseinheiten von je zwölf Stück zu beziehen.

Dentegris Deutschland GmbH
Tel.: 02841 88271-0
www.dentegris.de



NSK

Kombinierbares Ultraschall-Chirurgiesystem

Mit dem Ultraschall-Chirurgiegerät VarioSurg3 bietet NSK ein Chirurgiesystem, welches über eine um 50 Prozent höhere Leistung verfügt als das Vorgängermodell. In Verbindung mit der jederzeit zuschaltbaren „Burst“-Funktion, welche für einen Hammereffekt sorgt, wird dabei die Schneidleistung und Schnittgeschwindigkeit signifikant erhöht. Das ultraschallanle und federleichte Handstück mit LED-Beleuchtung – selbstverständlich sterilisierbar und thermodesinfizierbar – sorgt jederzeit für optimalen Zugang und beste Sicht. Lichtleistung und Kühlmittelmenge sind je nach Anwendungsbereich regulierbar, sodass in Verbindung mit einer Vielzahl an zur Verfügung stehenden Aufsätzen den Anwendungsbereichen der VarioSurg3 praktisch keine Grenzen gesetzt sind. Durch das große, hinterleuchtete Display ist der Behandler jederzeit und aus jedem Blickwinkel über die aktuellen Behandlungsparameter informiert. Über das NSK Dynamic Link System kann die neue VarioSurg3 mit dem NSK-Implantatmotor Surgic Pro zu einer kompakten, nur minimalen Raum beanspruchenden Einheit verbunden werden. Die so gekoppelten Chirurgieeinheiten lassen sich dann mit nur einer Fußsteuerung

bedienen. Für den Anwender bedeutet das NSK-Link-System eine hohe Flexibilität und Zukunftssicherheit, denn für welches Chirurgiesystem auch immer er sich zunächst entscheidet: Das Ergänzungsprodukt kann zu jedem beliebigen Zeitpunkt hinzugefügt werden.

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



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

In Duisburg veranstaltet das einzige Bränemark Osseointegration Center in Deutschland am 20. November 2015 im Rahmen des BOC Education Program das Intensivseminar „Ästhetische Implantologie und Frontzahnästhetik“. Das Implantologie Journal sprach mit dem Leiter des Kurses Dr. Yasin Aktas über Seminar-schwerpunkte und die Kursziele.

Dr. Yasin Aktas
[Infos zur Person]



„Schritt für Schritt zur sicheren Frontzahnästhetik“



Herr Dr. Yasin Aktas, am 20. November findet unter Ihrer Leitung am Bränemark Osseointegration Center ein Intensivseminar über „Ästhetische Implantologie und Frontzahnästhetik“ statt. Muss für diesen Bereich besonders trainiert werden, oder warum bieten Sie so einen Kurs an?

Implantationen im Frontzahnbereich stellen aufgrund ihres hohen ästhetischen Anspruchs selbst geübte, implantologisch tätige Zahnärzte vor große Unsicherheiten. Chirurgische Misserfolge oder ästhetische Kompromisse im Endergebnis sorgen zumeist für unzufriedene Patienten und entsprechen selten dem eigenen Qualitätsanspruch. Diesen Konflikten möchten wir mit diesem Kurs entgegenwirken.

Welche Fälle stehen in diesem Seminar im Vordergrund?

Im Vordergrund werden die Vorhersagbarkeit und Planung von Sofortimplantationen im Frontzahngebiet stehen.

JETZT ANMELDEN!
Nächster Kurstermin:
20.11.2015

ÄSTHETISCHE IMPLANTOLOGIE / FRONTZAHN-ÄSTHETIK

Kursdauer:
9:00–16:30 Uhr
8 Fortbildungspunkte
Kosten: 300 €

Wie ist der Kurs aufgebaut?

Der Kurs vermittelt anhand von Fallbeispielen und Live-Operationen einzelne Operationstechniken und eine kleinschrittige Darstellung der optimierten Behandlungsabläufe. Diese reichen von der Planung, über die chirurgische Durchführung bis hin zur späteren prothetischen Versorgung des Frontzahngebietes. Wie schon erwähnt, liegt das Augenmerk des Bränemark Osseointegration Centers besonders auf dem Indikationsbereich der Sofortimplantation nach Extraktion mit sofortiger Belastung. Die speziellen Anforderungen einer adäquaten Frontzahnästhetik werden dabei natürlich immer mitberücksichtigt.

Was sollten die Kursteilnehmer am Ende beherrschen?

Nach erfolgreichem Abschluss sollten die Kursteilnehmer in der Lage sein, die einzelnen Techniken Schritt für Schritt zu beherrschen, sicher zu entscheiden, welches Verfahren der individuellen Indikationsstellung vorzuziehen ist, welche Alternativen existieren und wann diesen der Vorzug zu geben ist.

Herr Dr. Aktas, vielen Dank für das Gespräch.

Kontakt

Bränemark Osseointegration Center Germany

c/o Kaiserberg Klinik
Mülheimer Str. 48
47057 Duisburg
Tel.: 0203 3936-0
info@boc-education.de
www.boc-education.de



Umrankt von den Feierlichkeiten zum 25. Jahrestag der Wiedervereinigung Deutschlands konfluieren in Berlin drei Kongresse von Rang und Namen. Die 32. Jahrestagung des Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen (BDO) wurde zusammen mit dem 2. Gemeinschaftskongress der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG) und des BDO sowie dem 14. Internationalen Kongress für Anästhesieverfahren in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der „International Federation of Dental Anesthesiology Societies“ (IFDAS) vom 8. bis 10. Oktober ausgetragen.

BDO, DGMKG und IFDAS: Kongress-Trias in Berlin 2015

Dr. Maria-Theresia Peters

Auch dieses Jahr hatte der BDO die Ehre, Gastgeber eines Weltkongresses zu sein. Während im vergangenen Jahr die „International Association for Disability and Oral Health“ (iADH) in Berlin tagte, konnte in diesem Jahr wiederum ein internationaler Kongress von weltweiter Bedeutung im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Oralchirurgen ausgetragen werden. Die International Federation of Dental Anesthesiology Societies ist der Dachverband der nationalen zahnärztlich anästhesiologischen Gesellschaften, der alle drei Jahre turnusgemäß von einem der Mitgliedsverbände organisiert wird. Als sichtbares Zeichen einer verstärkten Kooperation zwischen BDO und DGMKG wurde wie-

derholt ein gemeinsamer Kongress dieser beiden Berufsverbände veranstaltet, der für die Vernetzung von klinisch bedeutsamen Themen in der Medizin und Zahnmedizin steht.



Die wissenschaftliche Leitung des diesjährigen Kongresses übernahm Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas von der Universität Mainz, der in diesem gemeinsamen Kongress die ideale Plattform für wissenschaftlich fundierte, aber auch klinisch relevante Diskussionen sieht. Die Themen der diesjährigen Jahrestagung

konzentrierten sich auf die Bereiche Risikopatienten, Sedierung, Schmerzkontrolle, Notfallmedizin und Lokalanästhetika – Themen, die in den letzten Jahren einen enormen klinischen und wissenschaftlichen Fortschritt erfahren haben.

Rund 500 Teilnehmer aus über 20 Nationen nahmen an dem diesjährigen Weltkongress in Berlin teil. In mehr als 160 Hauptvorträgen, freien Vorträgen, Posterpräsentationen und Workshops wurde der aktuelle wissenschaftliche Stand der Anästhesieverfahren in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde von renommierten nationalen und internationalen Referenten vorgestellt und diskutiert. In einer im Vorfeld des Kongresses stattgefundenen

Abb. 1: Kongresspräsident Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas. – **Abb. 2:** Dr. Dr. Wolfgang Jakobs, Präsident des BDO. – **Abb. 3:** Dr. Dr. Lür Köper, Präsident der DGMKG. – **Abb. 4:** IFDAS-Präsident Prof. James C. Phero. – **Abb. 5:** Dr. Angela Grötz, Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz und Dr. Katy Al-Nawas (v.l.). – **Abb. 6:** Dr. Horst Luckey, Dr. Joel Nettey-Marbell und RA Frank Heckenbücker (v.l.). – **Abb. 7:** Blick in den Tagungssaal.

Pressekonferenz wurde die Bedeutung einer engen Zusammenarbeit zwischen chirurgisch tätigen Zahnärzten und Anästhesisten hervorgehoben, nicht zuletzt aufgrund immer höherer Anforderungen an die Sicherheit der Lokal- und Allgemeinanästhesie angesichts komplexer zahnärztlicher und chirurgischer Therapien. Auch wenn das allgemeine Risiko bei Lokalanästhesien im Laufe der vergangenen Jahrzehnte deutlich abgenommen hat, sind diese bei Risikopatienten und Kindern immer noch von aktueller Bedeutung, ebenso bei Patienten, die gemäß den Definitionen der „American Psychiatric Association“ Kriterien einer mentalen Störung erfüllen, darunter Angststörungen, posttraumatische Stress-Syndrome oder Depressionen. Um dem erhöhten Aufwand und dem Risiko bei bestimmten Patientengruppen Rechnung zu tragen, wurden nach nun mehr acht Jahren Ausnahmeregelungen für Behinderte, Kinder unter zwölf Jahren und für Patienten, bei denen Eingriffe in Lokalanästhesie nicht möglich sind, eingeführt.

Der internationale Kongress der IFDAS unter wissenschaftlicher Leitung des IFDAS-Präsidenten Prof. James C. Phero aus den USA öffnete die Tore bereits am 8. Oktober mit praxisnahen Workshops über Lokalanästhetika und oraler Sedierung bei Erwachsenen und Kindern in Kombination mit Hands-on-Kursen mit Simulatoren. Den immer stärker in den Vordergrund tretenden juristischen Aspekten bei den vielfältigen Anästhesieverfahren trug der Workshop „Juristischer Brennpunkt“ Rechnung.

Auch der Freitagvormittag wartete mit interessanten Workshops nicht nur aus dem anästhesiologischen Bereich, sondern auch aus dem zahnärztlich-chirurgischen Bereich mit Themenschwerpunkten im Gebiet Knochenaugmentation und Hart- und Weichgewebsmanagement.

Die feierliche Eröffnung des Kongresses wurde eingeleitet durch eine Rede des Kongresspräsidenten Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas, dessen großes Anliegen es ist, nicht nur Nationen zusammenzuführen, sondern ebenso Praktiker, Hochschullehrer und Forscher zusammenzubringen. Es folgten Grußworte von Vertretern aus Politik und Berufspolitik, u.a. von Dr. Dr. Wolfgang Jakobs, Präsident des BDO, Dr. Dr. Lür Köper, Präsident der DGMKG, Dr. Schmiedel, Präsident der Landes Zahnärztekammer Berlin, und dem amtierenden Präsidenten der IFDAS, Prof. James C. Phero aus den USA.

Der diesjährige Gastvortrag erging an den angloamerikanischen Kieferchirurgen Dr. Parker, Leiter der weltweit agierenden Mercy Ships, eine internationale Organisation zur Unterstützung der Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie in Entwicklungsländern. Zusammen mit einem ärztlichen Team aus unterschiedlichen Nationen werden auf einem Schiff in einem bestimmten Zeitraum umfangreiche Operationen



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5



Abb. 6



Abb. 7



Abb. 8

Abb. 8: Dr. Dr. Wolfgang Jakobs (l.) zeichnete Dr. James Grainger und Dr. Joel Weaver mit dem „Golden Badge of Honor“ des BDO aus. – **Abb. 9:** Dr. Dr. Wolfgang Jakobs im Kreise verdienter Ehrenträger.



Abb. 9

durchgeführt, darunter extreme Fehlbildungen im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich. Anhand von selten zu sehenden Aufnahmen über exzessive Tumorbildungen erläuterte Dr. Parker die Möglichkeiten der Rekonstruktionsmedizin unter eingeschränkten Bedingungen. Auch wenn der Einsatz der Operationsteams, so Dr. Parker, nur ein Tropfen auf einen heißen Stein zu sein scheint, so sollte man sich nicht entmutigen lassen, denn wir können zwar nicht die ganze Welt verändern, aber wir können das gesamte Leben eines Menschen verändern und dann das des nächsten und übernächsten und so weiter. Seinen Vortrag beendete Dr. Parker mit den Worten des Botschafters Robert Seiple: „Damit Hoffnung in der Zukunft glaubwürdig ist, muss sie in der Gegenwart greifbar sein.“

Die nachfolgenden wissenschaftlichen Vorträge beschäftigten sich ausführlich mit der Sedation und Allgemeinanästhesie in der Zahnmedizin, insbesondere in der Oral- und MKG-Chirurgie. Angesichts der immer komplexeren Therapien in der operativen Zahn- und Kieferheilkunde ist das Beherrschen ausreichender Schmerzausschaltung von essenzieller Bedeutung. Besonderer Schwerpunkt wurde auf die Anästhesieverfahren bei Patienten mit chronischen Vorerkrankungen und allgemeinmedizinischen Behandlungsrisiken sowie bei Kindern gelegt.

In dem nachmittäglichen Programmteil wurden neben wissenschaftlichen Fakten auch organisatorische und medicolegale Aspekte der ambulanten Allgemeinanästhesie in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde von Medizinern und Juristen vorgestellt und diskutiert.

Das wissenschaftliche Programm am Samstag war den Themenkomplexen „Kompromittierter Patient“, „Sedierung“, „Augmentation“, „Implantatdesign“ und „Grenzgebiete/Ausblick“ gewidmet. Den Themenreigen eröffnete Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz/Wiesbaden mit einem spannenden Vortrag über den kompromittierten Patienten interdisziplinär. Dabei beleuchtete er die Risiken der Kiefernekrosen, der Wundheilungsstörung durch Angiogenesehemmung und das Risiko der Infektion und Infektionsausbreitung. Letzteres wird stark dominiert durch die Bakteriämie und die Immunsuppression. Die Immunsuppression verfolgt dabei nicht nur ein medizinisches Therapieziel, sondern kann auch als Folge, sprich Nebenwirkung, von bestimmten Therapien und Erkrankungen auftreten. Für das Risikofeld Diabetes und Angiogenesehemmung gilt festzuhalten, dass ein gut eingestellter Diabetiker bei zahnärztlichen und oralchirurgischen Maßnahmen keiner besonderen Kautelen bedarf. Eine medikamentöse Angiogenesehemmung stellt dagegen einen konsistenten Risikofaktor dar. Kautelen, ähnlich wie bei anti-resorptiver

Therapie, sind zu empfehlen. Die Evidenzlage zu Implantaten bei Diabetes ist uneinheitlich. Empfohlen wird eine rechtzeitige Risikobestimmung (HbA1c) sowie eine perioperative Antibiose und lokale Chlorhexidingabe.

Der Vortrag unter dem vielversprechenden Titel „Virtuelle Welten in der maxillofazialen Chirurgie“ von Prof. Dr. Dr. Jürgen Hoffmann (Universitätsklinikum Heidelberg) hielt, was er versprach. Den Teilnehmern wurde anhand von interessanten Behandlungsfällen das diagnostische und therapeutische Vorgehen auf Basis einer bilddatengestützten Planung vorgestellt. Virtuelle Welten erlauben nicht nur die Analyse komplexer klinischer Situationen, sie ermöglichen auch eine individualisierte patientenspezifische Therapieplanung und können problemlos mit der realen Welt fusioniert werden. Dieses Thema wird in der Zukunft einen immer größeren Raum einnehmen.

Der feierliche Abschluss des diesjährigen Kongresses fand unter der Glaskuppel des Deutschen Bundestages statt. Wieder einmal bot die Hauptstadt Berlin einen idealen Rahmen für spannende Tage nicht nur im Hinblick auf einen regen fachlich-wissenschaftlichen Austausch, sondern auch für interessante Begegnungen und freundschaftliche Kontakte mit Kollegen aus aller Welt.

www.oralchirurgie.org

Adressenverzeichnis Berufsverband Deutscher Oralchirurgen (BDO)

Sekretariat/Mitgliederverwaltung				
Ingrid Marx	<i>Sekretärin</i>	Bahnhofstr. 54 54662 Speicher	Tel.: 06562 9682-15 Fax: 06562 9682-50	IZI-GmbH.Speicher@t-online.de www.oralchirurgie.org
Susanne Müller	<i>Mitgliederverwaltung</i>	Hauptstr. 126 56598 Rheinbrohl	Tel.: 02635 92596 07 Fax: 02635 9259609	BDO-MGV@t-online.de www.oralchirurgie.org
Vorstand				
Dr. Dr. Wolfgang Jakobs	<i>1. Vorsitzender</i>	Bahnhofstr. 54 54662 Speicher	Tel.: 06562 9682-0 Fax: 06562 9682-50	IZI-GmbH.Speicher@t-online.de www.izi-gmbh.de
Dr. Martin Ullner	<i>2. Vorsitzender</i>	Burgeffstr. 7a 65239 Hochheim	Tel.: 06146 601120 Fax: 06146 601140	info@praxis-ullner.de
Dr. Maria-Theresia Peters	<i>Schriftführerin</i>	Hobsweg 14 53125 Bonn	Tel.: 0228 9087669 Fax: 0228 9087673	maria-theresia-peters@t-online.de
Dr. Dr. Norbert Mrochen	<i>Schatzmeister</i>	Kerststr. 21 67655 Kaiserslautern	Tel.: 0631 66655 Fax: 0631 3605063	norbert.mrochen@t-online.de
Dr. Joachim Schmidt	<i>Beisitzer</i>	Kirchenstr. 7 59929 Brilon	Tel.: 02961 8083 Fax: 02961 2334	schmidt.oralchirurg@t-online.de
Erweiterter Vorstand und Landesvorsitzende				
Baden-Württemberg	Dr. Fridleif Bachner	Schwabstr. 18, 70197 Stuttgart	Tel.: 0711 465555	praxis@dr-bachner.com
Bayern	Dr. Christoph Urban	Abensberger Str. 50, 84048 Mainburg	Tel.: 08751 5501	urban.mainburg@t-online.de
Unterfranken	Dr. Wolfram Eisenblätter	Am Schnellertor 12, 97753 Karlstadt	Tel.: 09353 981098	dres.eisenblaetter@t-online.de
Berlin	Dr. Harald Frey	Tempelhofer Damm 129, 12099 Berlin	Tel.: 030 75705950	freydr@live.de
Brandenburg	Dr. med. dent. Alexander Hoyer	Dallgower Str. 10-14, 14612 Falkensee	Tel.: 03322 279910	praxis@praxis-hoyer.de
Hamburg	Dr. med. dent. Joel Nettey-Marbell	Schloßstr. 44, 22041 Hamburg	Tel.: 040 6829000	info@dental-werk.de
Hessen	Dr. Ingmar Nick	Dorotheenstr. 8, 61348 Bad Homburg	Tel.: 06172 189935	dr.i.nick@gmx.de
Niedersachsen/Bremen	Dr. Kay Gloystein	Scheunebergstr. 34, 27749 Delmenhorst	Tel.: 04221 18750	gloystein.za@t-online.de
Rheinland-Pfalz	Dr. Torsten S. Conrad	Heinrichstr. 10, 55411 Bingen	Tel.: 06721 991070	Torsten.Conrad@dr-conrad.de
Saarland	Patrick Goedicke	Keplerstr. 55, 66540 Neunkirchen	Tel.: 06821 953535	en-go@t-online.de
Mitteldeutschland	Dr. Wolfgang Seifert	Bismarckstr. 2, 08258 Markneukirchen	Tel.: 037422 47803	Dr.Seifert-Praxis@online.de
Schleswig-Holstein/ Mecklenburg-Vorpommern	Dr. Cristoph Kleinsteuber	Von-Parkentin-Str. 53, 23919 Berkenthin	Tel.: 04544 8908369	dr.kleinsteuber@web.de
Westfalen-Lippe	Dr. Ulrich Goos	Westenstr. 2, 33098 Paderborn	Tel.: 05251 282398	dres.goos-gekle@t-online.de
Nordrhein	Dr. Mathias Sommer	WDR-Arkaden, Elstergasse 3, 50667 Köln	Tel.: 0221 2584966	praxis@docsommer.de
Referate – Arbeitskreis – Arbeitsgemeinschaften – Delegierte				
Pressereferat				
Dr. Markus Blume	<i>Pressereferent</i>	Uhlstr. 19-23, 50321 Brühl	Tel.: 02232 943486 Fax: 02232 943487	zambulume@aol.com
Referat für Fortbildung und Abrechnung				
Dr. Martin Ullner	<i>Fortbildungsreferent</i>	Burgeffstr. 7a, 65239 Hochheim	Tel.: 06146 601120 Fax: 06146 601140	info@praxis-ullner.de
Dr. Mathias Sommer	<i>Fortbildungsreferent</i>	WDR-Arkaden, Elstergasse 3, 50667 Köln	Tel.: 0221 2584966 Fax: 0221 2584967	praxis@docsommer.de
Dr. Markus Blume	<i>Fortbildungsreferent</i>	Uhlstr. 19-23, 50321 Brühl	Tel.: 02232 943486 Fax: 02232 943487	zambulume@aol.com
Arbeitskreis Implantologie				
Prof. Dr. Hans-Christoph Lauer	<i>Wissenschaftlicher Berater des Arbeitskreises</i>	Uni ZMK, Theodor-Stern-Kai 7 60596 Frankfurt am Main	Tel.: 069 6301-5640 Fax: 069 6301-3711	H.C.Lauer@em.uni-frankfurt.de
Prof. Dr. Herbert Deppe	<i>Wissenschaftlicher Berater des Arbeitskreises</i>	Ismaninger Str. 22 81675 München	Tel.: 089 4140-2910 Fax: 089 4140-4844	Herbert.Deppe@lrz.tu-muenchen.de
Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Anästhesiologie im BDO				
Dr. Dr. Wolfgang Jakobs	<i>1. Vorsitzender</i>	Bahnhofstr. 54 54662 Speicher	Tel.: 06562 9682-0 Fax: 06562 9682-50	IZI-GmbH.Speicher@t-online.de www.izi-gmbh.de
Dr. Dr. Rainer Rahn	<i>2. Vorsitzender</i>	Anton-Burger-Weg 137 60599 Frankfurt am Main	Tel.: 069 686869 Fax: 069 686969	rr@rr11.de
Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Behindertenbehandlung im BDO				
Dr. Volker Holthaus	<i>1. Vorsitzender</i>	Kurhausstr. 5 23795 Bad Segeberg	Tel.: 04551 91288 Fax: 04551 2761	volker@familieholthaus.de
Dr. Imke Kaschke	<i>2. Vorsitzende</i>	Fritz-Erpenbeck-Ring 5 13156 Berlin	Tel.: 030 4774947 Fax: 030 4774947	imke.kaschke@charite.de
Arbeitsgemeinschaft für chirurgische Parodontologie im BDO				
Dr. Jochen Tunkel	<i>1. Vorsitzender</i>	Königstr. 19 32545 Bad Oeynhausen	Tel.: 05731 28822 Fax: 05731 260898	mail@dr-tunkel.de
Dr. Maria-Theresia Peters	<i>2. Vorsitzende</i>	Hobsweg 14 53125 Bonn	Tel.: 0228 9087669 Fax: 0228 9087673	maria-theresia-peters@t-online.de
Delegierte E.F.O.S.S. (European Federation of Oral Surgery Societies)				
Dr. Maria-Theresia Peters		Hobsweg 14 53125 Bonn	Tel.: 0228 9087669 Fax: 0228 9087673	maria-theresia-peters@t-online.de
Vertreter der Bundeswehr				
Dr. Michael Makosch	<i>Oberstarzt, Bundeswehrkrankenhaus Berlin</i>		Tel.: 030 2841-1420	Michael1Makosch@bundeswehr.org
Chefredaktion Oralchirurgie Journal				
Prof. Dr. Torsten W. Remmerbach		Holbeinstraße 29 04229 Leipzig	Tel.: 0341 2237384	oralchirurgie-journal@remmerbach.net



Abb. 1



Am 18. und 19. September 2015 fand in Berlin der 3. DENTSPLY Implants Kongress (DIKON) statt. Unter dem Motto „Richtig entscheiden – Patienten begeistern“ bot die zweitägige Veranstaltung einen spannenden wissenschaftlichen Diskurs und praxisorientierte Workshops.

3. DIKON
[Bildergalerie]3. DIKON
[Video]

3. DIKON: DENTSPLY Implants empfing 1.000 Teilnehmer in Berlin

Zum diesjährigen DIKON-Kongress, der im außergewöhnlichen Designhotel „andel's“ in Berlin veranstaltet wurde, konnten mehr als 1.000 Teilnehmer begrüßt werden. Zu den Teilnehmern zählten Zahnärzte, die sich beruflich mit der Implantologie beschäftigen, aber auch Studenten sowie Zahnmedizinische Fachangestellte, MKG-Chirurgen und Zahntechniker. Viel Interessantes bot der Kongress auch für Praxisgründer: Das Nachwuchsforum „My First Step(p)s“ richtete sich gezielt an Assistenzärzte und junge Implantologen und bot eine Orientierungshilfe für die Gründungsphase sowie den Praxisaufbau.

Aktuelle Innovationen

Am ersten Kongresstag setzte das wissenschaftliche Programm die Schwerpunkte auf die aktuellen Innovationen in der Implantattherapie und auf den praktischen Nutzen der langjährigen klinischen Forschung. Ausgewiesene Spezialisten vermittelten in ihren Vorträgen einen Überblick über die Entwicklungen und zeigten, wie Patienten davon profitieren.

Spannende Workshops

Der zweite Veranstaltungstag stand im Zeichen der Workshops. Unter dem Motto

„Patienten begeistern: Wissen vertiefen“ hatten Teilnehmer die „Qual der Wahl“ aus vierzehn verschiedenen Workshops, die zumeist zweimal stattfanden, um möglichst vielen Interessierten den Besuch zu ermöglichen. Die Workshops, in denen jeweils Behandlungskonzepte unter Praxisaspekten diskutiert und am Modell ausprobiert werden konnten, gliederten sich in die Themengebiete Hart- und Weichgewebsmanagement, digitale Zahnmedizin und Versorgungskonzepte. Ein weiterer Workshop widmete sich dem Praxismanagement und vermittelte unternehmerische Tipps für eine optimale Marktpositionierung.



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4

Abb. 1: Mehr als 1.000 Teilnehmer bildeten sich im Rahmen des DIKON fort. – **Abb. 2:** v.l.: Christian Grau, Director Business Support DENTSPLY Implants Deutschland, Dr. Matthias Kühner, Group Vice President DENTSPLY Implants, und Dr. Karsten Wagner, Geschäftsführer DENTSPLY Implants Deutschland. – **Abb. 3:** Ein besonderes Highlight: die Digitale Poster-Präsentation. – **Abb. 4:** Mit dem AgeMan-Anzug konnten die Teilnehmer selbst erleben, wie es sich anfühlt, „alt“ zu sein.

PEERS-Forum

Das von DENTSPLY Implants unterstützte dentale Expertennetzwerk PEERS gestaltete zum Auftakt des Kongresses ein eigenes Forum zum Thema „Lebensqualität im Alter“. Moderiert von Prof. Dr. Hans-Christoph Lauer, Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, ging es darum, wie sich der demografische Wandel auf die Anforderungen an die Implantologie auswirkt. Es referierten u. a. die Professorinnen Dr. Ina Nitschke von der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde der Universität Leipzig, die außerdem Präsi-

dentin der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin e.V. ist, und Dr. Meike Stiesch, Direktorin der Klinik für Zahnärztliche Prothetik und Biomedizinische Werkstoffkunde der Medizinischen Hochschule Hannover. Im Rahmen dieses Forums konnten die Teilnehmer mithilfe eines speziellen Anzugs, des AgeMan, das Phänomen des Alterns am eigenen Körper spüren – eine spannende Erfahrung, mit der man Probleme älterer Menschen besser verstehen lernt. Einer der Höhepunkte des 3. DIKON war die feierliche Verleihung der PEERS-Förderpreise während der traditionellen Abendveranstaltung. Hier wurden die besten Nachwuchswissenschaftler ausgezeichnet.

Digitale Poster-Präsentation

Anlässlich des 3. DENTSPLY Implants Kongress wurde auch erstmals eine internetbasierte digitale Präsentation (DPP) von wissenschaftlichen Postern vorgestellt, wodurch eine völlig neue Dimension der Darstellung und Verbreitung wissenschaftlicher Arbeiten erreicht wurde, die zudem erhebliche Vorteile für Autoren und Nutzer bot. Auf mehreren Präsentationsmonitoren standen während des gesamten Kongresses die eingereichten Poster auch digital zur Verfügung und konnten so sowohl von den Teilnehmern vor Ort, als auch von externen Nutzern angeschaut und heruntergeladen werden.



Abb. 5

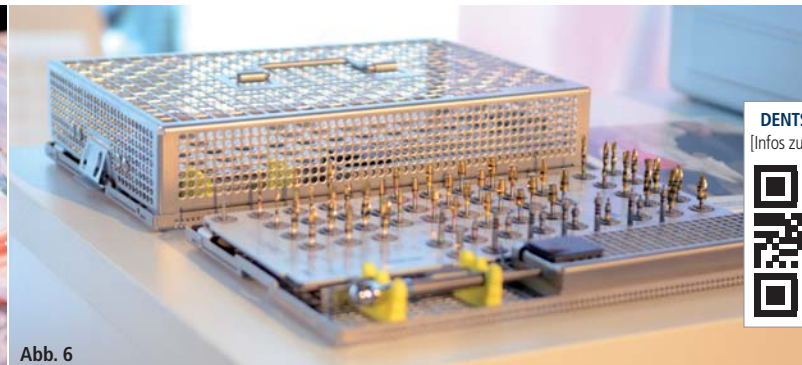


Abb. 6

DENTSPLY Implants
[Infos zum Unternehmen]



Abb. 5: Das DENTSPLY Implants Magazin Deutschland/Schweiz ist pünktlich zum Kongress mit neuer Website www.dentsplyimplants-magazin.de erschienen. – **Abb. 6:** DENTSPLY Implants präsentierte auf dem DIKON-Kongress das innovative Waschtray für Reinigung und Sterilisation.



© Oleksiy Mark

50 Jahre klinische Osseointegration

Georg Isbaner

Vom 24. bis 26. September fand der Jahreskongress der European Association for Osseointegration (EAO) zum ersten Mal in Schweden statt. Über 2.500 Teilnehmer besuchten den 24. EAO-Jahreskongress in Stockholm, um ihr Wissen in zahlreichen Symposien, Workshops und Posterpräsentationen auf einen aktuellen Stand zu bringen. Der Jahreskongress stand ganz im Zeichen der Arbeit von Prof. Per-Ingvar Brånemark, aber auch anderen Pionieren der dentalen Implantologie. Dennoch gilt der schwedische Arzt und Forscher Brånemark mit seiner bahnbrechenden

Entdeckung, der Integration von künstlichem Material wie Titan in menschliches Knochengewebe, als Wegbereiter der modernen Implantattherapie.

Nicht nur aus diesem Anlass widmete sich das EAO-Kongress-Programm in einer Sondersitzung am ersten Kongresstag dem Thema „50 Jahre klinische Osseointegration“. „Unsere tägliche praktische Arbeit basiert auf 50 Jahren Erfahrung mit osseointegrierten Implantaten“, sagte Prof. Björn Klinge, wissenschaftlicher Leiter des Kongress-Komitees. Das Ziel der EAO ist seit jeher, die wissenschaftlichen Daten für die Im-

plantattherapie in der Praxis aufzubereiten und zu vermitteln.

So haben die Organisatoren mehr als 50 einheimische und ausländische Experten aus der ganzen Welt eingeladen, ihre Arbeiten zu präsentieren und die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse und klinischen Konzepte in der Implantologie zu diskutieren. Zusätzlich wurden neue Verfahren und Techniken auf etlichen Parallelsymposien, welche maßgeblich von führenden Unternehmen der Dentalbranche unterstützt wurden, vorgestellt.

Die neuesten Produkte, einschließlich neuer Implantate und Lösungen für eine



Abb. 1



Abb. 2

Abb. 1: Prof. em. Thomas Albrektsson, Schweden, gab einen wissenschaftshistorischen Rückblick auf die Arbeit Per-Ingvar Brånemarks. – **Abb. 2:** Volles Auditorium des Hauptpodiums „50 Jahre klinische Osseointegration“.

verbesserte Implantatbehandlung, standen ebenfalls im Mittelpunkt der Veranstaltung. Insgesamt präsentierten sich nahezu 100 Dentalunternehmen.

Die Pioniere der modernen Implantologie

Kein geringerer als Prof. em. Tomas Albrektsson, langjähriger Weggefährte Per-Ingvar Brånemarks, sprach über die Errungenschaften des schwedischen Implantologiepioniers. Bereits 1969 veröffentlichte Brånemark die erste Arbeit über die orale Implantologie. Allerdings wurde damals seine Entdeckung der knöchernen Integration von Titanimplantaten als Mythos abgetan. Erst durch im Laufe der Zeit entwickelte Schneidetechniken konnte die von Brånemark behauptete und später so bezeichnete Osseointegration eindeutig nachgewiesen werden. Wie zahlreiche andere große wissenschaftliche Errungenschaften auch, erbrachten zunächst unabhängig und unwissend voneinander weitere Spitzenforscher neue wesentliche Erkenntnisse auf dem Gebiet der Implantologie.

In diesem Zusammenhang erläuterte Prof. Daniel Buser im Anschluss an Albrektsson das Schroeder-Konzept, welches auf die Arbeit des Schweizer Zahnmedizinprofessors André Schroeder zurückgeht. Schroeder befasste sich Ende der 1960er intensiv mit Implantatmaterialien und entwickelte in enger Zusammenarbeit mit Dr. Fritz Straumann sowohl hohlzylindrische Implantate als auch solide Schrauben mit einer plasmabeschichteten Titanoberfläche (TPS). Schroeder und sein Team konnten als erste Forschergruppe überhaupt Implantate zeigen, die voll in nichtentkalkten Knochenabschnitten verankert waren. Seine Arbeit führte u. a. 1980 zur Gründung des International Team for Implantology (ITI).

Der dritte im Bunde der Implantologie-Pioniere wurde von Prof. Jörg Meyle gewürdigt: Es handelt sich um den deutschen Implantologen Prof. Willi Schulte. Er etablierte das später sogenannte Schulte-Konzept, welches die Sofortimplantation eines keramischen polykristallinen Aluminiumoxid-Stufenzylinderimplantates (Tübingen-Implantat) vorsah. Er konnte belegen, dass die sofortige Implantation in die Extraktionsalveole eine erfolgreiche und langlebige Implantattherapie sein konnte.

EAO-Fortbildungsprogramm für Studenten

Zusätzlich zu den Aktivitäten rund um den Jahreskongress wurde auch ein internationales EAO-Fortbildungsprogramm vorgestellt. Bereits ab Frühjahr 2016 haben Studenten die Möglichkeit, an ausgewählten europäischen Universitäten von weltweit anerkannten Implantologie-Experten unterrichtet zu werden. Das EAO-Fortbildungsprogramm wird durch eine Online-Lernplattform, dem sogenannten EAO-Classroom, ergänzt.

Jubiläumskongress 2016

2016 jährt sich der EAO-Jahreskongress zum 25. Mal. Für den Jubiläumsevent vom 29. September bis 1. Oktober 2016 wurde Paris als Austragungsort gewählt.



Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5

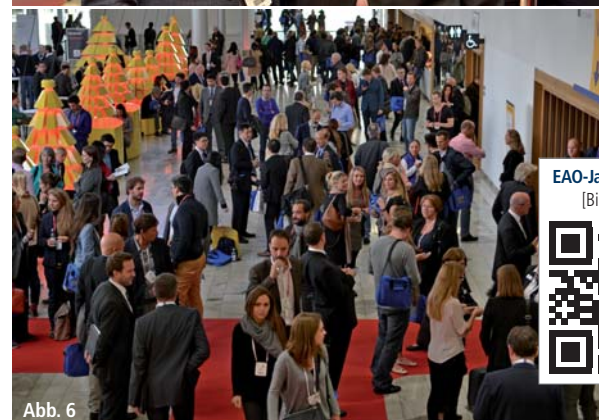


Abb. 6

Abb. 3: Prof. Dr. Daniel Buser, Schweiz, befasste sich mit den Errungenschaften André Schroeders. – **Abb. 4:** Prof. Jörg Meyle würdigte die Arbeit des deutschen Implantologen Prof. Willi Schulte. – **Abb. 5:** Georg Isbaner (Oralchirurgie Journal) mit Nobel Biocare Deutschland Geschäftsführer Christian Berbalk (r.). – **Abb. 6:** Über 2.500 Teilnehmer besuchten den diesjährigen EAO-Jahreskongress in Stockholm, Schweden.

EAO-Jahreskongress
[Bildergalerie]





Abb. 1

Am 11. und 12. September fand das nunmehr 12. Leipziger Forum für Innovative Zahnmedizin statt und stand ganz unter dem Leitthema: Die Implantologie als chirurgische Disziplin – OP-Techniken und Risikomanagement.

12. Leipziger FIZ
[Bildergalerie]



Implantologie und kontroverse Konzepte in Leipzig

Olivia Jasmin Czok

Mehr als 150 Teilnehmer konnten sich in verschiedenen Seminaren, Workshops, Vorträgen und der begleitenden Industrieausstellung zu dem Schwerpunktthema weiterbilden. Experten von Universitäten und aus der Praxis berichteten über ihre Erfahrungen und erörterten mit den Teilnehmern die praktische Umsetzung. Ein vielseitiges begleitendes Kursprogramm zu den Themen Veneers, Biologische Zahnheilkunde und Endodontie rundeten die Vorträge im Hauptpodium ab. Bereits am Freitag startete das Forum mit namhaften Referenten in den Pre-Congress. Die wissenschaftliche Leitung der Tagung hatte Dr. Theodor Thiele, M.Sc. aus Berlin inne, der mit einer kurzen Retrospektive der Implantologie das Hauptpodium eröffnete.

Komplikationsvermeidung, Laserzahnmedizin und Risikomanagement

Zu Beginn stellte Dr. Peter Hentschel in seinem Vortrag „Ultraschallgestützte Chirurgie beim Sinuslift. Operative Techniken und Komplikationsvermeidung“ den internen dem externen Sinuslift gegenüber. Der jeweilige Einsatz des Sinuslifts hänge dabei auch vom Budget des Patienten ab. So sei der interne Sinuslift bei eingeschränkten finanziellen Ressourcen zu empfehlen, während der externe Sinuslift bei freiem finanziellen Spielraum anzuwenden sei. Ein weiteres Thema des Hauptpodiums stellte die Laserzahnmedizin – vorgestellt von Matthias Mergner – dar, bevor

sich erneut Vorträge zu aktuellen Aspekten der Implantologie anschlossen. Dr. Ole Dahl und Michael Menzel sprachen danach über das einteilige INDI-Implantat, welches sich individuell an die Anatomie des Patienten anpassen würde. Die Thematik des „maßgeschneiderten Implantats“ sowie die vorangehende 3-D-Diagnostik mit der 3-D-Planung standen in der Diskussionsrunde am Ende der Hauptveranstaltung im Fokus. Dabei wurde über die Notwendigkeit und deren Einsatz gesprochen. Den Abschluss des Pre-Congresses am Freitag machte Prof. Dr. Torsten W. Remmerbach. Sujet seines Referats bildete das Infektionsrisiko bei chirurgischen Eingriffen. Ein striktes Einhalten der Hygienerichtlinien sei, laut Remmerbach,



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5

Abb. 1: Dr. Theodor Thiele, der wissenschaftliche Leiter der Tagung, mit dem Auditorium im Hauptpodium. – **Abb. 2:** Univ.-Prof. Prof. (Griffith Univ.) Dr. Torsten W. Remmerbach sprach zum Infektionsrisiko bei chirurgischen Eingriffen. – **Abb. 3:** Prof. Dr. Frank Liebaug am Stand der Firma Sunstar. – **Abb. 4:** Am Stand der Firma INDI Implants. – **Abb. 5:** Prof. Dr. Dr. Frank Palm (l.) und Prof. Dr. med. dent. Georg-H. Nentwig.

in der Praxis unerlässlich. Die Prophylaxe stelle dabei eine orale Desinfektion dar. Hinsichtlich der Antibiotika-Abgabe sei speziell auf eine strenge Indikationseinstellung zu achten. „Die Dosierungen sind auf Dauer zu beachten, es sollte nicht leichtfertig damit umgegangen werden“, so Remmerbach.

Mit Bindegewebstransplantaten und Gewebeschutz in die zweite Runde

Der Hauptkongress begann am Samstag mit einem Vortrag von Dr. Theodor Thiele, der die Sandwich-Osteotomie sowie die Schalenteknik als Möglichkeiten bei starken Atrophien vorstellte. Gleich, welche Lösung gefunden würde, „die Verantwortung gegenüber der Patienten ist, das eigene Können und Wissen richtig einzuschätzen“, so Thiele. Über J-Graft als „Working Horse“ in der Implantologie und Oralchirurgie, Bindegewebstransplantate und die Beckenkampnpunktion aka iliac punch biopsy sprach im Anschluss Prof. Dr. Dr. Frank Palm in seinem Vortrag „Chirurgische Aspekte für den Langzeiterfolg von Implantaten – Aktuelle Aspekte der Weichgewebs- und Knochenaugmentation“. Sein Fazit: Knochenaugmentationen seien durchaus ein wichtiger Bestandteil in der präimplantologischen Chirurgie bei hochatrophischen Situationen. Insgesamt hänge

der Langzeiterfolg von vielen Faktoren, wie Hart- und Weichgewebe, Prothetik, Recall und der individuellen Situation des Patienten ab. Vor allem aber solle darauf geachtet werden, weniger Implantate einzusetzen, so Palm.

Aus Bern, Schweiz, angereist referierte Prof. Dr. Michael Bornstein über Septen in der Kieferhöhle und gab Tipps für deren Befundung, wie die Kontrolle, ob radiopake Strukturen in der Verschattung sichtbar oder Knochen intakt oder arrodirt sind, aber auch, ob Nachbarstrukturen unauffällig erscheinen. Weiterhin erklärte er den Einsatz einer Schneider'schen Membran.

Patientenmanagement und kontroverse Abschlussdiskussion

In der Abschlussrunde des Hauptpodiums fand der Vortrag von Jens-Christian Katzschner besonderen Anklang bei den Teilnehmern. In seinem Referat zu Defiziten in der präoperativen Patientenaufklärung riet er dazu, die Patienten ernst zu nehmen, ihnen zuzuhören und sie vor allem über Eingriffe aufzuklären, um mögliche juristische Konsequenzen zu vermeiden.

Der Herausforderung eines schräg atrophierten Kieferkammes mit minimalinvasivem Vorgehen mit und ohne Augmentation nahm sich Jiaoshou (Prof.) Shan-

dong University, China, Dr. med. Frank Liebaug in seinem Referat an. Sein Fazit lautete, dass das Implantatdesign entscheidend ist für die Langzeitstabilität des marginalen Knochens und Profile Implantate je nach Konfiguration im schräg atrophierten Kieferkamm auch ohne zusätzliche augmentative Methoden inseriert werden können.

Eine kleine Abschlusskontroverse lieferte zuletzt Dr. Dominik Nischwitz. In seinem Vortrag „Störfelder im Mund und deren Auswirkungen auf den menschlichen Körper“ erörterte er die Neuralgia Inducing Cavitation Osteonecrosis (NICO) als multiple Ursache für Schmerzen in den Zähnen und im Mundraum. Seine Aussage, einen verletzten Zahn zu ziehen, statt diesen endodontisch zu behandeln, löste Skepsis im Publikum aus. So auch bei Dr. Zafiropoulos, der widersprechend in die Diskussion einstieg. Trotz hitziger Abschlussdiskussion verabschiedete der wissenschaftliche Leiter Dr. Thiele alle Teilnehmer und dankte für spannende Vorträge, wissenschaftliche Diskussionen und den großen Anklang.

Kontakt

OEMUS MEDIA AG

Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308
event@oemus-media.de
www.leipziger-forum.info

Symposium: Knochenersatz- und Nahtmaterialien sowie deren Einsatz



Im Rahmen der Essener Implantologietage am 13. und 14. November 2015 veranstaltet Sunstar in Kooperation mit mednaht ein Pre-Congress Symposium zum Thema „Nahtmaterialien/Knochenersatzmaterialien und ihr Einsatz in der zahnärztlichen Chirurgie“.

Während sich Dr. Stefan König auf den Einsatz von Nahtmaterialien in der zahnärztlichen Chirurgie konzentriert, beschäftigt sich Dr. Jens Schug mit periimplantärer Gewebestabilität – von der kammerhaltenden Extraktion bis zur ästhetischen Implantatprothetik. Er wird in seinem Vortrag zeigen, wie durch den Einsatz von geeigneten

Knochenersatzmaterialien der Verlust von Hart- und Weichgebe nach einer Extraktion verhindert oder minimiert werden kann.

Dr. König wird die unterschiedlichen Nahtmaterialien im Hinblick auf Zusammensetzung, Resorptionsverhalten und Einsatzgebiete beleuchten und den Teilnehmern das richtige Handling von Nadel und Faden näherbringen. Im praktischen Teil des Symposiums werden Teilnehmer die Chance haben, beide Materialien am Modell zu testen.

Das Symposium findet am Freitag, dem 13. November 2015 von 14 bis 18 Uhr im ATLANTIC Congress Hotel Essen statt. Weitere Informationen: www.essener-implantologietage.de

Sunstar Deutschland GmbH
www.easy-graft.com



COMPETENCE TOUR 15/16 in sechs deutschen Großstädten

„Mit uns sind Sie besser aufgestellt“ lautet das Motto der CAMLOG COMPETENCE TOUR 15/16. Von November 2015 bis März 2016 lädt das Dentalunternehmen in sechs deutsche Großstädte ein. Für das Vortragsprogramm konnten erfahrene Fachreferenten und der bekannte Management- und Persönlichkeitstrainer Jörg Lohr gewonnen werden. Die Referenten werden aktuelle klinische und wissenschaftliche Fragestellungen aus der Implantologie und Implantatprothetik behandeln und mit dem Publikum diskutieren. Die Themen stehen auch im Kontext der angewendeten Produkte, sodass ein hoher praktischer Bezug und viele konkrete Antworten für die tägliche Praxis erwartet werden dürfen. Zu hören gibt es fünf Vorträge – davon zwei mit praktisch-implantologischem Schwerpunkt, einen mit wissenschaftlich-implantologischem Schwerpunkt und einen zur CAD/CAM-

Prothetik. Jörg Lohr wird darüber sprechen, wie man sich und sein Team motiviert, was der Schlüssel zu begeisterten Kunden ist und wie Veränderungen erfolgreich gemeistert werden. Die Veranstaltungen finden immer mittwochs von 15 bis 21 Uhr statt. Für Frühbucher beträgt die Teilnahmegebühr nur 75 Euro, bei Anmeldung ab sechs Wochen vor dem jeweiligen Termin 89 Euro.

Stationen und Termine:

- Hamburg: 11.11.2015
- Stuttgart: 25.11.2015
- Frankfurt am Main: 03.02.2016
- München: 17.02.2016
- Nürnberg: 09.03.2016
- Leipzig: 16.03.2016

CAMLOG Vertriebs GmbH
www.camlog.de



Aus der Praxis für die Praxis: Implantologieforum Berlin 2015



In Kooperation mit der Klinik Garbátyplatz findet am 6. und 7. November 2015 das Implantologieforum Berlin statt. Ziel ist es, wissenschaftliche Vorträge mit breit angelegten praktischen Möglichkeiten und Referatengesprächen zu kombinieren. Die wissenschaftliche Leitung haben Dr. Theodor Thiele, M.Sc. und Dr. Guido Sterzenbach inne.

„Aus der Praxis für die Praxis“ – so lautet das Motto der Implantologie-Veranstaltung, die seit 2014 einmal pro Jahr in Berlin stattfindet. Zielgruppe der Veranstaltung sind sowohl versierte Anwender, aber auch Überweiserzahnärzte. Die Themenauswahl ist dabei ganz bewusst nicht als allgemeiner Überblick gestaltet, sondern wendet sich spezialisiert und vertiefend ausgewählten Fragestellungen der Implantologie zu. Darüber hinaus ist es Ziel der Veranstaltung, sowohl in Bezug auf die Inhalte als auch im Hinblick auf den organisatorischen Ablauf Neues zu bieten.

Die Zahl der Vorträge und Hauptreferenten wurde zugunsten der Table Clinics (Tischdemonstrationen) – die den eigentlichen Kern des Implantologieforums bilden – limitiert. Ebenfalls aus Effizienzgründen und im Hinblick auf die Kosten für die Teilnehmer findet die Veranstaltung nur an einem Tag (Samstag) statt. Natürlich haben die Besucher darüber hinaus die Möglichkeit, im Rahmen des Pre-Congress-Programms am Freitagnachmittag die Live-OP in der Klinik Garbátyplatz zu besuchen.

www.implantologieforum.berlin

Interdisziplinäre Fortbildung mit Live-OP in Baden-Baden



Am 4. und 5. Dezember finden die 5. Badische Implantologietage in Baden-Baden statt. In diesem Jahr steht die Tagung unter dem Leitthema „Implantologie interdisziplinär – Das Implantat vs. Zahnerhalt“. Die wissenschaftliche Leitung hat Priv.-Doz. Dr. Dr. Ronald Bucher inne. Ein alter Implantologen-Gag besagt, dass jeder natürliche Zahn einem Implantat im Wege stünde. Obwohl dies in der Praxis natürlich so nicht gehandhabt wird, handelt es sich doch um eine ganz zentrale Problematik innerhalb der Implantologie. Dabei geht es um die Fragen, ob und wie lange es sinnvoll ist, einen natürlichen Zahn zu erhalten, wann im Interesse des Knochenerhalts und der optimalen implantologischen Versorgung der richtige Zeitpunkt für die Zahnextraktion ist oder auch die letztlich entscheidende Frage „Was würden Sie tun, Herr Doktor, wenn es Ihr Zahn wäre?“.

Da es sich hier um Fragestellungen aus dem Alltag einer jeden Zahnarztpraxis handelt,

ist das spannende Programm der am 4. und 5. Dezember 2015 bereits zum

5. Mal stattfindenden Badischen Implantologietage nicht nur für Implantologen, sondern für alle Zahnärzte von Interesse.

Im Rahmen des Pre-Congress-Programms am Freitagnachmittag findet eine Live-OP in der Praxis Bucher statt und alternativ kann eines der angebotenen Seminare zu Themen wie Implantologische Chirurgie, Veneers und GOZ besucht werden. Das Referententeam wird so am 2. Adventswochenende in Baden-Baden ein sehr anspruchsvolles wissenschaftliches Programm rund um aktuellen Fragestellungen der Implantologie bieten. Kooperationspartner vonseiten der Fachgesellschaften ist auch in diesem Jahr das Deutsche Zentrum für orale Implantologie e.V. (DZOI).

www.badische-implantologietage.de



„Das zahnärztliche MVZ“

Chancen, Vorteile und Möglichkeiten

Im August 2015 ist das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) in weiten Teilen in Kraft getreten. Mit diesem Gesetz sind auch wichtige Veränderungen für medizinische Versorgungszentren in Kraft getreten. Das Erfordernis der fachübergreifenden Ausrichtung ist weggefallen, sodass nunmehr auch fachgleiche medizinische Versorgungszentren – wie etwa das rein zahnärztliche MVZ – möglich geworden sind.

Das Interesse innerhalb der Zahnärzteschaft an der Gründung von medizinischen Versorgungszentren ist erheblich. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass medizinische Versorgungszentren auch in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) gegründet werden können. Man sieht in der GmbH die Möglichkeit, die in der Berufsausübungsgemeinschaft bestehende gesamtschuldnerische Haftung aller Gesellschafter einer Berufsausübungsgemeinschaft zu vermeiden. Andererseits ist jedoch auch zu berücksichtigen, dass die Rechtsformwahl erhebliche steuerliche Konsequenzen hat, sodass die Frage, ob es Sinn macht, ein medizinisches Versorgungszentrum zu gründen, sich nur unter Berücksichtigung einer Vielzahl von Faktoren beantworten lässt.

Aus diesem Grunde wird das Seminar Überblick über die rechtlichen, steuerlichen und betriebswirtschaftlichen Faktoren geben, die für die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums eine Rolle spielen.

Anmeldung und mehr Informationen über:
ZentaiMEDia
Tel.: 0221 9920-5240
info@zentaimedia.de

BDO Veranstaltung: Das zahnärztliche MVZ

Mittwoch, 27. Januar 2016, 14 bis 18.30 Uhr, Frankfurt am Main

6 Fortbildungspunkte

Programm

- | | |
|-----------|--|
| 14 Uhr | Rechtliche Konstruktion eines MVZ
Gründungsberechtigte/Gesellschaftsformen
<i>Frank Heckenbücker, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht, Justitiar des BDO</i> |
| 15 Uhr | Pause |
| 15.15 Uhr | MVZ unter steuerlichen Aspekten
Rechtsformwahl und steuerliche Auswirkung
<i>Ulf Kühnemund, Steuerberater und Wirtschaftsprüfer</i> |
| 16.15 Uhr | Pause & Imbiss |
| 16.45 Uhr | Betriebswirtschaftliche Erfolgsfaktoren für MVZ
MVZ-Steuerung – Motivation und operative Umsetzung
<i>Dr. rer. pol. Susanne Woitzik, Dipl.-Kauff. ZA AG</i> |
| 17.45 Uhr | Fragerunde mit allen Referenten |
| 18.30 Uhr | Ende |

ACHTUNG: Begrenzte Teilnehmerzahl!
399 Euro zzgl. MwSt. für BDO-Mitglieder
499 Euro zzgl. MwSt. für Nichtmitglieder



Die Referenten beschreiben die Inhalte kurz:

RA Frank Heckenbücker „Als Justitiar des BDO sehe ich im MVZ interessante Perspektiven für die erfolgreiche Marktteilnahme. Aber man sollte – so attraktiv diese neue Möglichkeit auf den ersten Blick erscheint – sehr genau prüfen, ob sie wirklich auf die individuelle Situation passt.“

Ulf Kühnemund „Der Schritt in das MVZ aus steuerlicher Sicht. Welche Rechtsform passt zu uns/mir? Wie komme(n) wir (ich) in das MVZ, ohne Steuern auszulösen? Gewinne verteilen, aber wie, und was bleibt nach der Steuer übrig?“

Dr. Susanne Woitzik „Die betriebswirtschaftlichen Herausforderungen bei MVZ steigen überproportional mit ihrer Größe. Es sind sowohl auf- als auch ablauforganisatorische Vorkehrungen zu treffen, damit die Rädchen alle reibungslos ineinandergreifen. Hinzu kommen erhöhte Anforderungen an die Kommunikation und das Controlling. Dennoch: Mit einer klaren Strategie vor Augen und hilfreichen Instrumenten in der Hand sind die Herausforderungen zu bewältigen.“

Kurs „Oralchirurgisch-Implantologische Fachassistenz“

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

Dr. Joachim Schmidt, Dr. Markus Blume

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

Mit dem Aufbaukurs „Oralchirurgisch-Implantologische Fachassistenz“ für zahnärztliche Mitarbeiterinnen bietet der ZMMZ Verlag die Fortbildungsveranstaltung vom **4. bis 8. April 2016** in Köln an.

Der Pilotkurs dieser Fortbildung wurde bereits im Mai des letzten Jahres mit großem Erfolg und viel Begeisterung bei Teilnehmern und Referenten durchgeführt. An insgesamt fünf Kurstagen, komprimiert in einer Woche abgehalten, werden Theorie und Praxis zu folgenden Themen fundiert vermittelt:

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

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

Der ZMMZ lädt damit alle Praxisinhaber und deren Mitarbeiterinnen ein, an diesem Aufbaukurs teilzunehmen und die Prozesse in der Praxis zu verbessern. Die Fachassistenten erhalten eine Zusatzqualifikation mit deutlichen Alleinstellungsmerkmalen.

Der ZMMZ freut sich mitzuteilen, dass der Kurs in Zusammenarbeit mit der Universität Witten-Herdecke stattfinden wird, die gemeinsam mit dem BDO diesen Kurs für die Mitarbeiterinnen zertifiziert.

Der Kurs kostet 700 Euro zzgl. MwSt. Für den Kurs können für die Fachassistenten sog. „Bildungsschecks“ eingereicht werden, dadurch können die Kosten für den Kurs zu einem großen Anteil vom Bundesland übernommen werden. Nähere Informationen hierzu erteilt der veranstaltende ZMMZ Verlag, über den auch die Anmeldung und die Kursorganisation läuft.

Kontakt

**ZMMZ Verlag
Unternehmergesellschaft
(haftungsbeschränkt)**

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





© Lucky Business

Dr. Susanna Zentai
[Infos zur Autorin]

Wann muss über die Überweisungsmöglichkeit zum Chirurgen aufgeklärt werden?

Dr. Susanna Zentai

Wenn die Entfernung von Weisheitszähnen problematisch zu werden droht – zum Beispiel bei einem erkennbar ungewöhnlichen Verlauf des Nervus mandibularis – sollte der Zahnarzt an einen Oral- oder Kieferchirurgen überweisen. Zumindest muss der Zahnarzt in einem solchen Fall über die Möglichkeit, zu einem besonders ausgebildeten und erfahrenen Chirurgen gehen zu können, aufklären.

In den Leitsätzen zu dem Urteil des Landgerichts Dessau-Roßlau vom 08.10.2013 (4 O 662/11) wird formuliert:

„Grundsätzlich verfügt auch ein Zahnarzt über die zahnchirurgische Ausstattung und Fähigkeiten zur Entfernung eines Weisheitszahnes. Die zahnärztlichen Möglichkeiten müssen allerdings hinterfragt werden, wenn sich anhand

von Röntgenbildern für den kundigen Betrachter abzeichnet, dass entsprechende Eingriffe nicht plangerecht ablaufen werden (hier: erkennbar ungewöhnlicher Verlauf des Nervus mandibularis). Zum Aufklärungsumfang gehört in diesen Fällen auch die Möglichkeit der Überweisung in eine Spezialpraxis wegen der besonderen Erfahrung der Chirurgen bei der Durchführung entsprechender Eingriffe.“

In dem Fall, der von dem Landgericht verhandelt wurde, hatte ein Zahnarzt – ohne auf die Möglichkeit der Überweisung an einen Chirurgen – einen retinierten Weisheitszahn entfernt. Allerdings brach der Zahnarzt den Eingriff ab, da er den Verdacht hegte, der Nerv könne gefährdet bzw. sogar tatsächlich verletzt sein. Der Eingriff wurde durch einen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirur-

gen beendet. Wie sich herausstellte war der Hauptnerv der Patientin erheblich verletzt worden.

Das Landgericht sah den Hauptvorwurf darin, dass der Zahnarzt nicht über die Möglichkeit aufgeklärt hatte, dass der Eingriff direkt bei einem Chirurgen hätte durchgeführt werden können. Die Patientin hatte vor dem Eingriff keine akuten Beschwerden, sodass keine Notwendigkeit bestanden hat, sofort und durch den Zahnarzt tätig zu werden.

In den Entscheidungsgründen führte das Landgericht aus:

„... liegt eine vorwerfbare Vertragsverletzung darin, dass der Beklagte trotz der von ihm erkannten schwierigen Lage des Weisheitszahnes die Klägerin nicht auf die Möglichkeit einer kieferchirurgischen Alternativbehandlung hingewiesen hat.“

Zwar hat im Allgemeinen ein Arzt dem Patienten ungefragt nicht zu erläutern, welche Behandlungsmethoden theoretisch in Betracht kommen und was für oder gegen die eine oder andere dieser Methoden spricht, so lange er eine Therapie anwendet, die dem medizinischen Standard genügt. Die Behandlungsmethode ist primär Sache des Arztes. Die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten, dem stets die Entscheidung darüber zusteht, ob und in welchem Umfang er einen ihm angeratenen ärztlichen Heileingriff mit den damit verbundenen Chancen und Risiken für seinen Körper und seine Gesundheit zustimmen will, kann darüber hinaus freilich auch die Unterrichtung über alternativ zur Verfügung stehende Behandlungsmöglichkeiten erfordern. Stehen für eine medizinisch sinnvolle und indizierte Therapie mehrere Behandlungsmethoden zur Verfügung, die zu jeweils unterschiedlichen Belastungen des Patienten führen oder unterschiedliche Risiken und Erfolgchancen bieten, muss der Patient – selbstverständlich nach sachverständiger und verständnisvoller Beratung des Arztes – selbst prüfen können, was er an Belastungen und Gefahren im Hinblick auf möglicherweise unterschiedliche Erfolgchancen der verschiedenen Behandlungsmethoden auf sich nehmen will.“

nahme durchführen, die er beherrscht und sich und seinem Team zutraut. Grundsätzlich verfüge auch ein Zahnarzt über die zahnchirurgische Ausstattung. Jedoch liege gerade bei notwendigen operativen Eingriffen im Zusammenhang mit Weisheitszähnen die Schwierigkeit darin, dass das Röntgenbild die tatsächlichen Verhältnisse wegen der Dicke und Kompaktheit des Unterkiefers nur eingeschränkt wiedergebe. Dies betreffe vor allem das Verhältnis der sehr unterschiedlich abgelenkten Wurzelspitzen zu dem wichtigen Unterkiefernerve. Diese eingeschränkten Erkenntnismöglichkeiten könnten nur durch einen

mandibularis besondere Schwierigkeiten zu erwarten seien. Auf der Grundlage dieser Bewertung des Gutachters, die nachvollziehbar und folgerichtig ist und der sich die Kammer anschließt, wäre die Aufklärung über die Möglichkeit der Überweisung in eine Spezialpraxis wegen der besonderen Erfahrung der Chirurgen bei der Durchführung entsprechender Eingriffe angezeigt gewesen. Einen derartigen Hinweis hat der Beklagte – was unstrittig ist – unterlassen. Durch den entsprechenden Hinweis hätte das Risiko der schwierigen Behandlung minimiert werden können. Insoweit ist der Eingriff des Beklagten als rechtswidrig zu qualifizieren.“



Das Landgericht hielt ein Schmerzensgeld in Höhe von 10.000 Euro für gerechtfertigt. Bei der Patientin wurden die typischen Folgen in Form eines irreversiblen Taubheitsgefühls des Unterkiefers bis zur Lippenmitte mit möglichen Bissverletzungen und entsprechenden Gefühlsbeeinträchtigungen beim Essen und Sprechen festgestellt. Darüber hinaus wurden Verspannungen im Nacken- und Schulterbereich zwar nicht als typische verletzungsbedingte oder mögliche Folgen des streitgegenständlichen Eingriffs qualifiziert, erschienen dem Sachverständigen doch in psychischer Hinsicht als nachvollziehbar. Die fortdauernden

Das Landgericht machte nebenbei eine wichtige Feststellung:

„Ist eine Spezialbehandlung angezeigt, die in der betreffenden Praxis nicht durchgeführt werden kann, ist eine Weiterverweisung des Patienten erforderlich; die Unterlassung wäre ein ärztlicher Behandlungsfehler.“

Weiter heißt es in den Entscheidungsgründen:

„Nach den Ausführungen des Sachverständigen L. in seinem schriftlichen Gutachten vom 30. April 2013 treffe zwar zu, dass jeder Zahnarzt auch kieferchirurgisch tätig werden dürfe. Er dürfe allerdings lediglich die chirurgische Maß-

gesteigerten Erfahrungsschatz kompensiert werden, wie er grundsätzlich jedem Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen bzw. Oralchirurgen per se zu bescheinigen sei. Dies bedeute nicht, dass praktizierenden Zahnärzten derartige Fertigkeiten grundsätzlich abzusprechen seien. Sie müssten allerdings hinterfragt werden, wenn entsprechende Eingriffe – wie im vorliegenden Falle – nicht plangerecht abliefen. Im vorliegenden Falle habe das Röntgenbild – so der Sachverständige – dem kundigen Betrachter die leicht nachvollziehbare Erkenntnis aufgedrängt, dass bei der Behandlung der Klägerin wegen des sehr ungewöhnlichen Verlaufes des Nervus

Schmerzen und Kribbelgefühle hingegen waren nach sachverständiger Einschätzung verletzungstypisch. Die Patientin begab sich nach Fortdauern der Beschwerden nach dem Eingriff in eine Schmerztherapie, deren Ende zunächst unabsehbar war.

Kontakt

Dr. Susanna Zentai

Justitiarin des BDO
Dr. Zentai-Heckenbücker
Rechtsanwälte Partnergesellschaft mbB
Hohenzollernring 37
50672 Köln
kanzlei@d-u-mr.de

Aktuelle Neuerungen zu den Themen Mindestlohn und Zivilprozesskosten

Dipl.-Wirtsch.-Ing.
Eyk Nowak
[Infos zum Autor]



Eyk Nowak

Der seit dem 1. Januar 2015 geltende Mindestlohn hat in der Praxis gerade in Bezug auf die geringfügig beschäftigten Arbeitnehmer zu erheblichen Mehrbelastungen durch die vorgeschriebene detaillierte und zeitnahe Aufzeichnungspflicht für die Arbeitgeber geführt. Da regelmäßig auch mitarbeitende Familienangehörige in den Praxen beschäftigt sind, stellte diese zusätzliche Aufzeichnungspflicht in einem Bereich, in dem der Mindestlohn sicherlich wirtschaftlich keine Bedeutung hat, für viele nur eine neuerliche und zusätzliche Belastung dar. Zumindest diesbezüglich kann jetzt auf eine vernünftige Erleichterung gehofft werden, denn das Bundesarbeitsministerium hat angekündigt, im Wege einer Rechtsverordnung die Aufzeichnungspflichten nun in Teilbereichen zu lockern.

Der Deutsche Steuerberaterverband e.V. hatte sich seit Jahresbeginn dafür eingesetzt, dass die Pflicht zur Aufzeichnung der Arbeitszeiten nur für solche Arbeitnehmer gelten soll, deren regelmäßiges monatliches Entgelt unter 2.000 EUR liegt, dass es für mitarbeitende Familienangehörige überhaupt keine Aufzeichnungspflichten geben soll und dass die Haftung des Auftraggebers nur auf Fälle begrenzt ist, in denen ein Unternehmer eigene vertragliche Verpflichtungen an andere Unternehmen weiterreicht. Nunmehr konnte



sich der Verband offensichtlich mit diesen Forderungen durchsetzen. Nachbesserungsbedarf besteht aus Sicht des Verbandes aber weiterhin bei der Behandlung von Praktikumsverhältnissen. Außerdem fordert der Verband zweckmäßigerweise, dass für geringfügig Beschäftigte die Aufzeichnungspflichten dann generell entfallen sollten, wenn es einen schriftlichen Arbeitsvertrag gibt, aus dem sich der Stundenlohn und die Arbeitszeit bereits eindeutig ergeben. Auch hier bleibt zu hoffen, dass der Steuerberaterverband sich mit dieser sehr sachgerechten Vereinfachung baldmöglichst Gehör verschaffen kann.

Ein weiteres interessantes, wenn auch für den Steuerpflichtigen nicht positives Urteil, kommt vom Bundesfinanzhof in München. Am 18.6.2015 (veröffent-

licht am 12.8.2015) hat dieser entschieden, dass die Kosten eines Zivilprozesses im Allgemeinen keine außergewöhnlichen Belastungen im Sinne des § 33 EStG sind. Etwas anderes kann ausnahmsweise gelten, wenn ein Rechtsstreit einen für den Steuerpflichtigen existenziell wichtigen Bereich oder den Kernbereich menschlichen Lebens berührt (BFH, Urteil Az. VI R 17/14). Mit dieser erneuten Entscheidung hat der BFH seine erst kürzlich zugunsten der Steuerpflichtigen geänderte Rechtsprechung nun erneut geändert, und kommt damit faktisch auf den ursprünglich geltenden nachteiligen Rechtsstand zurück.

Noch im Mai 2011 hatte der VI. Senat des BFH entschieden, dass von einer Unausweichlichkeit von Zivilprozesskosten unter der Voraussetzung auszugehen sei, dass die beabsichtigte Rechtsverfolgung hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet und nicht mutwillig erscheint. Denn streitige Ansprüche seien wegen des staatlichen Gewaltmonopols regelmäßig nur gerichtlich durchzusetzen oder abzuwehren. Da die Parteien zur Durchsetzung ihrer Rechtsansprüche auf den Weg vor die Gerichte verwiesen würden, entstünden Zivilprozesskosten für den Kläger wie auch für den Beklagten unabhängig vom Gegenstand des Prozesses aus rechtlichen Gründen zwangsläufig.

Demgegenüber sei entgegen der bis zum Mai 2011 geltenden Rechtsprechung nicht auf die Unausweichlichkeit des der streitgegenständlichen Zahlungsverpflichtung oder dem strittigen Zahlungsanspruch zugrunde liegenden Ereignisses abzustellen, weil der Steuerpflichtige im Verfassungsstaat des Grundgesetzes den Rechtsweg beschreiten müsse, um sein Recht durchzusetzen. Damit ebnete der VI. Senat des BFH seinerzeit die Abzugsfähigkeit solcher Zivilprozesskosten im Rahmen der außergewöhnlichen Belastungen. Diese Entscheidung hatte, neben Zustimmung, vielfach auch Kritik erfahren. Im Nachgang zur Entscheidung von 2011 hatte auch der Gesetzgeber bereits reagiert und mit dem „Gesetz zur Umsetzung der Amtshilferichtlinie sowie zur Änderung steuerlicher Vorschriften“ vom 26.6.2013 das früher geltende Abzugsverbot in § 33 Abs. 2 Satz 4 EStG wieder gesetzlich verankert.

Der VI. Senat des BFH begründet seine erneute Kehrtwende zum ursprünglichen Status damit, dass zwar „die Stetigkeit der Rechtsprechung des BFH als des obersten Gerichtshofs des Bundes für Steuern und Zölle ein wesentliches Element der Rechtssicherheit ist“. Er ist jedoch auch der Ansicht, dass hier schwerwiegende sachliche Gründe, und zwar vor allem der Gesichtspunkt einer notwendigen Vereinheitlichung der Rechtsanwendung und der Grundsatz der Gleichmäßigkeit der Besteuerung, eine erneute Änderung der Rechtsprechung des Senats gebieten. Danach sind die Kosten eines Zivilprozesses grundsätzlich nur dann als zwangsläufig anzusehen, wenn auch das die Prozessführung mit der Folge der Zahlungsverpflichtung adäquat verursachende Ereignis für den Steuerpflichtigen zwangsläufig ist. Hintergrund für die Kehrtwende des VI. Senates ist, dass andere Senate des BFH sich der Auffassung der Abzugs-

fähigkeit von Zivilprozesskosten als außergewöhnliche Belastung nicht anschließen wollten, sodass die Gefahr bestand, dass der dann zuständige Große Senat sich der neuen Rechtsauffassung des VI. Senates dann ebenfalls nicht anschließen würde.

Für den Steuerpflichtigen zeigt sich anhand dieses Beispiels, wie komplex und langwierig die Rechtsfindung sein kann. Leider, in diesem Fall, dann auch noch zu Ungunsten der Betroffenen.

Kontakt

Nowak GmbH Steuerberatungsgesellschaft

Dipl.-Wirtsch.-Ing. Eyk Nowak
Wirtschaftsprüfer/Steuerberater
Amalienbadstraße 41
76227 Karlsruhe
Tel.: 0721 91569156
info@nowak-steuerberatung.de
www.nowak-steuerberatung.de

ANZEIGE

Werden Sie Autor für das Oralchirurgie Journal.

Kontaktieren Sie Georg Isbaner

✉ g.isbaner@oemus-media.de ☎ 0341 48474-123

oralchirurgie



20 Jahre Dentaurum Implants

Zukunftssicherheit in der Implantologie

Seit inzwischen 20 Jahren ist Dentaurum Implants, ein Tochterunternehmen der heutigen Dentaurum-Gruppe, ein zuverlässiger Partner in der Implantologie. Mit neuesten Entwicklungen, wie den durchmesserreduzierten Implantaten CITO mini®, erhält die Implantatfamilie der Dentaurum Implants den aktuellsten

Zuwachs. Viele Anwender weltweit nutzen heute das immer wieder dem technologischen Fortschritt angepasste tioLogic® Implantatsystem. „Wir sind stolz darauf, schon frühzeitig das hervorragende Potenzial der Implantologie für die internationale Zahnmedizin erkannt zu haben“, unterstreicht Mark S. Pace zusammen mit Axel Winkelstroeter, Geschäftsführer der heutigen Dentaurum-Gruppe. „Dabei gilt

2015
Jahre
Implantologie.

es auch, den Weg dorthin, unser stetig gewachsenes Know-how und die umfangreichen Investitionen zu sehen. Die Vorläufer der heute erfolgreichen Produkte haben die Basis gelegt – für die auch weiterhin zukunftsweisenden Innovationen von Dentaurum Implants und der Dentaurum-Gruppe.“

Quelle: Dentaurum Implants GmbH



Zahnärztliche Gebührenordnung

BDO, DGMKG und BDK bekräftigen gemeinsame Interessen

Vom 8. bis 10. Oktober 2015 fand, im Rahmen des 14. Internationalen Kongresses für Anästhesie, Sedierung und Schmerzkontrolle, der 2. Gemeinschaftskongress der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG) mit dem Berufsverband Deutscher Oralchirurgen (BDO) in Berlin statt. Anlässlich dessen unterstrichen die Vorstände des BDO, der DGMKG und des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden (BDK) ihren gemeinsamen politischen Gestaltungswillen.

Dr. Dr. Lür Köper, Präsident der DGMKG, stellte dazu fest, dass die begrüßenswerte Ergänzung des § 87b Abs. 2 SGB V um Satz 5 im Zuge des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes bislang in der Versorgungswirklichkeit nicht angekommen ist. „Unsere multimorbi-

den im Hinblick auf die anstehende Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte kritisierte Dr. Dr. Wolfgang Jakobs, 1. Vorsitzender des BDO: „Der Paragrafenteil der neuen Gebührenordnung für Ärzte könnte der Bundesregierung schon bald als Blaupause für eine Übertragung auf die zahnärztliche Gebührenordnung dienen. Die GOÄ droht damit zum ‚Vertrag zulasten Dritter‘ zu werden.“

Dr. Gundi Mindermann, 1. Bundesvorsitzende des BDK, betonte: „Auch wenn eine

zügige Einigung zwischen PKV-Verband und Bundesärztekammer wünschenswert ist, sollte der Erhalt der elementaren Grundprinzipien der ärztlichen Gebührenordnung Vorrang haben. Die GOÄ darf nicht zur Erstattungsordnung degradiert werden. Beschränkungen bei der freien Vereinbarung oder beim analogen Ansatz von Gebührenpositionen sind abzulehnen.“

Quellen: BDO/BDK/DGMKG



Dr. Dr. Wolfgang Jakobs, 1. Vorsitzender des BDO, Dr. Gundi Mindermann, 1. Bundesvorsitzende des BDK, und Dr. Dr. Lür Köper, Präsident der DGMKG. (Bildquelle: Sascha Milkereit)

den Patienten, Patienten mit Behinderungen oder eingeschränkter Alltagskompetenz leiden weiterhin unter der Unterversorgung mit Narkoseleistungen.“

Fortbildungsveranstaltungen des BDO 2015

Baustein Bildgebende Verfahren „Continuing education program“

05. 12. 2015 Fach- und Sachkunde im Strahlenschutz DVT-Diagnostik Teil 1 + 2 parallel

Ort: cranium Privatinstitut für Diagnostik, Köln/Hürth
 Referenten: Prof. Dr. Torsten W. Remmerbach, Dr. Markus Blume, Dr. Andreas Ziggel,
 Dr. Axel Roschker, Dr. Benjamin Engelke, Marc Semper
 Kursgebühr: Teil 1 und Teil 2 für Mitglieder des BDO 779,- € zzgl. MwSt.
 Anmeldung: cranium Privatinstitut für Diagnostik, Frau Damm/Frau Dembski, Tel.: 02233 610888, www.kopfdiagnostik.de

Beide Kursteile müssen in einem Abstand von mindestens drei Monaten zusammenhängend besucht werden.

Weitere Fortbildungsveranstaltungen

13./14. 11. 2015 Advanced technique in sedation (Teil 2) mit Live-Operationen

Ort: Speicher
 Referenten: Dr. Dr. Wolfgang Jakobs, Dr. Nigel Robb, Birthe Thomsen
 Anmeldung: IZI GmbH, Tel.: 06562 9682-15, IZI-GmbH.Speicher@t-online.de

14. 11. 2015 Dentale Sedierung mit oralen Sedativa

Ort: Köln
 Referenten: Prof. Dr. Paulo Maló, Dr. Frank G. Mathers, Gabriele Walgenbach, Petra Reiter-Nohn
 Anmeldung: Institut für dentale Sedierung, Tel.: 0221 1694920, info@sedierung.com

19./20. 11. 2015 Augmentative Verfahren, Teil III: Die Sinusbodenaugmentation

Ort: Olsberg
 Referenten: Prof. Dr. Fouad Khoury und Mitarbeiter
 Anmeldung: Privatzahnklinik Schloss Schellenstein, Tel.: 02962 971914, course@implantologieklinik.de

20.–22. 11. 2015 Fortbildungsveranstaltung Curriculum operative und ästhetische Parodontologie

Ort: Hamburg
 Anmeldung: boeld communication GmbH, Tel.: 089 1890460, info@bb-mc.com

27. 11. 2015 Grundkurs der Ultraschalldiagnostik im Kopf-Hals-Bereich

Ort: Freiburg im Breisgau
 Anmeldung: www.uniklinik-freiburg.de

11. 12. 2015 7. Gemeinsame Gutachtertagung der DGMKG und des BDO „Wenn es nicht nur um die Zahnmedizin geht – Multimorbidität und Anspruchsverhalten“

Ort: München
 Referenten: Rechtsanwältin Dr. Susanna Zentai, Kai-Uwe Herbst
 Anmeldung: boeld communication GmbH, Tel.: 089 1890460, info@bb-mc.com

11./12. 12. 2015 Dentale Sedierung mit Lachgas und oralen Sedativa

Ort: Köln
 Referenten: Dr. Frank G. Mathers, Petra Reiter-Nohn, Gabriele Walgenbach, Dr. Friedhelm Weber
 Anmeldung: Institut für dentale Sedierung, Tel.: 0221 1694920, info@sedierung.com

Bitte beachten Sie auch die chirurgischen Fortbildungen der DGMKG.

Kongresse, Kurse und Symposien



Implantologieforum Berlin 2015

6./7. November 2015
 Veranstaltungsort: Berlin
 Tel.: 0341 48474-308
 Fax: 0341 48474-290
www.implantologieforum.berlin



Implantologie im Ruhrgebiet – 5. Essener Implantologietage

13./14. November 2015
 Veranstaltungsort: Essen
 Tel.: 0341 48474-308
 Fax: 0341 48474-290
www.essener-implantologietage.de



1. REGENERATIONSFORUM Implantologie & Parodontologie

27./28. November 2015
 Veranstaltungsort: Berlin
 Tel.: 0341 48474-308
 Fax: 0341 48474-290
www.regenerationsforum.de



5. Badische Implantologietage

4./5. Dezember 2015
 Veranstaltungsort: Baden-Baden
 Tel.: 0341 48474-308
 Fax: 0341 48474-290
www.badische-implantologietage.de



15. Unnaer Implantologietage

19./20. Februar 2016
 Veranstaltungsort: Unna
 Tel.: 0341 48474-308
 Fax: 0341 48474-290
www.unnaer-implantologietage.de

Zeitschrift des Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen

ORALCHIRURGIE Journal

Berufsverband Deutscher Oralchirurgen

Sekretariat:

Ingrid Marx
 Bahnhofstraße 54
 54662 Speicher

Tel.: 06562 9682-15

Fax: 06562 9682-50
izi-gmbh.speicher@t-online.de
www.izi-gmbh.de

Impressum

Herausgeber:

OEMUS MEDIA AG in Zusammenarbeit
 mit dem Berufsverband
 Deutscher Oralchirurgen

Chefredaktion:

Univ.-Prof. Prof. (Griffith Univ.)
 Dr. Torsten W. Remmerbach
oralchirurgie-journal@remmerbach.net

Verleger:

Torsten R. Oemus

Redaktionsleitung:

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

Verlag:

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

Redaktion:

Olivia Jasmin Czok
 Tel.: 0341 48474-310
o.czok@oemus-media.de

Layout:

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

Korrektorat:

Frank Sperling
 Sophia Pohle
 Tel.: 0341 48474-125

Verlagsleitung:

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

Druck:

Silber Druck oHG
 Am Waldstrauch 1
 34266 Niestetal

Wissenschaftlicher Beirat:

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

Erscheinungsweise:

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

Verlags- und Urheberrecht:

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

Grafik/Layout: Copyright OEMUS MEDIA AG



ABOSERVICE

Oralchirurgie Journal

Interdisziplinär und
nah am Markt

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



Bestellformular

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

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

Fax: 0341 48474-290

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig

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

Zeitschrift	jährliche Erscheinung	Preis
<input type="checkbox"/> Implantologie Journal	10-mal	99,00 €*
<input type="checkbox"/> Prophylaxe Journal	4-mal	44,00 €*
<input type="checkbox"/> Oralchirurgie Journal	4-mal	44,00 €*
<input type="checkbox"/> Endodontie Journal	4-mal	44,00 €*

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

Name, Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon/E-Mail

Unterschrift

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

Datum/Unterschrift



Folgen Sie der natürlichen Form

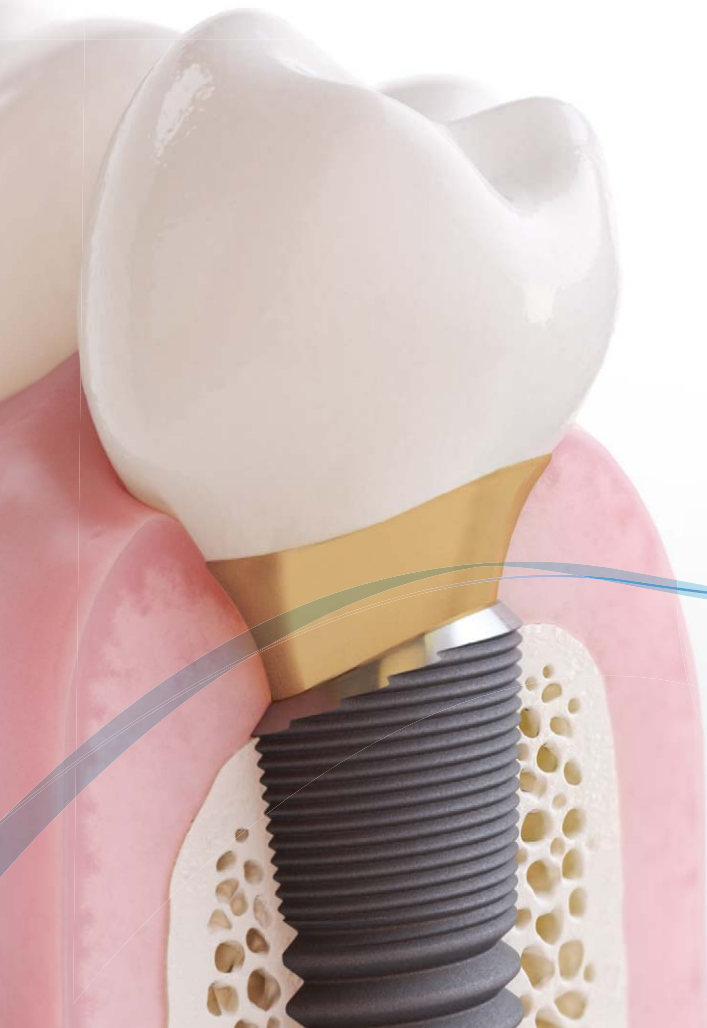
OsseoSpeed™ Profile EV – Einzigartiges Implantat für den schräg atrophierten Kieferkamm

Das OsseoSpeed Profile EV ist so geformt, dass beim schräg atrophierten Kieferkamm der vorhandene Knochen effizient genutzt werden kann.

- Ermöglicht einen 360°-Knochenerhalt
- Hervorragende Weichgewebsästhetik
- Kann eine Augmentation vermeiden
- One-position-only: Alle ATLANTIS- und indexierten Komponenten lassen sich in nur einer Position einsetzen

Das OsseoSpeed Profile EV-Implantat ist ein essenzieller Bestandteil des neuen ASTRA TECH Implant System™ EV und wird durch den einzigartigen ASTRA TECH Implant System BioManagement Complex unterstützt.

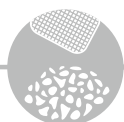
Weitere Informationen finden Sie unter
www.jointheev.de



STEPPS™



SIMPLANT™



SYMBIOS™



ANKYLOS™



ATLANTIS™

ASTRA TECH
IMPLANT SYSTEM

XiVE™