

IMPLANTOLOGIE

3
2016

Journal

Fachbeitrag | **Paro**

Prävention von Komplikationen
in der Implantologie

Seite 12

CME | **DGZI Peer-reviewed**

Gesamtkonzept zur Versorgung eines
Oberkiefers mit Indikationsklasse IIIa

Seite 18

DGZI intern

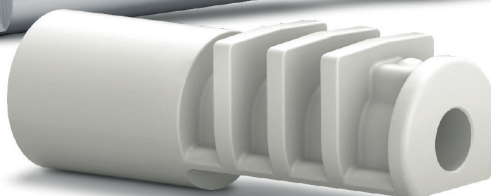
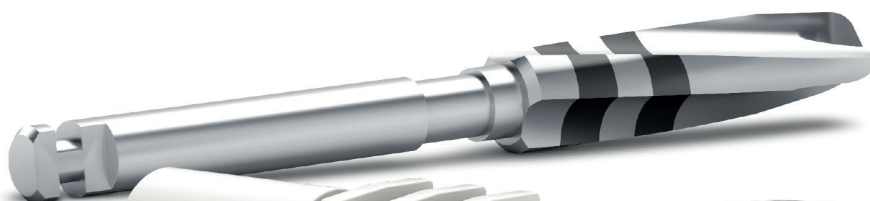
DGZI New Generation rockt
die Hamburger Hafencity

Seite 38

Markt | **Interview**

„Kontinuität und Verlässlichkeit
sowie innovative Produktlösungen“

Seite 50



NSK

CREATE IT.

SYNERGIE

für die IMPLANTOLOGIE



Surgic Pro

Chirurgisches Mikromotoren-System

VarioSurg 3

Ultraschall-Chirurgiesystem

AKTIONSPREISE

vom 01. März bis 30. Juni 2016

SPARPAKET S5

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



8.999 €*
11.549 €*

Sparen Sie
2.550€



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.

Die Y-Generation in der DGZI – Neuland entdecken

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Aus- und Weiterbildung unserer bereits im Jahre 1970 gegründeten DGZI liegt und lag dem Vorstand seit nun mehr als 46 Jahren sehr am Herzen. Die DGZI hat maßgeblich zur Ausbildung der Kollegen beigetragen. So wurden bereits im Jahre 1990 die sogenannten Studiengruppen der DGZI gegründet. Hier handelte es sich um kleine Lerngruppen, in denen neue Techniken, aber auch die Präsentation entsprechender Fälle geübt wurden.

Seit drei Jahren ist neuer Wind in die Studiengruppen gekommen. Die sogenannte Young Generation Studiengruppe wurde gegründet. Zuerst in Köln und nachfolgend dann vor zwei Jahren in Hamburg unter der Leitung von Dr. Navid Salehi, der mittlerweile auch Mitglied des erweiterten Vorstandes ist. Wir haben bereits mehrmals von den vielfältigen Aktivitäten unserer jungen Kollegen berichtet. Unterstützt werden die Leiter der Studiengruppen Dr. Umut

Baysal und Dr. Navid Salehi seit letztem Jahr auch von Dr. Markus Quitzke, ebenfalls Mitglied des erweiterten Vorstandes. Die jungen Kollegen haben es sich zur Aufgabe gemacht, nun auch in der Bundeshauptstadt eine entsprechende Studiengruppe zu gründen. Dies wird das Highlight in diesem Jahr sein. Die Organisation und Leitung der Studiengruppe wird Dr. Rabi Omari haben. So wird am 19. März 2016 in Berlin im Hotel The Westin Grand Berlin die Neugründung stattfinden. Wie groß das Bedürfnis der jungen Kollegen an einer solchen kollegialen Zusammenkunft ist, zeigt sich in der Tatsache, dass sich innerhalb kürzester Zeit über 90 Kollegen für die Gründungsversammlung angemeldet haben. Die Veranstaltung wird mit 4 Fortbildungspunkten bewertet und sie erhalten ein entsprechendes Zertifikat. Sollten Sie im Großraum Berlin leben und Interesse haben, dann können Sie sich noch kurzfristig in unserer Geschäftsstelle in Düsseldorf sekretariat@dgzi-info.de anmelden.



Des Weiteren wünsche ich Ihnen eine abermals erkenntnisreiche und anregende Lektüre unseres Implantologie Journals. In diesem Sinne verbleibe ich mit freundlichen kollegialen Grüßen.



Dr. Rolf Vollmer
DGZI-Vizepräsident

Editorial

- 3 Die Y-Generation in der DGZI – Neuland entdecken
Dr. Rolf Vollmer

Fachbeitrag | Chirurgie

- 6 Anwendung einer neuen resorbierbaren Kollagenmembran
Priv.-Doz. Dr. med. dent. Sven Rinke, M.Sc., M.Sc., Dr. med. dent. Michael Jablonski

Fachbeitrag | Parodontologie

- 12 Prävention von Komplikationen in der Implantologie
Dr. Nikolaos Papagiannoulis, Dr. Marius Steigmann

CME | DGZI Peer-reviewed



- 18 Gesamtkonzept zur Versorgung eines Oberkiefers mit Indikationsklasse IIIa
Dr. Albert Holler, Dr. med. dent. Marc-André Grundl, ZTM Kurt Illing

Fachbeitrag | Prothetik

- 26 Definitive Sofortversorgung eines parodontal kompromittierten Patienten mit sechs Implantaten
Dr. Horst Schubert, Dr. Jörg Huberth, ZTM Michael Föbel

Marktübersicht | Systeme und Oberflächen

- 32 Implantatoberflächen
Jürgen Isbaner
- 34 Anbieter und Produkte Systeme und Oberflächen

DGZI intern

- 38 DGZI New Generation rockt die Hamburger Hafencity
- 40 DGZI Implant Dentistry Award 2016
- 42 Studiengruppen & Geburtstage

Markt | Produktinformationen

- 48 Schonend operieren dank technologischer Präzision
Jenny Hoffmann

Markt | Interview

- 50 „Kontinuität und Verlässlichkeit sowie innovative Produktlösungen“
- 54 Lebensqualität, Zusammenarbeit und feste Zähne

Nachruf

- 58 Dr. Richard J. Meissen, M.Sc.

Events

- 64 Initiativen und Neuerungen bei der deutschen ITI Sektion
Dr. Georg Bach
- 70 Auch die 15. Unnaer Implantologietage waren ein großer Erfolg
- 72 1. REGENERATIONSFORUM Implantologie & Parodontologie
Lisa Meißner

- 76 Vorschau

CME | Webinar



- 79 Webinar

44 Markt | Produktinformationen

61 News

80 Tipp

82 Termine/Impressum



Titelbild: CAMLOG Vertriebs GmbH



Das Implantologie Journal ist die offizielle Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.

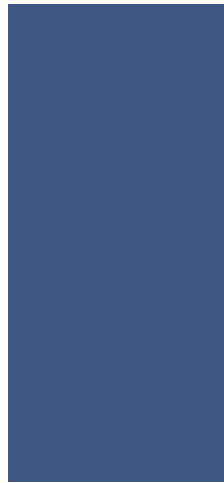


6. INTERNATIONALER

CAMLOG KONGRESS

9.–11. JUNI 2016

KRAKAU, POLEN



TACKLING EVERYDAY CHALLENGES

Am 6. Internationalen CAMLOG Kongress richtet sich unsere Aufmerksamkeit ganz auf wissenschaftlich fundierte und praxisorientierte Lösungen. Erleben Sie praktische Hands-on Workshops, einen wegweisenden Vor-Kongress zur digitalen Implantologie und abwechslungsreiche Vorträge. Nehmen Sie an interaktiven Diskussionen teil und treffen Sie international bekannte Referenten in der Network-Lounge – all dies in entspannter Atmosphäre. Das attraktive Kongressgebäude ICE in Krakau bietet dafür die perfekte Plattform. Krakau, Stätte des UNESCO Weltkulturerbes, ist lebendig, faszinierend und begeistert in vielerlei Hinsicht. Weitere Highlights für Sie sind der Special Speaker, die legendäre CAMLOG Party und die attraktiven Partnerprogramme.

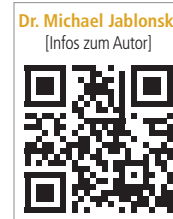
Melden Sie sich frühzeitig an – wir freuen uns auf Sie!

Informationen und Anmeldung:
www.camlogcongress.com

Direktflüge ab:
Dortmund, Berlin, Frankfurt,
München und Stuttgart



Der vorliegende Fallbericht setzt sich mit der Anwendung einer resorbierbaren Kollagenmembran auseinander und vergleicht diese mit den langjährig bewährten resorbierbaren Membranen aus nativem Kollagen. Dabei werden Vor- und Nachteile dargelegt und auf bisherige klinische Studien eingegangen.



Anwendung einer neuen resorbierbaren Kollagenmembran

Ergebnisse einer praxisbasierten Fallserie

Priv.-Doz. Dr. med. dent. Sven Rinke, M.Sc., M.Sc., Dr. med. dent. Michael Jablonski

Die gesteuerte Knochenregeneration (GBR) kann heutzutage als therapeutisches Standardverfahren zum Aufbau knöcherner Defekte in der Implantologie sowie in der Oral- und Kieferchirurgie angesehen werden.⁴ Aktuelle systematische Reviews zeigen, dass die GBR-Technik ein zuverlässiges Verfahren, insbesondere zum horizontalen Aufbau des Alveolarfortsatzes, darstellt.^{3,5,6} Das Prinzip dieses Verfahrens beruht auf der Isolation potenziell regenerativer Zelltypen durch den Einsatz resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Membranen.^{1,10,12} Neben der Barrierefunktion müssen Membranen für die GBR-Technik eine hohe Biokompatibilität und Formstabilität sowie ein einfaches Handling aufweisen.^{1,9} Während in der Anfangsphase der GBR-Technik überwiegend nicht resorbierbare Membranen eingesetzt wurden, sind heutzutage in der klinischen Anwendung vermehrt resorbierbare Membranen verbreitet, die aus bovinem und porkinem Kollagen Typ I und III gewonnen werden.^{10–12,14,16} Für den Einsatz von Kollagen spricht die Tatsache, dass es eine strukturelle Komponente besitzt und eine aktive Rolle bei der Ausbildung des Blutkoagulums spielt (hämostatische Eigenschaft). Somit kann es den Wundbereich stabilisieren. Weiterhin hat Kollagen eine chemotaktische Wirkung auf desmodontale

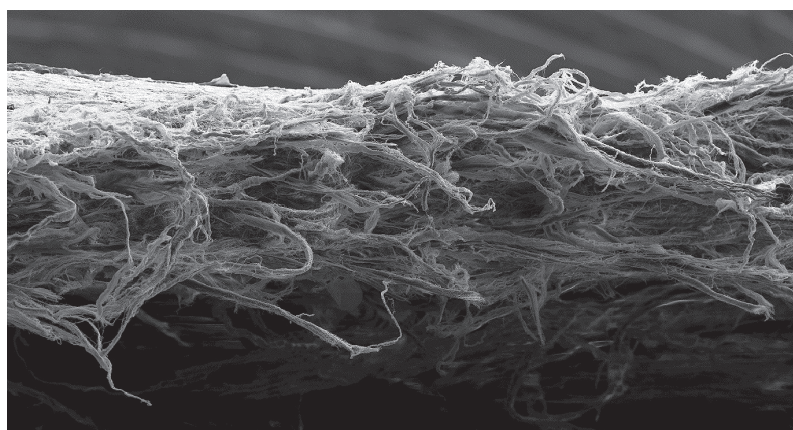


Abb. 1: Rasterelektronenmikroskopische Darstellung der Mikrostruktur der Membran creos xenoprotect (© Schüpbach Ltd., Schweiz).

Fibroblasten (Gewebeintegration) und es besitzt semipermeable Eigenschaften (transmembranöse Angiogenese).^{1,4,16} Kollagenbarrieren sind in tierexperimentellen Untersuchungen und auch in Studien mit Patienten umfassend untersucht worden – die klinischen Ergebnisse sind mit denen nicht resorbierbarer Membranen vergleichbar.^{4,7,8,14–16} Kollagenmembranen zeigen in diesem Vergleich auch eine niedrigere Inzidenz spontaner Expositionen.¹⁵ Darüber hinaus verläuft die Weichgewebsheilung mit Kollagenbarrieren nach einer Exposition infektionsfrei.^{1,14–16} Ein potenzieller Nachteil des nativen Kollagens ist jedoch seine verhältnismäßig kurze Standzeit, da es rasch durch gewebespezifische Pro-

teasen, Kollagenasen und Makrophagen abgebaut wird.^{2,4,15,16} Aus diesem Grund sind die Anforderungen an die Standzeit und die Formstabilität – insbesondere bei der Augmentation großvolumiger Defekte, bei denen von einer insgesamt längeren Regenerationszeit auszugehen ist – erhöht.¹ Zur Verbesserung der Barrierefunktion und Formstabilität nativer kollagener Membranen werden bereits seit mehreren Jahren unterschiedliche Verfahren zur Quervernetzung (Druck, Temperatur, UV-Licht, chemische und enzymatische Behandlungen) eingesetzt.^{2,15,17} Dies führt zu steiferen Kollagenmembranen und verlangsamt enzymatischer Degradierung. In tierexperimentellen



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.

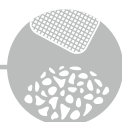
Weitere Informationen finden Sie unter
www.jointheev.de



STEPPS™



SIMPLANT™



SYMBIOS™



ANKYLOS™



ATLANTIS™

**ASTRA TECH
IMPLANT SYSTEM**

XiVE

Untersuchungen zeigte sich, dass die Resorption quervernetzter kollagener Membranen deutlich verlangsamt erfolgt. Gleichzeitig werden mit steigendem Quervernetzungsgrad auch die Biokompatibilität und die Gewebeeintegration negativ beeinflusst. Entsprechend zeigten insbesondere chemisch quervernetzte Kollagenmembranen ein höheres Risiko von Wunddehissenzen und Membranexpositionen.^{4,14–16}

Neuere Entwicklungen im Bereich der bioresorbierbaren Barrieremembranen haben sich daher auf die Entwicklung von Kollagenmembranen mit verlängerter Standzeit fokussiert, ohne dabei die Komplikationsraten zu erhöhen.^{2,9,17} Mit dem Verzicht auf eine chemische Quervernetzung wurde ein wesentlicher Schritt in diese Richtung getan.^{9,15}

Resorbierbare, nicht quervernetzte Kollagenmembranen (creos xenoprotect, Nobel Biocare Deutschland GmbH), die aus einem faserigen Netzwerk porkiner Kollagen- und Elastinfasern bestehen (Abb. 1), zeigten in histologischen Untersuchungen eine deutlich verlängerte Resorptionszeit und verbesserte Revascularisation sowie eine vergleichbare

Biokompatibilität und Gewebeeintegration wie Membranen aus nativem Kollagen.² In weiteren Untersuchungen wies das Material im Vergleich zu anderen resorbierbaren Membranen eine verbesserte Dehnbarkeit und eine signifikant erhöhte Nahtstabilität auf.¹⁷

Erste Ergebnisse klinischer Untersuchungen belegen zudem eine Dehisenzrate, die mit den in der Literatur beschriebenen Expositionsraten für resorbierbare Membranen aus nativem Kollagen vergleichbar ist.^{3,5,6,14–16,18}

Zielsetzung der hier vorliegenden Fallserie war es, die klinische Bewährung von GBR-Maßnahmen unter Verwendung einer neu entwickelten, nicht quervernetzten, resorbierbaren Kollagenmembran unter den typischen Anwendungsbedingungen einer zahnärztlichen Praxis zu dokumentieren. Hauptzielparameter stellte dabei die Ermittlung der Dehisenzrate bei ausgedehnten lateralen Augmentationen mit kombinierter Anwendung autogener Knochenblockaugmentate und bovinem deproteinisiertem Knochenersatzmaterial (Bio-Oss, Geistlich Biomaterials) dar. Der zweite in dieser Anwendungsbeobachtung er-

fasste Indikationsbereich stellt die externe Sinusbodenaugmentation mit ausschließlicher Anwendung von bovinem deproteinisiertem Knochenersatzmaterial dar.

Material und Methode

Die vorliegende prospektive Fallserie beschreibt eine Nachuntersuchung teilbezahnter Patienten mit der Indikation zur ausgedehnten Augmentation im Rahmen einer implantatprothetischen Versorgung. Die Behandlung erfolgte von Januar bis November 2015 in einer privaten zahnärztlichen Praxis. In die Fallserie wurden Patienten eingeschlossen, die folgende Kriterien erfüllten:

- Indikation zur horizontalen Augmentation mit kombinierter Anwendung von autogenen retromolaren Knochenblocktransplantaten und xenogenem Knochenersatzmaterial
- Indikation zum externen Sinuslift mit lateralem Zugang

Patienten mit der Indikation für eine zusätzliche vertikale Augmentation wurden ausgeschlossen.

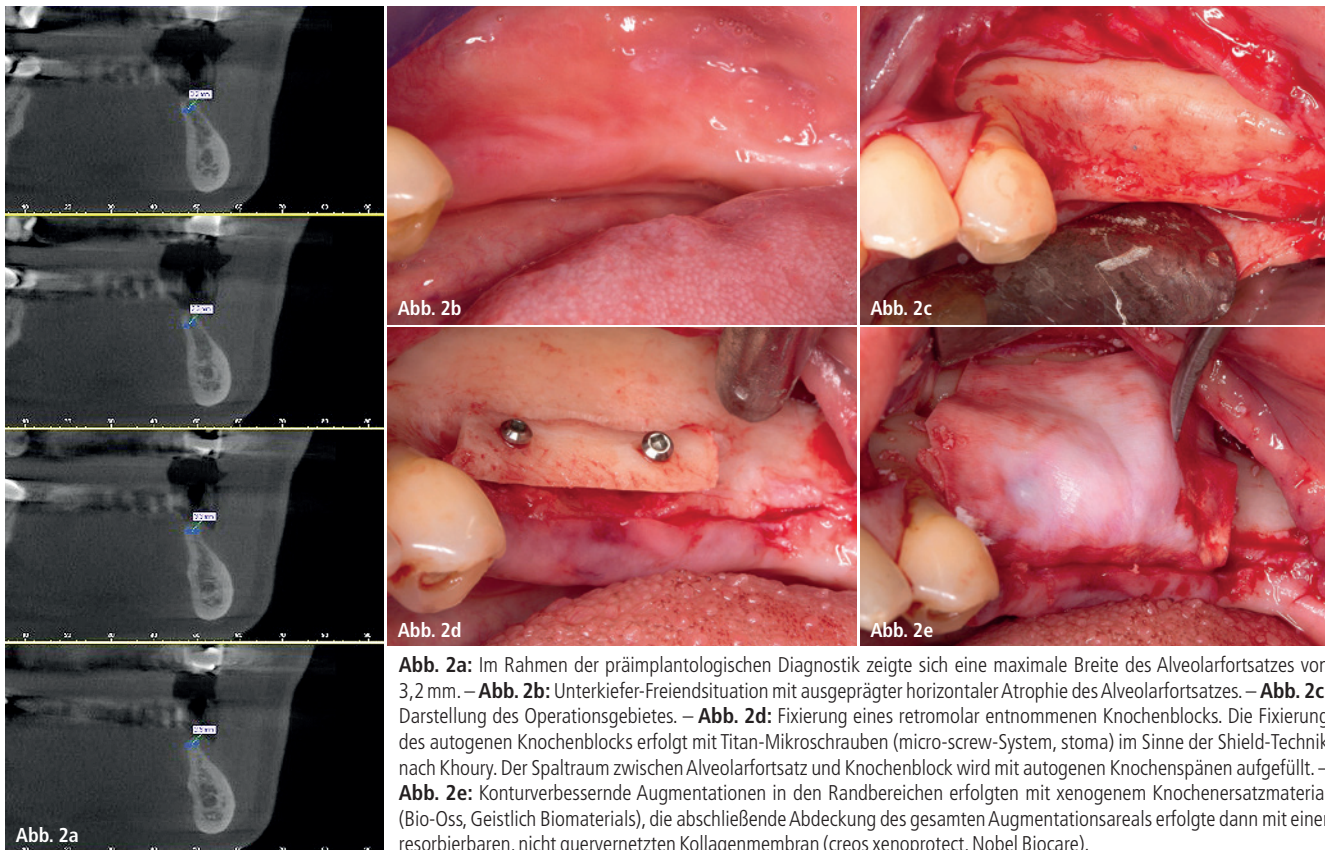


Abb. 2a: Im Rahmen der präimplantologischen Diagnostik zeigte sich eine maximale Breite des Alveolarfortsatzes von 3,2 mm. – **Abb. 2b:** Unterkiefer-Freisituationsituation mit ausgeprägter horizontaler Atrophie des Alveolarfortsatzes. – **Abb. 2c:** Darstellung des Operationsgebietes. – **Abb. 2d:** Fixierung eines retromolar entnommenen Knochenblocks. Die Fixierung des autogenen Knochenblocks erfolgt mit Titan-Mikroschrauben (micro-screw-System, stoma) im Sinne der Shield-Technik nach Khoury. Der Spalt zwischen Alveolarfortsatz und Knochenblock wird mit autogenen Knochenspänen aufgefüllt. – **Abb. 2e:** Konturverbessernde Augmentationen in den Randbereichen erfolgten mit xenogenem Knochenersatzmaterial (Bio-Oss, Geistlich Biomaterials), die abschließende Abdeckung des gesamten Augmentationsareals erfolgte dann mit einer resorbierbaren, nicht quervernetzten Kollagenmembran (creos xenoprotect, Nobel Biocare).

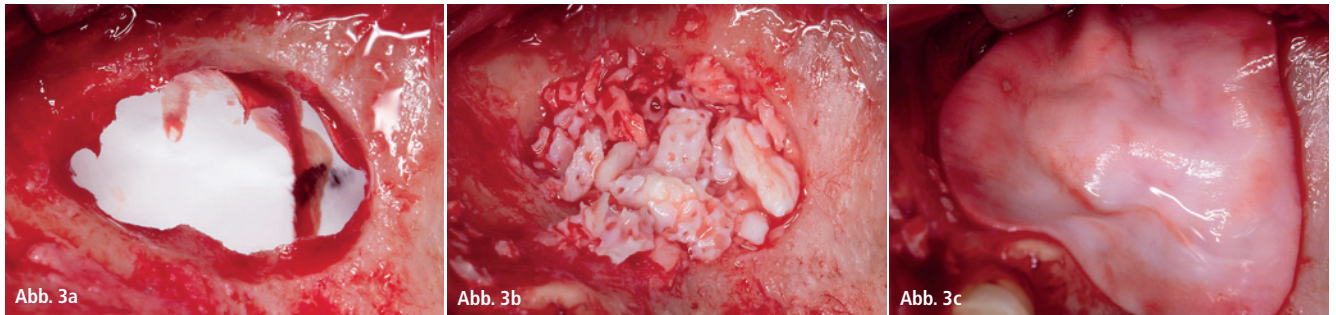


Abb. 3a: Abdeckung einer intraoperativen Perforation der Schneider'schen Membran mit einer resorbierbaren Kollagenmembran. – **Abb. 3b:** Auffüllung des subantral geschaffenen Hohlraumes mit xenogenem Knochenersatzmaterial. – **Abb. 3c:** Die Abdeckung des lateralen Zugangs erfolgte wiederum mit der resorbierbaren Kollagenmembran.

Im Rahmen der Fallserie wurden ausschließlich eine resorbierbare, nicht quervernetzte Kollagenmembran sowie bovines deproteinisiertes Knochenersatzmaterial eingesetzt. Bei der lateralen Augmentation erfolgte die Fixation der Knochenblöcke mit Titan-Mikroschrauben (micro-screw-System nach Prof. Khoury, Stoma Dentalsysteme GmbH). Die konturverbessernde Augmentation erfolgte mit dem bereits erwähnten xenogenen Knochenersatzmaterial. Abschließend wurde das Augmentat mit der vorgenannten resorbierbaren Kollagenmembran abgedeckt (Abb. 2a–e). Die Fixierung der abdeckenden Membran erfolgte, falls erforderlich, mittels Titan-Pins (FRIOS Membrannägel, DENTSPLY Implants). Die Sinusbodenaugmentationen fand ausschließlich unter Verwendung des gleichen xenogenen Knochenersatzmaterials statt. Die abschließende Abdeckung des lateralen Zugangsfensters erfolgte wiederum mit der bereits erwähnten resorbierbaren Kollagenmembran. Im Falle einer Perforation der Schneider'schen Membran wurde ergänzend eine Abdeckung der Perforation, wiederum mit der gleichen resorbierbaren Kollagenmembran, eingebracht (Abb. 3a–c).

Bei beiden Augmentationsarten erfolgte der spannungsfreie speicheldichte Nahtverschluss nach tiefer Periostschlitzung und ausreichender Mobilisation des Mukoperiostlappens mit einem nicht

resorbierbaren Polyamid-Nahtmaterial (Seralon 5.0, Serag Wiesner). Sämtliche Augmentationsmaßnahmen liefen unter systemischer Antibiose (Amoxicillin 3-mal täglich 1.000 mg oder im Falle einer Penicillin-Allergie Clindamycin 3-mal täglich 300 mg) für jeweils sieben Tage, beginnend einen Tag präoperativ, ab. Die Naht wurde 14 Tage postoperativ entfernt. Die nachfolgende Implantation ereignete sich bei lateralen Augmentationen nach einer minimalen Einheilzeit von vier bis fünf Monaten und bei der Sinusbodenaugmentation nach fünf bis sechs Monaten.

Zielparameter der Fallserie waren die Ermittlung der postoperativen Dehisenzrate für die beiden Augmentationsarten. Im Rahmen der separat durchgeführten Implantation wurde zudem beurteilt, ob eine Implantation ohne weitere augmentative Maßnahmen möglich war oder ob simultan zur Implantation nochmals augmentative Maßnahmen erforderlich waren. Die Datenerhebung für die vorliegende Fallserie wurde durch die Ethikkommission der Georg-August-Universität Göttingen evaluiert und zustimmend beurteilt (Antragsnummer 3/2/10).

Ergebnisse

In der Zeit vom Januar bis Juni 2015 konnten 31 Patienten (13 männlich/18 weiblich, durchschnittliches Alter: 53,2 Jahre) mit einer Indikation für eine

horizontale Augmentation oder einem externen Sinuslift im Rahmen einer implantatprothetischen Versorgung identifiziert und behandelt werden.

Bei elf Patienten wurde eine horizontale Augmentation unter kombinierter Anwendung autologer Knochenblöcke und xenogenem Knochenersatzmaterial mit abschließender Membranabdeckung vorgenommen. Bei 20 weiteren Patienten wurde ein externer Sinuslift mit ausschließlicher Anwendung von xenogenem Knochenersatzmaterial und einer Membranabdeckung durchgeführt (Tab. 1). Bei vier dieser 20 Patienten wurde zeitgleich mit der Augmentation die Abdeckung einer intraoperativ festgestellten Perforation der Schneider'schen Membran durchgeführt.

In der Gruppe der lateralen Augmentationen kam es zu einer Wunddehisenz. Die exponierte Membran konnte belassen werden. Die exponierten Areale wurden über einen Zeitraum von fünf Tagen täglich gereinigt (dreiprozentiges Wasserstoffperoxid) und es erfolgte eine lokale antiseptische Therapie mit einprozentigem CHX. Während dieses Zeitraums kam es zum Beginn der sekundären Wundheilung. Ein vollständiger Verschluss der Dehisenz war nach vier Wochen erreicht. Die patientenbezogene Dehisenzrate wurde mit 8,3 Prozent ermittelt. Es kam zu keinem vollständigen Verlust eines Augmentates (Tab. 1).

Indikation	Patienten	Dehisenzquote	Implantation möglich	Sekundäre Augmentation erforderlich
Horizontale Augmentation	11	9,1 %	100 %	18 %
Externer Sinuslift	20	5 %	100 %	0 %

Tab. 1: Verteilung der Patienten auf die beiden Indikationsgruppen und deskriptive Erfassung der Komplikationsquote.

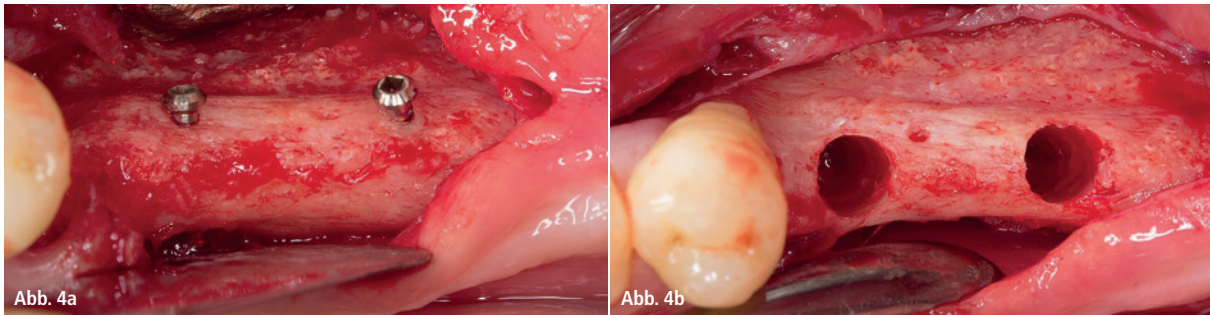


Abb. 4a: Augmentierter Bereich (Fall aus Abb. 2) nach viermonatiger Einheilung des Augmentats. – **Abb. 4b:** Nach Entfernung der Fixationsschrauben können die Implantatbettauflbereitung und Implantatinsertion ohne weitere augmentative Maßnahmen erfolgen.

Bei den 19 Patienten mit einer externen Sinusbodenelevation wurde ebenfalls eine Dehiszenz festgestellt, die in analoger Weise wie die Dehiszenz bei der horizontalen Augmentation aufgetreten war. Auch in diesem Fall kam es innerhalb von einer Woche zum Beginn der sekundären Wundheilung, und die Dehiszenz war bei der Kontrolle vier Wochen postoperativ vollständig verschlossen. Die Dehiszenzrate bei den externen Sinusliftaugmentationen betrug 5,3 Prozent. Eine Infektion oder ein vollständiger Verlust des Augmentates wurde nicht beobachtet (Tab. 1).

In allen Fällen war nach einer Einheilzeit zwischen vier und sechs Monaten eine Implantation möglich. Bei den 19 Patienten mit einer externen Sinusbodenelevation waren in keinem Fall weitere augmentative Maßnahmen zeitgleich mit der Implantation erforderlich. Demgegenüber war bei den elf Patienten mit einer lateralen Augmentation bei zwei Patienten zusammen mit der Implantation noch einmal eine augmentative Maßnahme erforderlich, da es im Rahmen der Implantatbettauflbereitung zu Dehiszenzen im Bereich der Implantatshulter kam (Tab. 1). Bei einem dieser Fälle handelte es sich um den Patienten, bei dem eine Wunddehiszenz festgestellt wurde. Die augmentativen Maßnahmen erfolgten unter ausschließlicher Anwendung von xenogenem Knochenersatzmaterial und resorbierbarer, nicht quervernetzter Kollagenmembran. In den verbleibenden neun Fällen konnten die Implantate ohne weitere Augmentationsverfahren inseriert werden (Abb. 4a und b). Alle inserierten Implantate heilten komplikationslos ein und konnten prothetisch versorgt werden.

Diskussion

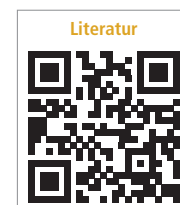
Im Rahmen dieser prospektiven Fallserie konnten Dehiszenzraten im Bereich von fünf bis acht Prozent für die Indikationen „Horizontale Augmentation“ und „Externer Sinuslift“ festgestellt werden. Diese Dehiszenzraten sind vergleichbar mit den Werten, die für bereits langjährig im Markt etablierte resorbierbare Kollagenmembranen beschrieben sind.^{3,5,6,14–16} Die Ergebnisse sind zudem vergleichbar mit den Dehiszenzraten, von denen Wessing et al. (2015) im Rahmen einer Fallserie berichten, in der die gleiche Membran wie in der vorliegenden Fallserie verwendet wurde.¹⁸ In dieser Studie mit 36 Patienten und der Versorgung von 49 Defekten wurde eine Dehiszenzrate von zwölf Prozent ermittelt. Unter Berücksichtigung der geringen Fallzahl scheint die in dieser Fallserie verwendete resorbierbare, nicht quervernetzte Kollagenmembran eine vergleichsweise geringe Dehiszenzrate in typischen Anwendungsindikationen (horizontale Augmentation/externer Sinuslift) aufzuweisen. Die bereits in In-vitro-Untersuchungen^{2,17} nachgewiesenen verbesserten mechanischen Eigenschaften (erhöhte Reißfestigkeit) und die verzögerte biologische Degradation, die zu einer verlängerten Barrierefunktion führt, scheinen dabei nicht wie bei chemisch quervernetzten Membranen mit einem erhöhten biologischen Komplikationsrisiko (Dehiszenzen) verbunden zu sein.¹⁵ Trotz ermutigender erster klinischer Ergebnisse sind insbesondere weitere klinische Untersuchungen mit größeren Fallzahlen notwendig, um die potenziellen Vorteile dieses neuen Membrantyps klinisch zu verifizieren.

Schlussfolgerungen

Die in der vorliegenden praxisbasierten Fallserie verwendete resorbierbare Kollagenmembran bietet eine interessante Alternative zu den langjährig bewährten resorbierbaren Membranen aus nativem Kollagen. Diese Membran vereint die positiven Eigenschaften eines einfachen Handlings mit verlängerter Resorptionszeit und die bekannt gute Biokompatibilität von Kollagenmembranen. Diese Kombination ist insbesondere bei ausgedehnten Augmentationen mit der GBR-Technik interessant und scheint nicht wie bei chemisch quervernetzten Membranen mit einem erhöhten Dehiszenzrisiko verbunden zu sein. Die initial positiven klinischen Erfahrungen sollten jedoch noch durch weitere klinische Untersuchungen abgesichert werden.

Danksagung

Die Durchführung dieser Fallserie wurde von Nobel Biocare durch die kostenfreie Zurverfügungstellung der resorbierbaren Kollagenmembranen unterstützt.



Kontakt

Priv.-Doz. Dr. med. dent. Sven Rinke, M.Sc., M.Sc.
Dr. med. dent. Michael Jablonski
 ÜBAG Priv.-Doz. Dr. S. Rinke,
 Dr. M. Jablonski & Kollegen
 Geleitstraße 68, 63456 Hanau
 rinke@ihr-laecheln.com
 jablonski@ihr-laecheln.com



Ein vielversprechender neuer Tag

Gemeinsam erreichen wir mehr

Zimmer Dental und BIOMET **3i** haben ihre Kräfte vereint, um ein weltweit führender Anbieter von Lösungen für die Mundgesundheit zu werden.

Mit unserem Engagement unterstützen wir Sie dabei, außergewöhnliche Ergebnisse für Ihre Patienten zu erreichen. Wir liefern Ihnen auch weiterhin modernste Lösungen, verbunden mit herausragendem Kundenservice und technischem Support.

Gemeinsam verfügen wir über 62 Jahre Erfahrung in der Dentalindustrie. Damit bieten wir Ihnen ein umfassendes Produktportfolio, Fortbildungsmöglichkeiten von Weltklasseformat sowie einen reaktionsschnellen, persönlichen Service.

Um mehr über das neue Unternehmen Zimmer Biomet zu erfahren, besuchen Sie bitte: zimmerbiomet.com.

**Es zählt nicht nur, was wir machen...
es zählt, was wir möglich machen.**

Aufgrund behördlicher Anforderungen verkaufen wir weiterhin Produkte unter Zimmer Dental Inc. bzw. BIOMET 3i LLC, bis die Produktkennzeichnung konsolidiert ist.



ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.™

ADEMEA042G REV B 09/15

Die Prävention von Komplikationen in der Implantologie beginnt mit der Ursachenforschung des Zahnverlustes bzw. des Krankheitsbildes. Auch die Behebung von Komplikationen und die Periimplantitistherapie basieren auf dem wahren Grund des pathologischen Befundes. Der folgende Artikel dokumentiert ein solches Beispiel und zeigt in diesem Zusammenhang die Möglichkeiten und Limitationen, sowohl der Ursachenforschung als auch der implantologischen Therapieansätze, auf.



Prävention von Komplikationen in der Implantologie

Dr. Nikolaos Papagiannoulis, Dr. Marius Steigmann

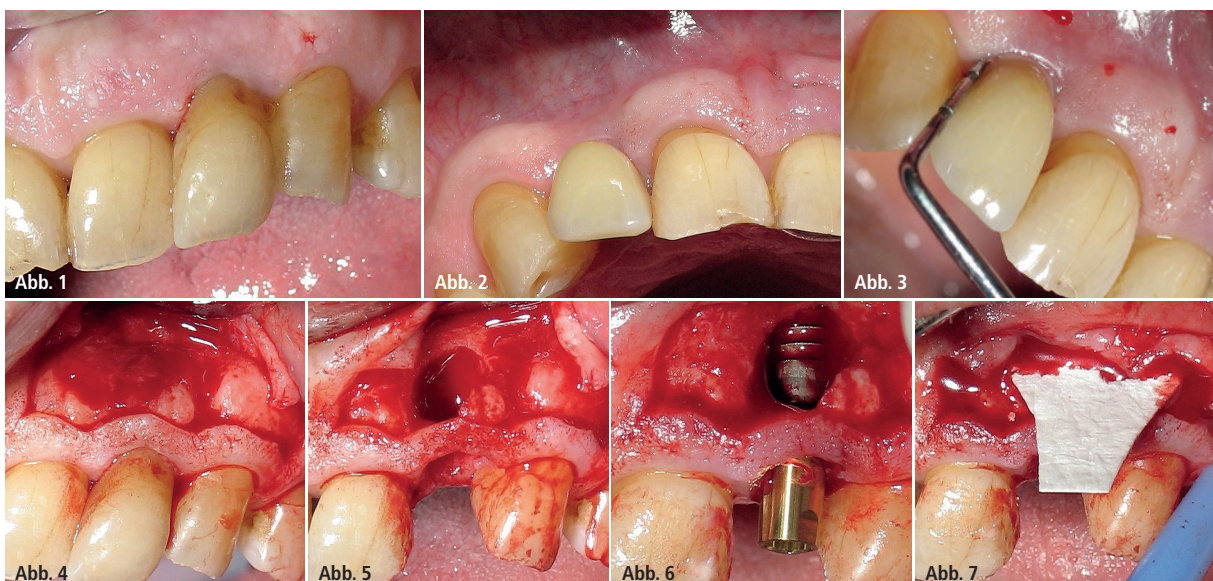
Im vorliegenden Fall hat sich der Patient mit dem Wunsch (neben Beseitigung der Zahnlücken 26 und 46) nach Behandlung des lockeren Zahnes 22 vorgestellt. Die klinische Untersuchung ergab zunächst eine Lockerung von Grad II und eine Sulkus-Sondierungstiefe (SST) von 5 mm. Bei der Überprüfung der Okklusion wies der Zahn 22 starke Kontakte bei der Schlussbisslage auf. Bei der Protrusion gab der Zahn nach und kippte nach labial, entlastete sich dann erst nach Kopfzahnlage der Frontzähne. Perkussion und apikale Palpation waren unauffällig (Abb. 1).

Gleichzeitig zeigte die fünf Jahre alte Implantatkrone 12 eine SST von 7–8 mm und Pusaustritt bei koronaler Palpation. Eine Lockerung oder apikaler Druckpunkt waren nicht festzustellen. Vestibulär war ein deutliches horizontales Knochendefizit feststellbar. Das hier inserierte Implantat war ein One-Piece Implantat Ø 3,0 mm (Abb. 2 und 3).

Planung

Der Zahn 22 wurde als nicht erhaltungswürdig eingestuft. Weder eine Schienung noch eine parodontologi-

sche Behandlung wäre in diesem Fall imstande, die Lockerung des Zahnes zu verbessern. Das Gewebe um den Zahn herum war reizlos und ohne Weichgewebsdefekte. Die bukkale Lamelle war nur koronal und apikal vorhanden. Eine Fenestration erstreckte sich im mittleren Teil der Alveole und war klinisch palpabel. Da wir keine Anzeichen einer aktiven Parodontitis feststellen konnten, haben wir uns für die Sofortimplantation entschieden. Präoperativ wurde eine Abformung durchgeführt und eine Marylandbrücke als provisorische Versorgung angefertigt.



Nobel Biocare
Global-Symposium 2016
Donnerstag, 23. Juni 2016 bis Sonntag, 26. Juni 2016, New York
(Deutschsprachiges Auftakt-Symposium, Mittwoch, 22. Juni 2016)
Melden Sie sich jetzt an unter nobelbiocare.com

IN 2.5 UMDREHUNGEN VOM START ZU STABIL!

Das Implantat für den Profi.

NobelActive®

Das Implantat mit der höchsten,
bewährten Primärstabilität für die
Sofortimplantation. FDA-approved.



goo.gl/MrqFnL

Finden Sie auf unserer Website
Ihre gewünschte Fortbildung.
Scannen Sie einfach den QR Code ein.



100 Euro Gutschein

sichern für einen NobelActive®-
Expertenkurs 2016 Ihrer Wahl!

Einfach ausfüllen und per Fax an **+49 221 500 85 352**
oder rufen Sie uns an unter **+49 221 500 85 590**.

Name, Vorname _____

E-Mail/Telefon/Fax _____

Unterschrift/Stempel _____



nobelbiocare.com

Dieses Angebot ist ungültig, wo gesetzlich verboten. Es gelten unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen.
Rabattaktionen auf Kurse & Fortbildungen sind nicht kumulativ.

Der Zahn 12 musste aufgrund der bedenklichen SST behandelt werden. Die Behandlung von Periimplantitis an One-Piece Implantaten ist schwierig, weil keine plastische Deckung möglich ist. Zugleich ist eine Implantoplastie bei einem Ø 3,0 mm-Implantat kontraindiziert, weil die Bruchgefahr sehr ansteigt. In diesem Fall haben wir uns für eine offene chirurgische Behandlung des Implantates entschieden.

Chirurgie

Der Faserapparat des Zahnes 22 wurde vorsichtig mit dem Periotom gelöst. Anschließend wurde ein Esthetic Buccal Flap (nach Steigmann) präpariert. Mesial erstreckte sich der Lappen bis zum Lippenband und nach distal, distal des Eckzahnes (aus ästhetischen Gründen). Die Entlastungsschnitte reichten vorerst nur bis zur mukogingivalen Grenze. Nach koronal wurde der Lappen in die keratinisierte Gingiva mit knöcherner Unterstützung gesetzt. Die Girlandenform diente der besseren Adaptation bei der Wundversorgung.

Die Präparation des Lappens zeigte eine Perforation der bukkalen Wand, von ca. 8 mm nach apikal, beginnend 2 mm unter dem Limbus alveolaris. Der Zahn wurde zusammen mit dem Granulationsgewebe entfernt und hinterließ eine fast vollständig saubere Alveole (Abb. 4 und 5). Es wurde ein Implantat (Ø 3,8 mm, Länge 12 mm) ca. 2 mm subkrestal (am obersten Rand der Perforation) gesetzt. Apikal griff die Implantatspitze ca. 4 mm im Knochen (Abb. 6). Das mitgelieferte Abutment als Einbringpfosten hilft schon bei der Implantation zur Beurteilung der Implantatpositionierung. Der Spalt zwischen Implantat und bukkaler Wand wurde mit autologem Knochen aus Spina nasalis anterior gefüllt. Zusätzlich wurde bukkal außerhalb des

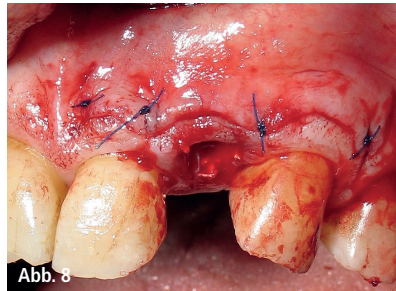


Abb. 8

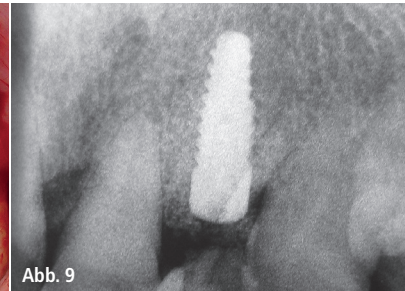


Abb. 9

knöchernen Umschlages ein ca. 2 mm dicke Schicht Hydroxylapatit (HA) gelegt. Über den Implantat Hals wurde ebenso HA eingesetzt. Der Defekt wurde mit einer Kollagenmembran abgedeckt. Die Membran wurde mithilfe einer Schablone aus Alufolie zurechtgeschnitten und krestal unter der Zahnfleischbrücke über das Implantat palatinal unter der Gingiva fixiert (Abb. 7).

Die Spitzen des Lappens wurden mit 5-0 Prolene double loop single knot Nähten adaptiert. Der Rest wurde mit 6-0 Einzelknopfnähten verschlossen (Abb. 8). Das postoperative Röntgenbild zeigt das Implantat inseriert subkrestal und 4 mm unterhalb der Schmelz-Zement-Grenze der Nachbarzähne (Abb. 9).

Eine Woche später wurde die Marylandbrücke eingesetzt und es konnte sich dem Zahn 12 gewidmet werden. Da die Verhältnisse unter der Gingiva unklar waren, wurde sich für einen Dreieckslappen entschieden. Mesial dehnte er sich nur bis zur Papilla des Zahnes 11 aus, ohne sie vollständig zu lösen. Distal reichte der Lappen bis zur distalen Papilla des Zahnes 13. Um die Papilla nicht anzuheben, wurde unter die knöcherne Unterstützung 45 Grad nach distoapikal geschnitten und noch in der keratinisierten Gingiva vertikal bis zur mukogingivalen Grenze entlastet (Abb. 10). Die Darstellung des Defektes zeigte einen Krater ohne horizontalen Knochenverlust. Der Krater reicht distal bis zum Parodontium

des Zahnes 13. Der vertikale Defekt war ca. 3 mm und die bukkale Wand sehr ausgedünnt, aber noch intakt. Das Infiltrationsgewebe wurde vorsichtig entfernt (Rosenbohrer und Ultraschall) (Abb. 11). Die Implantatoberfläche wurde mit speziellen Bürsten gereinigt. Anschließend wurde sie mit Oxytetracyclin für fünf Minuten dekontaminiert (Abb. 12). Der Spalt zwischen Implantat und bukkaler Wand (1–1,5 mm breit) wurde mit HA aufgefüllt. Zusätzlich wurde eine dünne Schicht HA (1 mm) auf die bukkale Lamelle gelegt (Abb. 13). Der Defekt wurde mit einer langsam resorbierbaren Membran (24 Wochen) bedeckt. In derselben Sitzung wurde der Approximalkontakt zu 13 verkleinert und nach koronal reduziert. Der Interdentalraum wurde apikal des Approximalkontaktes verbreitert. Der Verschluss erfolgte wie im zweiten Quadranten.

Freilegung und prothetische Versorgung

Nach vier Monaten wurde das Implantat 22 freigelegt (Abb. 14–17). Zu diesem Zeitpunkt war das Implantat 12, nach erneuter klinische Untersuchung, unauffällig und ohne pathologischen Befund. Ein Standard-Gingivaformer wurde an 22 für zwei Wochen inseriert. Nach weiteren zwei Wochen wurde die definitive Krone auf ein Standardabutment eingesetzt (Abb. 18).

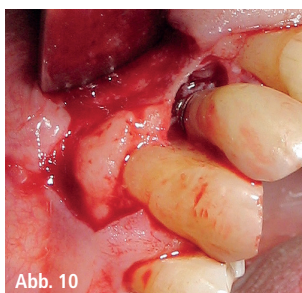


Abb. 10



Abb. 11

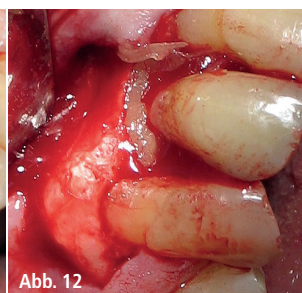


Abb. 12

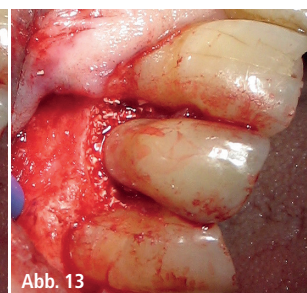


Abb. 13



Mehr als die doppelte Reißfestigkeit im Vergleich zur Konkurrenz!*

creos™ ist einfach in der Handhabung und
verlässlich in der Funktion.

Die natürliche Barrieremembran lässt sich dank
ihrer hohen Reißfestigkeit hervorragend in
Form bringen. Das einfache Handling reduziert
die Behandlungszeit und gewährleistet die
sichere Abdeckung der Knochendefekte. creos
eignet sich für Verfahren der gesteuerten
Knochen- (GBR) sowie Geweberegeneration
(GTR).

- Marktführend in der Reißfestigkeit
- Einfaches Handling
- Deutlich verlängerte Barrierefunktion
(12 bis 16 Wochen)
- Erhältlich in drei verschiedenen Größen:
15 x 20 mm, 25 x 30 mm und 30 x 40 mm

Die Membran, mit der Sie mehr machen können!

5.5 N/mm²

Bio-Gide®

11.4 N/mm²*

creos™
xenoprotect

Reißfestigkeit



DEMO-Video
creos.com



Das operative Handling ist unvergleichbar
einfach. Überzeugen Sie sich selbst!
Sie werden den Unterschied sofort spüren.

*Bozkurt A, Apel C, Sellhaus B, van Neerven D, Wessing B, Hilgers R-D, Pallua N.
Differences in degradation of two non-cross-linked collagen barrier membranes: an in vitro and in vivo study.
Clin. Oral Impl. Res. 25, 2014, 1403-1411



Abb. 14



Abb. 15

Diskussion

Prävention durch Ursachenforschung

Der Grund, warum ein Zahn entfernt werden muss, ist für die Planung der Behandlung maßgeblich. In diesem Fall lag ein Verlust des Faserapparates vor, bedingt wahrscheinlich durch ein sekundäres okklusales Trauma. Es gab keine Anzeichen einer akuten Parodontitis wie Blutung, Pusaustritt oder inflammatorische Befunde des marginalen Zahnfleisches. Ebenso abwesend waren Anzeichen einer kombinierten Paro-Endo-Läsion. Die Nachbarzähne waren gesund, lediglich ein generalisierter horizontaler Knochenabbau wurde festgestellt – bei einem 70-jährigen Patienten durchaus akzeptabel. Die Entscheidung zur Implantation schien eine gute Lösung zur prothetischen Rehabilitation. Die Sofortimplantation wurde bevorzugt, damit das Weichgewebe erhalten werden kann.

Das Implantat 12 zeigte hingegen viele pathologische Befunde einer Periimplantitis: Pusaustritt, erhöhte Sondierungstiefe, reduzierte Hygienemöglichkeit. Allerdings war es beschwerdefrei und dem Patienten erst ersichtlich, als es ihm auf Video gezeigt wurde. Obwohl vestibulär eine erhebliche Resorption der bukkalen Lamelle feststellbar war, war das periimplantäre Gewebe durch den reduzierten Implantatdurchmesser immer noch ausreichend. Sowohl

Weich- als auch Hartgewebe erfüllten die Anforderungen in der Quantität bzw. in den Voraussetzungen einer Periimplantitisbehandlung, so wie sie durchgeführt wurde. Der Abstand zwischen Implantatoberfläche und Außenfläche der bukkalen Wand betrug mindestens 1,5 mm. Auch genügend keratinisierte Gingiva war vorhanden. Als Ursache der Entzündung wurde der geringe Abstand der Krone bzw. des Abutments zu 13 festgelegt und der sehr lange und starke Approximalkontakt. Dadurch war die Reinigung mit der Zahnseide nicht möglich, da der Approximalkontakt sehr stark und flächig war. So wurde der Knochendefekt aufgefüllt und mit einer Membran gedeckt, gleichzeitig der Approximalkontakt reduziert und koronal versetzt. Der Recall ein Jahr nach Behandlung zeigt eine reizlose Situation, Hygiene ist gewährleistet.

Das Implantat 12 zeigt auf der einen Seite die Vorteile durchmesserreduzierter Implantate. Durch kleinere Durchmesser kann das vorhandene Gewebe besser ausgenutzt werden, ohne immer aufbauende Maßnahmen durchführen zu müssen. Das konkav gestaltete Abutment bietet dem Gewebe genügend Platz, um eine neue biologische Breite zu formen. Auf der anderen Seite haben solche Systeme auch Nachteile. Es gibt keine Möglichkeit der Abutmentgestaltung oder -individualisierung. Ein Knochenaufbau ist nur bedingt möglich,

weil man nicht in der Lage ist, eine plastische Deckung durchzuführen. Bei einem anderen klinischen Bild, z.B. falsche Implantatpositionierung oder -neigung, wäre die Periimplantitisbehandlung erschwert oder gar unmöglich.

Prävention durch Gewebestabilität

In dieser Fallpräsentation sehen wir zwei unterschiedliche Wege zur Gewährleistung der Gewebestabilität. Beim One-Piece Implantat 12 wurde ein 3 mm-Durchmesser gewählt. Ohne dass wir natürlich die Ausgangssituation genau beurteilen können, wurde dadurch die Mindestbreite des vestibulären Knochens garantiert. Durch die Sofortimplantation wurden die Papillen erhalten. Bei einer hohen Lachlinie wäre trotzdem das ästhetische Ergebnis mangelhaft. Beim Implantat 22 mit 3,8 mm Durchmesser und einem zweiphasigen System war es leichter, das notwendige Emergenzprofil zu realisieren. Augmentiert wurde lediglich nur die bukkale Perforation, da koronal eine Knochenbrücke ohne Defekt vorhanden war. Die Marylandbrücke hat das Weichgewebe gestützt und aktiv manipuliert. Eine Sofortversorgung erschien problematisch, weil das Implantat nur apikal im Knochen verankert war.

In beiden Fällen allerdings war die richtige Positionierung des Implantates für den Erfolg entscheidend. Vor allem die falsche Neigung und die Positionierung außerhalb des knöchernen Umschlages sind Fehler, die nicht korrigiert werden können und zu einer Explantation führen.

Prävention durch Materialenauswahl

Neben dem Implantatsystem und seinen prothetischen Möglichkeiten, ist die Wahl der Biomaterialien sehr wichtig. Autologer Knochen sollte immer die freiliegende Implantatoberfläche bedecken.



Abb. 16

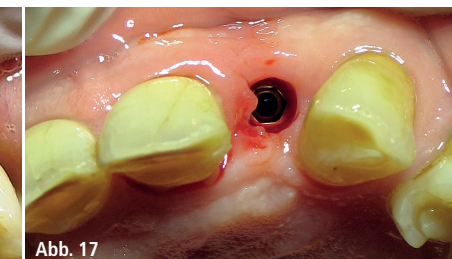


Abb. 17



Abb. 18

cken. Alternativ kann ein resorbierbares Material angewandt werden, welches vom Eigenknochen ersetzt wird. Bei zweizeitigem Vorgehen bieten HAS mehr Stabilität für das Augmentat während der Einheilphase. Augmentationen außerhalb der Kieferanatomie resultieren zu besseren Ergebnissen mit nicht resorbierbaren Materialien, weil der Organismus dazu neigt, resorbierbare Augmentate dort langfristig abzubauen. Implantate mit krestalen Optionen, wie z.B. ein laserhergestelltes Rillennmuster, Implantat 22, erhöhen die Gewebestabilität des Knochens, wenn auf Knochenniveau gesetzt, oder des Weichgewebes, wenn suprakrestal gesetzt. Auch konkave Gestaltungen von Abutments, z.B. durch individualisierte Abutments, realisieren eine Knochenanlagerung an der Implantatschulter oder einen Weichgewebsring. Dadurch wird der krestale Knochen geschützt und die Abwesenheit eines Faserapparates, wie es bei den Implantaten der Fall ist, wird kompensiert.

Risikomanagement und Risikovermeidung

Ein modernes Implantatsystem zeichnet sich nicht nur durch seine Oberfläche aus, sondern auch durch die Optionen, die es bringt. Die Implantation an 22 ist nur mit einem System möglich, welches eine sehr hohe Primärstabilität bringt. Man bedenke, dass hier nur die Implantatspitze im Knochen inseriert war. Lediglich palatinal bestand Kontakt zum Kiefer. Ein hoher, maschinierter Implantathals wäre unvorteilhaft. Die Strecke, die das Abutment braucht, um das notwendige Emergenzprofil zu erreichen, limitiert oft die Positionierungsmöglichkeiten. One-Piece Implantate sind sehr limitierend in der Verwendung und die Restorationen schwer zu erweitern. Letztlich gibt es kein Design, welches universell einsetzbar ist. Die genaue Planung einer noch so einfachen Behandlung, von der Chirurgie bis zur Prothetik, ist der beste Weg, um Risiken zu minimieren

und Komplikationen zu vermeiden. Nur wenn wir die Gründe für einen Befund oder eine Komplikation kennen, sind wir in der Lage, eine langfristig funktionierende Lösung zu finden.

Kontakt

Dr. Nikolaos Papagiannoulis

Dental Esthetics
Praxis für Implantologie, ästhetische und kosmetische Zahnheilkunde
Hans-Böckler-Straße 2a
69115 Heidelberg
info@fsde.com.gr

Dr. Marius Steigmann

Steigmann Institut
Bahnhofstraße 64
69151 Neckargemünd
sekretariat@steigmann-institut.de

ANZEIGE



NEU

RAYSCAN ^α

Modernste Technologie zu günstigstem Preis

Das Maximum an intuitivem Bedienungs- und Patientenkomfort

- **Frei skalierbare** 3D Volumengrößen von 3 x 3 bis 12 x 10 cm
- **Guiding Light** zur perfekten Positionierung der Volumengrößen am Patienten
- **Führende Bildqualität** durch Auflösungen bis zu 70 µm
- **Fast-Scan** reduziert die Röntgendosis signifikant (4,9 Sekunden Umlauf)
- **One-Shot** - Technologie als Option für perfekte Cephalostat-Aufnahmen

A Subsidiary of
SAMSUNG **Ray**



reddot design award



www.argon-dental.de

info@argon-dental.de

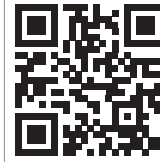
Tel: +49 (0)6721 3096-0

2

CME-Punkte

Sowohl die Indikation als auch die Erfolgsrate zur Implantatversorgung ist heute viel größer als zu Beginn der Implantatentwicklung (1960 bis 1980) angenommen wurde.

Heute sind Implantatversorgungen ein wissenschaftlich anerkannter und unverzichtbarer Bestandteil moderner oraler Therapiekonzepte. Entsprechend des wissenschaftlichen Goldstandards sind bei kompletter Zahnlosigkeit im Oberkiefer in der Regel acht Implantate für eine hochwertige festsitzende Rekonstruktion ausreichend.¹ Im Folgenden wird die Rehabilitation eines zahnlosen Oberkiefers mit auf acht DEDICAM Titanabutments zementierten Zirkonbrücken nach 3-D-Planung und schablonengeführter Implantatinsertion beschrieben.

Dr. Albert Holler
[Infos zum Autor]Dr. Marc-André Grundl
[Infos zum Autor]ZTM Kurt Illing
[Infos zum Autor]

Literatur



Gesamtkonzept zur Versorgung eines Oberkiefers mit Indikationsklasse IIIa

Dr. Albert Holler, Dr. med. dent. Marc-André Grundl, ZTM Kurt Illing

In komplexen klinischen Situationen ist eine gute Kommunikation zwischen dem behandelnden Team, dem Zahntechniker und dem Patienten unabdingbar für den langzeitstabilen Erfolg einer Rehabilitation. Eine sorgfältige Voruntersuchung und Indikationsstellung helfen, Misserfolge zu vermeiden. Dabei ist wichtig, dass alle Teampartner vor Behandlungsbeginn die bestmögliche funktionelle Gestaltung des Zahnersatzes fokussieren, die Wünsche des Patienten auch in Bezug auf die Ästhetik

respektieren und mögliche Komplikationen oder klinische und materialbedingte Limitationen rechtzeitig erkennen. Mithilfe der CAD/CAM-Technologie können präzise gefertigte Versorgungen eingesetzt werden, die aus biokompatiblen Materialien wie Hochleistungspolymeren, Titan oder Zirkonoxid gefertigt werden. Diese können oft im analogen Verfahren nicht oder nur sehr aufwendig hergestellt werden. Die Präzision einer CAM-gefertigten Versorgung wird heute nicht mehr infrage gestellt.

Der Befund und die Planung des Gesamtkonzepts

Im März 2013 wurde für die 56-jährige Patientin ein chirurgisch-prothetisches Gesamtkonzept erstellt. Die Brücke im Oberkiefer war mehrfach gebrochen. Röntgenologisch zeigte sich, dass die Pfeilerzähne parodontal geschädigt und nicht erhaltungsfähig waren, bis auf den endständigen Molaren im zweiten Quadranten. Die Brücke von 35 auf 37 war erneuerungsbedürftig und

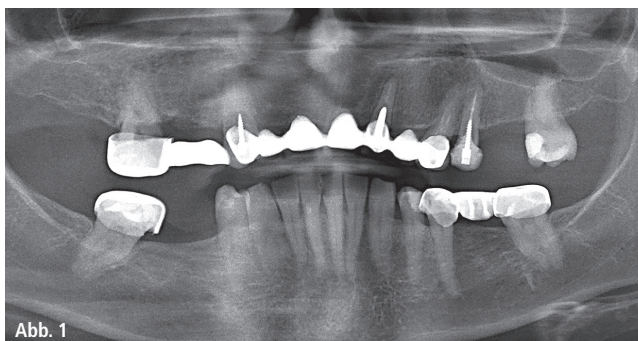


Abb. 1



Abb. 2

Abb. 1: Das Röntgenbild veranschaulicht die aktuelle Mundsituation. – **Abb. 2:** Die Oberkieferbrücke zeigte abstehende Kronenränder.

Mehr Freude am Implantat...



Abb. 3: Die Brücke war mehrfach gebrochen und Keramikverblendungen waren abgeschert. – **Abb. 4:** Zur Herstellung der optimalen Kaufunktion musste die Unterkieferbrücke links erneuert und die Lücke im vierten Quadranten geschlossen werden.

die Schalltücke im vierten Quadranten sollte geschlossen werden (Abb. 1–4). Um eine umfassende Planung aufstellen zu können, wurden zunächst mithilfe des Orthopantomografen Bilder zur röntgenologischen Analyse der aktuellen Mundsituation gemacht. Anschließend erfolgten die Abformungen beider Kiefer zur Erstellung von Situationsmodellen. Um diese schädelbezogen einartikulieren zu können, legten wir einen Gesichtsbogen an. Das Parodontalscreening war unauffällig. Eine durchgeführte Funktionsanalyse gab keinen Anhalt für craniomandibuläre Dysfunktionen.

Da die Patientin keine Vollprothesen wünschte, stellten wir ihr zwei prothetische Versorgungsmöglichkeiten vor. Eine abnehmbare Teleskopbrücke, die mit fünf Implantaten und einer Teleskopkrone auf Zahn 27 im Oberkiefer realisierbar wäre und alternativ eine festsitzende zementierte Brückenversorgung auf acht Implantaten. Um die optimale Kaufunktion wieder herzustellen, wurden im Unterkieferseitenzahnbereich zwei Brücken auf natürlichen Zähnen vorgeschlagen. Nach differenzierter Aufklärung der Patientin über verschiedene Versorgungsmöglichkeiten, entschied sich diese für eine festsitzende Rekonstruktion. Anhand eines

Set-ups auf den Situationsmodellen erstellten wir in enger Absprache mit dem Chirurgen, dem Zahntechniker und der Patientin den folgenden integrierten Therapieplan^{2,3}:

- Extraktion der nicht erhaltungswürdigen Pfeilerzähne im Oberkiefer
- herausnehmbare Prothese während der Heilungsphase im Oberkiefer
- 3-D-Implantatdiagnostik
- virtuelle Implantatplanung
- Herstellung der Orientierungsschablone für die Implantatinserterion
- Implantatchirurgie
- Implantatfreilegung, Weichgewebemanagement und -ausformung mit direktverschraubter Kunststoffbrücke
- Implantatabformung
- Einsetzen der provisorischen Versorgung und Abstimmung der Ästhetik
- Präparation im Unterkiefer mit Abformung der natürlichen Zähne
- Herstellung von Zirkonbrücken auf acht individuellen CAD/CAM-Titanabutments
- Einprobe der Ober- und Unterkieferrestauration zur Funktions- und Ästhetikkontrolle
- Eingliedern der definitiven Versorgung

Unser Zahntechniker orientierte sich am Set-up und stellte zum Extraktionstermin im Oktober 2013 eine Prothese für



Abb. 5: Die Interimsprothese wurde nach der Extraktion der Pfeilerzähne im Oberkiefer eingesetzt.



humantcreativ.de

Implantat-Pflege-Gel
durimplant

Zur Vorbeugung
von Periimplantitis
und Entzündungen
rund um
das Implantat.

www.durimplant.com

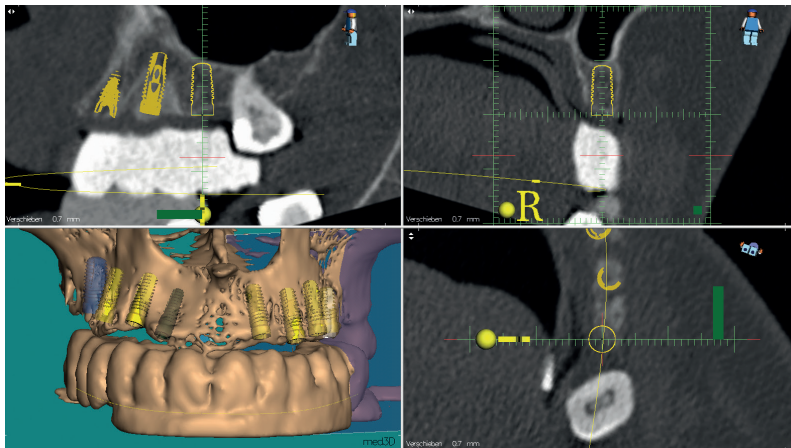


Abb. 6: Nach der Abheilung der Extraktionsalveolen erfolgte die virtuelle Implantatplanung.

die Interimsversorgung her. Nach einer Abfrage des allgemeinen Gesundheitszustandes der Patientin und der Überprüfung der aktuellen oralen Situation erfolgte die atraumatische Extraktion aller nicht erhaltungswürdigen Pfeilerzähne im Oberkiefer bis auf den Zahn 27 bei uns in der Praxis. Besonders achtsam gingen wir bei der Extraktion der Frontzähne vor, damit wir die sehr dünnen vestibulären Knochenlamellen so vollständig wie möglich erhalten konnten. Da die Implantate circa vier Monate später inseriert werden sollten, ließen wir die Alveolen einbluten. Die Blutkoagel begünstigen die Migration der Wachstumszellen aus den umliegenden Gefäßen, sodass circa acht Wochen nach der Extraktion die Alveolen mit frisch

gebildetem spongösem Knochen ausgefüllt und mit stabilem Epithelgewebe verschlossen sind.⁴ Dieser Knochen wird dann in den folgenden Monaten die unterschiedlichen Remodellingprozesse durchlaufen. Nach der primären Wundversorgung gliederten wir die Interimsprothese ein. Sie verhindert die Akkumulation von Speiseresten in die Extraktionsalveolen (Abb. 5).

Die virtuelle Implantatplanung

Im Frontzahnbereich des Oberkiefers sind für die ästhetische Versorgung durch Brücken bestimmte Kriterien zu berücksichtigen. Ein besonderer Fokus muss hier auf die Weichgewebesituation gelegt werden. Damit sich beim Sprechen keine

Speichelbläschen im Zahnzwischenraum bilden oder Essensreste verfangen, sollten Implantate prothetisch orientiert und mit optimalem Abstand zueinander platziert werden. Sie stabilisieren nicht nur den Knochen, sondern stützen auch das umgebende Weichgewebe. Durch die Pontic-Ausformung der Brückenglieder können Pseudopapillen rekonstruiert werden, wodurch ein natürlicher Übergang der keramischen Versorgung zum Weichgewebe erreicht werden kann. Die CAD/CAM-Technologien bieten uns viele Möglichkeiten, diese Bedingungen in vielen Fällen zufriedenstellend zu berücksichtigen. Für eine optimale Planung der Versorgung und Positionierung der Implantate fertigte der Zahntechniker eine Wachsaufstellung ohne vestibulären Zahnfleischanteil im Frontzahngebiet. Anhand dieses Set-ups überprüften wir die Ästhetik, klärten die Frontzahnlänge ab und legten die Kauebene fest. Die Interimsprothese wurde unterfüttert und auf die neue Bisslage angepasst. Anhand des Set-ups wurde eine Radiologieschablone hergestellt und die Patientin zur CT-Aufnahme zum Radiologen überwiesen. Die Patientin trug während der CT-Aufnahmen eine aus röntgenopakem Material hergestellte Versorgung mit anatomischem Emergenzprofil, die in den CT-Bildern die gewünschte spätere prothetische Situation sichtbar macht. Mithilfe der med3D-Software

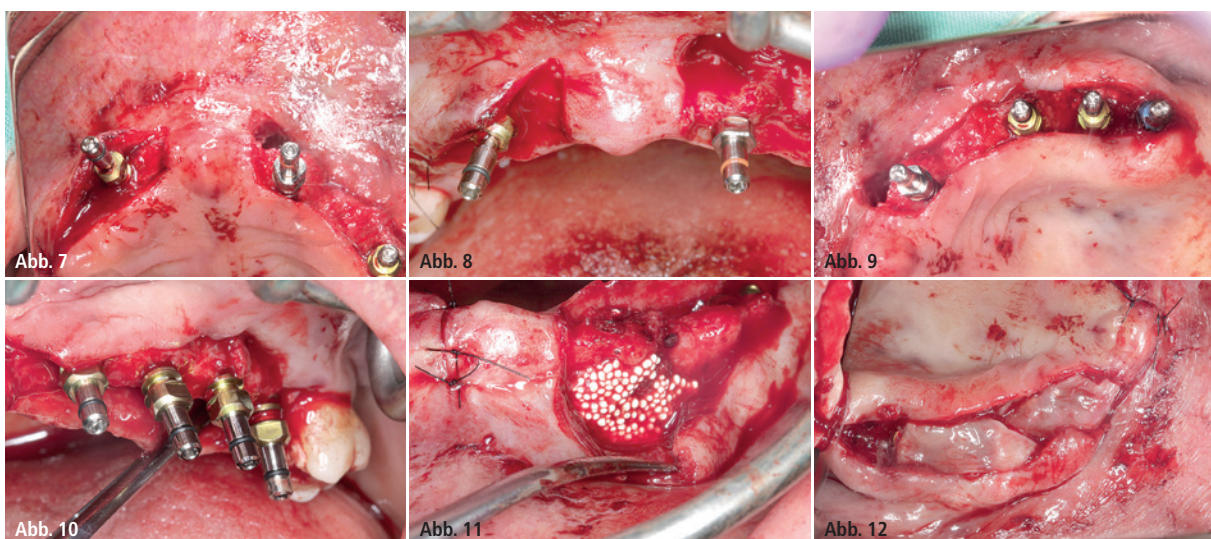


Abb. 7: Mit einer krestalen Inzision und anschließender Lappenpräparation wurde der Kieferknochen freigelegt. – **Abb. 8:** Das Belassen eines Mittelsteges ermöglicht die Abstützung der Interimsprothese und erleichtert die genaue Repositionierung des Weichgewebes. – **Abb. 9:** Das Backward Planning ist die Voraussetzung für die prothetisch korrekte Platzierung der Implantate. – **Abb. 10:** Um einen Sinuslift zu vermeiden, wurde in Regio 26 ein kurzes 9 mm CAMLOG® SCREW LINE Implantat inseriert. – **Abb. 11:** Mit einem Gemisch aus autologem Knochen und Knochenersatzmaterial wurden kleinere Knochendefekte nivelliert. – **Abb. 12:** Zur Unterstützung der Wundheilung wurde der Knochen mit PRF-Membranen abgedeckt und das Weichgewebe verschlossen.

und zusammen mit den Spezialisten aus dem Labor werteten wir die Aufnahmen aus und legten die optimalen Implantatpositionen und -längen fest. Wir planten im ersten Quadranten vier Implantate im Seitenzahnbereich Regio 14 und 15, mit jeweils Ø3,8 mm x 11 mm Länge und ein Ø3,3 mm x 13 mm langes Implantat in Regio 12, Regio 16 Ø5,0 mm x 11 mm. Im zweiten Quadranten sollten zwei Implantate im Seitenzahnbereich Regio 24 (Ø3,8 mm x 11 mm Länge) und 26 (Ø3,8 mm x 9 mm Länge) sowie zwei Implantate in Regio 22 und 23 (jeweils Ø3,8 mm x 11 mm Länge) inseriert werden (Abb. 6). Anhand der erarbeiteten Daten fertigten die Planungsspezialisten eine Orientierungsschablone mit den zweiteiligen CAMLOG CT-Hülsen für die Implantation an.

Im Februar 2014 erfolgte die Implantation in der oralchirurgischen Praxis Dr. Grundl. Nach der Lokalanästhesie stellte der Chirurg den Kieferknochen im Operationsgebiet dar. Bei der Freilegung ist darauf zu achten, dass die Bohrschablone lagestabil eingesetzt werden kann. Er legte leicht nach palatinal orientierte Kieferkammschnitte (innerhalb der Linea alba) an, die distal in Regio 16 und um den Zahn 27 mit paramedianen kurvenförmigen Entlastungsinzisionen endeten. Um das Risiko von Resorptionen im ästhetischen Frontzahnbereich zu minimieren, ließ der Chirurg einen Mittelsteg von circa einem Zentimeter Weichgewebe stehen, vorgestellt von S. Schmidinger 1981 in Wien (Abb. 7 und 8).⁵ Die geringe Blutungsneigung und die Wundrandstabilität bei der kreisförmigen Schnittführung sind von Vorteil für die weiterführende Operation und eine gute Wundheilung. Anschließend wurden die Mukoperiostlappen vollschichtig präpariert. Mithilfe der Orientierungsschablone bereitete der Operateur die Implantatlager den -längen und -durchmessern entsprechend auf und inserierte dem chirurgischen Protokoll folgend die CAMLOG® SCREW-LINE Implantate (Abb. 9). Um einen Sinuslift zu vermeiden, wurde in Regio 26 ein kurzes Implantat (Ø3,8 mm x 9 mm Länge) gesetzt (Abb. 10).⁶ Die Einbringpfosten wurden abgeschraubt und die Implantate mit den Verschlusschrauben abgedeckt. Die Mo-

bilisierung des Lappens wurde durch eine Periostschlitzung erreicht. Im Bereich 23 augmentierte der Operateur die bukkale Knochenlamelle mit einem Gemisch aus autologen Knochenspänen und einem alloplastischem Knochenersatzmaterial (easy-graft™ CRYSTAL). Mit dem aus den Spiralen der Bohrer gewonnenen autologen Knochenspänen wurden kleinere Knochendefekte im Operationsgebiet nivelliert (Abb. 11). Zur Unterstützung der Wundheilung wurde das ganze Implantationsgebiet im Oberkiefer mit PRF-Membranen abgedeckt (Abb. 12). Über einen Zeitraum von sieben Tagen geben diese die enthaltenen Wachstumsfaktoren ab und beschleunigen und verbessern die Wundheilung.⁷ Die aus der Konzentration patienteneigener Thrombozyten gewonnene Matrix lässt sich kostengünstig herstellen und durch die inhärente Konsistenz leicht verarbeiten. Anschließend wurde das



Abb. 13: Die Wundränder wurden exakt adaptiert und das Weichgewebe mit Einzelknopf- und Rückstichnähten dicht verschlossen.

Weichgewebe mit Matratzen- und Einzelknopfnähten spannungsfrei vernäht (Abb. 13). Die Interimsprothese war über den Gaumen, den endständigen Zahn 27 und den stabilen Steg um die Papilla incisiva gut abgestützt. Nach acht Tagen konnten wir die Nähte entfernen. Nachdem die Weichgewebe abgeheilt waren, unterfütterten wir wenige Tage später die Interimsprothese mit Kunststoff.

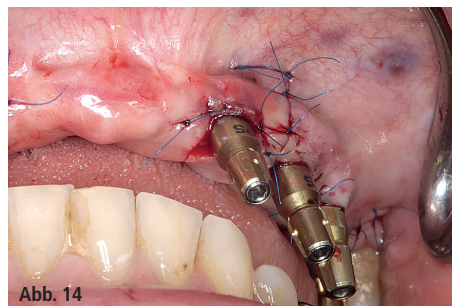


Abb. 14

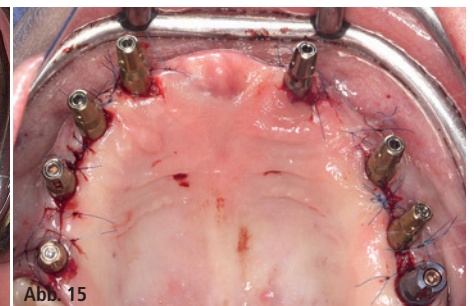


Abb. 15

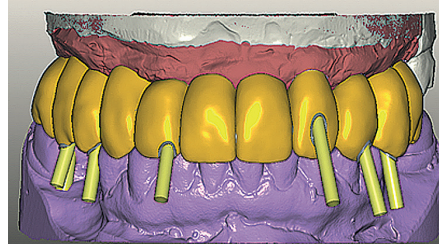


Abb. 16

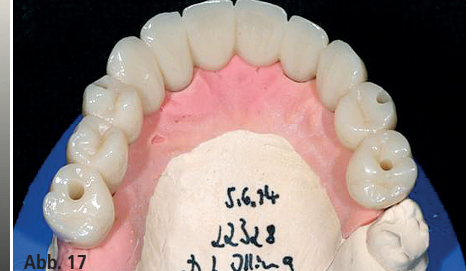


Abb. 17



Abb. 18



Abb. 19

Abb. 14: Die Implantate wurden mit einfacher Stichinzision freigelegt und die Mukosa in Regio 22 mit einem Rollappen verbreitert. – **Abb. 15:** Für die Herstellung einer CAD/CAM-gefertigten verschraubten Kunststoffbrücke wurden sofort nach der Eröffnung die Pfosten für die indirekte Abformung aufgesetzt. – **Abb. 16:** Im Labor wurden die Daten vom Backward Planning mit den aktuellen Modellschans gemacht. – **Abb. 17:** Die Passung des direktverschraubten Kunststoffprovisori-ums wurde auf dem Modell überprüft. – **Abb. 18:** Die Basalansicht zeigt die anatomischen, ponticförmigen Auflagen der Brückenglieder. – **Abb. 19:** Die stabile festsitzende Kunststoffbrücke wurde zur Ausformung des Weichgewebes eingesetzt.

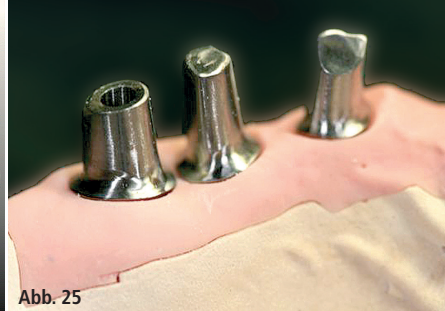
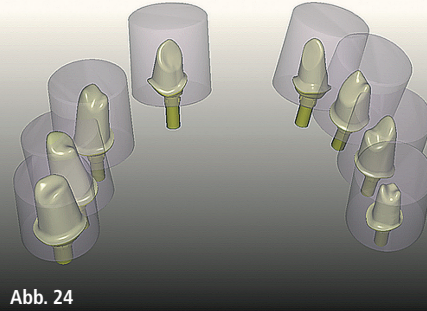
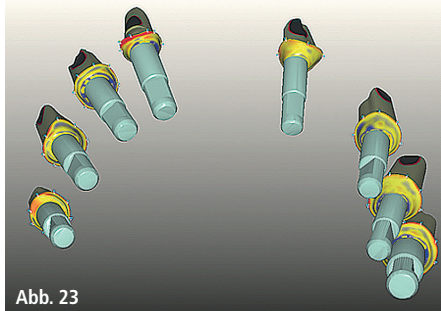
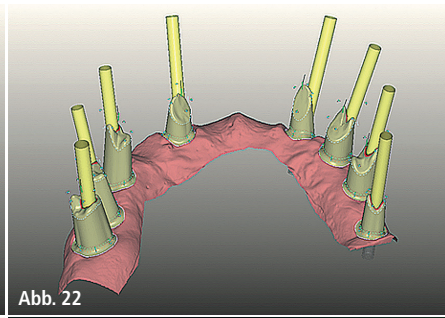
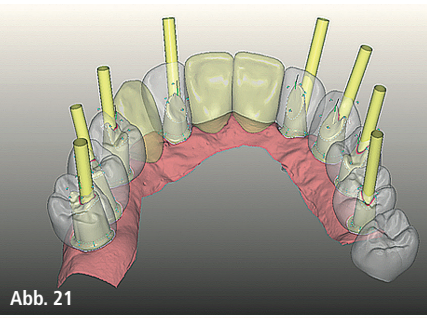
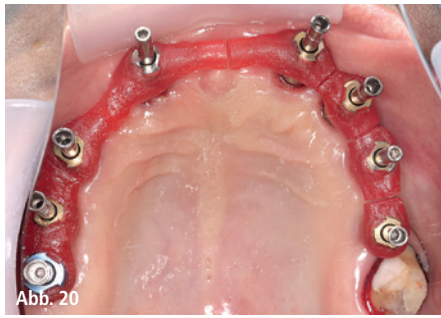


Abb. 20: Zur definitiven Abformung wurden die Abformpfosten mit Pattern Resin verbunden. – **Abb. 21:** Die Darstellung zeigt die prothetisch optimal platzierten Implantate und die Abutmentgestaltung unter der Brückenkonstruktion. – **Abb. 22:** Die epigingivale Lage der palatinalen Abutmentschulter wird kontrolliert. Im ästhetischen Bereich liegt die Schulter circa 1,5 mm subgingival. – **Abb. 23:** Im Abutmentdesign-Programm wurden die anatomisch ausgeformten subgingivalen Anteile geprüft. – **Abb. 24:** Vor dem Hochladen der Abutments auf den Dental Manager wurde die Fräsbarkeit in der Darstellung der Preform kontrolliert. – **Abb. 25:** Die angelieferten DEDICAM Titanabutments wurden auf dem Modell verschraubt und die Lage der Abutmentschultern geprüft.

Die Freilegung und das Ausformen eines natürlichen Emergenzprofils

Zur prothetischen Versorgung erschien die Patientin Anfang Juni 2014 bei uns in der Praxis. Wir legten die Implantate mit einfacher Stichinzision und apikalen Verschiebelappen frei. In Regio 22 verbreiterten wir die Gingiva mit einem Rollappen, um später eine natürliche und feste Weichgewebesituation um das Implantat und die Krone zu erhalten (Abb. 14).

Da wir das Weichgewebe individuell ausformen wollten, schraubten wir Platform Switching Abformpfosten für die geschlossene Löffeltechnik auf und vernähten das Weichgewebe (Abb. 15). Zur besseren Abstützung der Modelle legten wir das Bissregistrator über den Abformpfosten an. Anschließend formten wir die Situation mit einem individuell hergestellten Löffel ab. Nach der Abformung wurden die Abformpfosten gegen gerade Gingivaformer ausgetauscht, die bis zum Einsetztermin einer verschraubten provisorischen Kunststoffbrücke im Mund verblieben. Die Interimsprothese wurde von uns im Bereich der Implantate ausgeschliffen. Im Labor wurden die Abformpfosten mit Laborimplantaten verschraubt, in den Abdruck eponiert

und mit einem Silikon für die abnehmbare Zahnfleischmaske umspritzt. Nach dem Aushärten der Maske wurde das Oberkiefer-Meistermodell hergestellt.

In unserer Praxis steht das natürliche Erscheinungsbild einer Versorgung immer im Fokus. Dazu gehört nicht nur die anatomische Gestaltung der Kronendurchtrittsprofile, sondern auch die basale Ausformung der Brückenglieder.⁸ Um dies zu erreichen, setzt der Zahntechniker das Ästhetik-Set-up auf das Modell um und zeichnet auf dem Meistermodell die zervikalen Konturen der Kronen und Brückenglieder an.⁹ Die Zahnfleischmaske in den Bereichen der Brückenglieder wird ponticartig einradiert. Dadurch wird leichter Druck auf die Gingiva ausgeübt, sodass anatomische Weichgewebegirlanden geformt und die Interdentalräume durch Papillen geschlossen werden. Das diagnostische Set-up wurde auf eine verschraubbare Kunststoffbasis übertragen und der spannungsfreie Sitz der Brücke wie auch Funktion, Phonetik und Ästhetik in der Praxis überprüft. Anschließend führte der Zahntechniker die notwendigen CAD/CAM-Prozesse durch. Dazu wurden die Scanmarker auf die Laborimplantate geschraubt und das Modell im Streifenlicht-Scanner (Zirkonzahn) sowohl mit als auch ohne Zahnfleischmaske gescannt.

Das Set-up, der Gegenkiefer und die Artikulatorsituation wurden digital erfasst und die Daten zum Designen der verschraubbaren Kunststoffbrücke gemacht (Abb. 16). Zur Ausgestaltung des Emergenzprofils wurden die Abutmentböden erstellt und das digitale Set-up mithilfe des Situ-Scans platziert. Die digital designte Konstruktion wurde in zahnfarbenem Kunststoff (Temp Basic, Zirkonzahn) gefräst, wobei der Implantatanschluss dabei komplett in Kunststoff gefertigt wurde. Auf dem Modell wurde die Passung der Konstruktion geprüft, die Haltestifte abgetrennt und verschliffen (Abb. 17 und 18). Die Zähne waren vollanatomisch ausgeformt. Zwölf Tage nach der Freilegung der Implantate installierten wir die provisorische Brücke, prüften die Okklusion und die Bisshöhe, verschlossen die Schraubzugangskanäle und besprachen Zahnform und -größe. Die kleinen Änderungswünsche der Patientin nahmen wir auf, um sie bei der definitiven Versorgung einfließen zu lassen (Abb. 19).

Herstellung der Vollkeramikversorgung auf acht DEDICAM Abutments

Nach fünf Wochen, die Patientin hatte sich in der Zwischenzeit an die festsit-

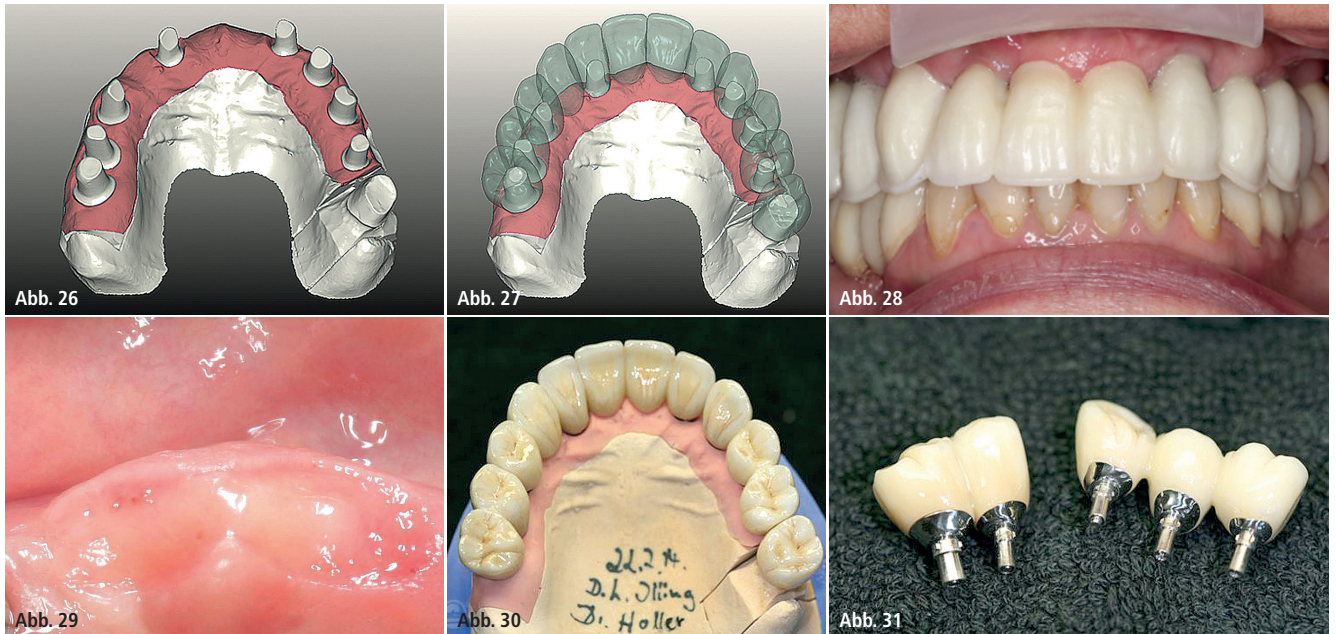


Abb. 26: Das Modell mit den aufgeschraubten Titanabutments wurde gescannt und in die CAD-Software eingelesen. – **Abb. 27:** Die Zirkonbrücken und die IPS e.max® CAD Kronen wurden an die Abutmentübergänge und die Zahnfleischsituation angepasst und zum Fräsen in den Blanks platziert. – **Abb. 28:** Nach dem Sintern der Zirkonbrücken mit der labialen Reduktion für die individuelle Verblendung erfolgte die Einprobe im Mund. – **Abb. 29:** Die basale Zahnfleischauflage der Brückenglieder war anatomisch ausgeformt. Es bildeten sich Pseudopapillen zwischen den Frontzähnen. – **Abb. 30:** Die monolithischen Kauflächen und palatinalen Anteile der Zirkonbrücken wurden individuell eingefärbt. – **Abb. 31:** Die Abbildung zeigt den exakten Übergang der hochglanzpolierten subgingivalen Anteile der DEDICAM Titanabutments zu den Zirkonkronen.

zende Versorgung gewöhnt, präparierten wir den Zahn 27 und formten die Implantate im Oberkiefer mit der umgebenden Weichgewebesituation ab. Unser Zahntechniker hatte auf dem Meistermodell die Abformpfosten für die offene Technik aufgeschraubt und mit Pattern Resin verblockt. Den Kunststoffsteg hatte er mit einer feinen Trennscheibe in einzelne Segmente getrennt. Wir schraubten die Abformpfosten im Mund ein und verblockten die Trennspalte vor der Abformung mit Pattern Resin (Abb. 20). Unter Beachtung aller relevanten technischen Kriterien wurde das Modell im Labor hergestellt, einartikuliert, Scanpfosten aufgeschraubt und eingescannt. Die in der Software hinterlegten Daten des Set-ups wurden mit den aktuellen Daten gematcht. Wir überprüften die exakte Implantatübertragung, indem wir uns eine CAD/CAM-Brücke aus fräsbarem grünem Kunststoff fertigen ließen. Diese setzten wir im Mund ein und überprüften die spannungsfreie Passung der Versorgung. Anschließend präparierten wir die Unterkieferseitenzähne zur Herstellung der Zirkonbrücken vom ersten Prämolare bis zum zweiten Molare. Dabei nutzten wir die grüne Kunststoffbrücke zur Orientierung des okklusalen Abstands. Nach der Bissnahme und

Abformung des Unterkiefers schraubten wir den „Grünling“ ab, setzten die zahnfarbene Kunststoffbrücke wieder ein und versorgten den Seitenzahnbereich provisorisch mit präfabrizierten Schalenprovisorien. Zur Umsetzung der CAD/CAM-Versorgung nutzte der Zahntechniker die für die Interimsversorgung erarbeiteten Konstruktionsdaten als Grundlage

für das Design der individuellen Titanabutments (Abb. 21). Diese konstruierte er unter die virtuelle Brücke. Er legte die Abutment-Kronen-Übergänge mit ausgeprägter Hohlkehlfärsung im sichtbaren Bereich circa 1,5 mm unterhalb des Gingivarandes an. Das gewährleistet eine harmonische Ästhetik und ermöglicht den Zugang zum Entfernen von Zement-



Abb. 32: Das individuelle subgingivale Design der DEDICAM Abutments fügt sich ohne Druck in das ausgeformte Weichgewebe ein. – **Abb. 33:** Die Zirkonbrücken und Vollkeramikronen wurden zementiert. Zementüberschüsse waren wegen der optimal platzierten Kronen-Abutment-Übergänge einfach zu entfernen. – **Abb. 34:** Die Abbildung zeigt die vollkeramische Rekonstruktion der Unterkieferseitenzähne.

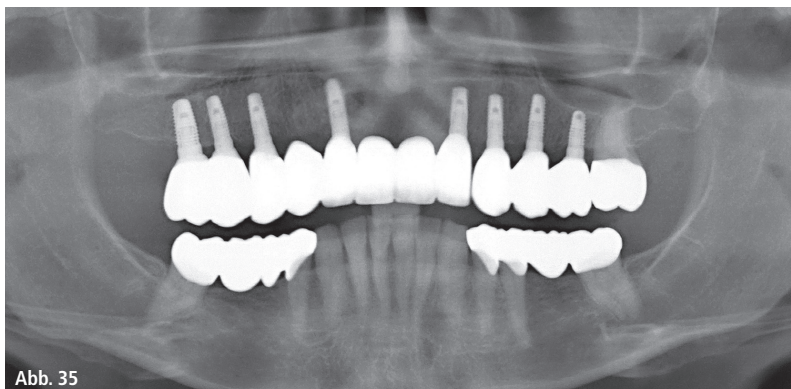


Abb. 35



Abb. 36

Abb. 35 und 36: Das Röntgenkontrollbild der Gesamtrekonstruktion mit einer zufriedenstellenden Vollkeramikrekonstruktion. Nach dem Zementieren und einer abschließenden Funktionskontrolle verließ eine glückliche Patientin die Praxis.

überschüssen. Die Konstruktionsdaten der acht Titanabutments wurden auf den Dental Manager hochgeladen und über die Fertigungsdienstleistung von DEDICAM in Auftrag gegeben (Abb. 22–24). Die polierten Abutments wurden nach zwei Tagen angeliefert. Der Zahntechniker schraubte sie in die Modellimplantate, kontrollierte das Design anhand eines Silikonschlüssels und überprüfte die Lage der Abutmentschultern (Abb. 25). Dann scannte er das Modell erneut ein und matchte die Daten mit den hinterlegten Daten in der Software (Abb. 26–28). Er konstruierte die dreiteilige Versorgung auf den Abutments, wobei er den individuell zu verblendenden vestibulären Anteil der Zirkonbrücke für die Keramikverblendung nachbearbeitete. Diese Anteile wurden für die Reduktion markiert und virtuell um 0,6 Millimeter geschrumpft. Um ein Chipping der labialen Flächen zu vermeiden, müssen die Inzisalkanten in Zirkon erhalten bleiben. Die Zirkonbrücken von 14 bis 22, 34 bis 37 und 44 bis 47 wurden im Blank platziert und gefräst. Die Software erlaubt das freie Platzieren der Brücken im Zirkonoxid-Rohling und das Erzeugen eines optimal gestalteten

Sinterfußes, wodurch ein verzugsfreies Sintern ermöglicht wird. Die verblockten Implantatkronen 23, 24, 26 und 15, 16 sowie die Einzelkrone auf 27 wurden in IPS e.max® CAD monolithisch gefertigt. Die Kronen und Brücken wurden gesintert und die Passung auf dem Modell geprüft. In diesem Fertigungsstadium machten wir eine Rohbrandeinprobe zur Kontrolle der Passung, Okklusionsebene, Zahnlänge und Funktion. Die Pontics waren durch die Kunststoffbrücke deutlich ausgeformt (Abb. 29). Nach der Okklusionskontrolle erfolgte die Fertigstellung im Labor. Die vestibulären Anteile der Oberkieferfrontzahnbrücke sowie der Prämolaren im Unterkiefer verblendete der Zahntechniker mit entsprechenden Keramikmassen individuell. Die Farbe der monolithischen Kronen wurde mithilfe von Malfarbenbränden angepasst und die Kronen anschließend glasiert und poliert (Abb. 30 und 31).

Nach der Fertigstellung wurden die Ober- und Unterkieferversorgungen in der Praxis eingesetzt. Die verschraubte Kunststoffbrücke wurde entfernt und die Implantatinnenverbindung mit 2-prozentiger Chlorhexidinlösung gereinigt.

Die Titanabutments müssen zügig eingesetzt werden, damit das ausgeformte Weichgewebe nicht kollabiert (Abb. 32). Anschließend wurden die Brücken und verblockten Kronen für eine abschließende Ästhetikkontrolle aufgesteckt (Abb. 33 und 34). Da die Wünsche der Patientin und die funktionellen Anforderungen im verschraubten Provisorium berücksichtigt und im Scan „eingefroren“ worden waren, prüften wir vorrangig die Rot-Weiß-Ästhetik. Hier unterstützte die unverschieblich angelagerte keratinisierte Gingiva, die wir bei der Eröffnung durch Verdickung mittels Rollappen an 22 und apikalen Verschieblappen erreicht hatten (Abb. 35 und 36). Wir zementierten die implantatgetragenen Zirkonkronen und -brücken und die IPS e.max® CAD Kronen mit dem dualhärtenden semipermanenten Harvard-Implant Resin und die Zirkonbrücken auf natürlichen Zähnen mit Glasionomerzement von 3M (Ketac® Cem). Wegen der optimal platzierten Kronen-Abutment-Übergänge waren die Zementüberschüsse einfach und exakt zu entfernen. Nach einer weiteren Okklusions- und Funktionskontrolle nahmen wir Abdrücke für die Erstellung einer Aufbisschiene als Schutzschiene für die Nacht.

Fazit

In komplexen klinischen Situationen sind die Erstellung eines allumfassenden Behandlungskonzepts und die gute und fachlich kompetente Kommunikation zwischen allen Beteiligten elementar für eine langzeitstabile, funktionelle und ästhetische Rehabilitation. Eine unverschieblich angelagerte, möglichst keratinisierte Gingiva im Bereich der Implantatdurchtrittsstelle schützt vor Knochenverlust und sorgt für eine natürliche Rot-Weiß-Ästhetik. In der chirurgischen Phase ist darauf zu achten, dass Zug durch Wangenbänder und bewegliche Schleimhaut in den Implantatregionen eliminiert wird. Eine keratinisierte Gingiva und Verdickung der Weichgewebe kann mittels entsprechenden chirurgischen Lappentechniken erzielt werden.

Das Wissen um OP-Techniken und die Verwendung von biokompatiblen Materialien und deren Verarbeitung tragen



CME-Fortbildung

Gesamtkonzept zur Versorgung eines Oberkiefers mit Indikationsklasse IIIa

Dr. Albert Holler, Dr. med. dent. Marc-André Grundl,
ZTM Kurt Illing

CME-ID 74637

Zum Beantworten dieses Fragebogens registrieren Sie sich bitte unter: www.zwp-online.info/cme-fortbildung



Infos zur CME-Fortbildung auf ZWP online

maßgeblich zu einem erfolgreichen Endergebnis bei. Zirkonoxid zeigt neben dem präzisen industriellen Herstellungsverfahren (CAD/CAM-Technik) gute mechanische Eigenschaften. Zahlreiche In-vitro- und In-vivo-Untersuchungen wurden zu diesem Themenkomplex publiziert und bestätigen die hervorragenden biokompatiblen Eigenschaften des Materials.^{10,11} Aufgrund des bioinerten Charakters des Materials kommt es bei Kontakt mit anderen Metallen oder Legierungen in der Mundhöhle nicht zu Korrosionserscheinungen. Aufgrund der fehlenden Toxizität des Materials gegenüber unterschiedlichsten Zellen konnten Studien belegen, dass Zirkonoxid offensichtlich eine aktive Rolle bei der Weichgewebeheilung und Anhaftung spielt und dadurch eine Plaque- und Bakterienakkumulation minimiert werden.¹² Für den langfristigen klinischen Erfolg der Implantatrestauration ist, neben einer erfolgreichen Osseointegration der Implantate, vor allem eine innige Weichgewebeatadaption zur Suprakonstruktion wichtig.

Kontakt

Dr. Albert Holler

Dr. Holler und Kollegen
Marktplatz 5, 95659 Arzberg
info@praxis-dr-holler.de

Dr. med. dent. Marc-André Grundl

Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Schillerhain 1-8, 95615 Marktredwitz

ZTM Kurt Illing

Dentallabor Kurt Illing
Egerstraße 34, 95615 Marktredwitz

MIS V3

Mehr Knochen.
Mehr Ästhetik.
Mehr Performance.



V3 By MIS

Mehr über das neue V3 Implantat erfahren Sie unter mis-implants.de

MIS Implants Technologies GmbH
Simeons carré 2 · D-32423 Minden
Tel.: 0571-972762-0 · Fax: 0571-972762-62

Viele Patienten mit insuffizienter Restbeziehung wünschen sich einen festsitzenden Zahnersatz in einer Sitzung. Die Sofortversorgung nach der Methode von Maló wurde in vielen Studien als erfolgreich beschrieben. Im vorliegenden Beitrag wird eine definitive Sofortversorgung eines parodontal kompromittierten Patienten mit sechs Implantaten geschildert.

Definitive Sofortversorgung eines parodontal kompromittierten Patienten mit sechs Implantaten

Dr. Horst Schubert, Dr. Jörg Huberth, ZTM Michael Föbel

Ziel der Maló-Methode ist es, die Zahl der operativen Eingriffe zu reduzieren, mit unmittelbarer Verbesserung der Lebensqualität. Bei dem hier vorgestellten Sofortversorgungskonzept „Set-on-six“ handelt es sich um eine Variante des Maló-Protokolls. Der zentrale Aspekt dieses Protokolls liegt auf der Optimierung hinsichtlich Kosten, Hygienefähigkeit, Zeitaufwand, Einfachheit, Stabilität und Variabilität. Praktische Relevanz haben vorhandene Ressourcen, wie parodontal stabile Restzähne, bestehende Implantate und vorhandener Knochen.

Die Methode

Nach initialer Planung durch ein Team aus Implantologe, Zahntechniker und Prothetiker, erfolgt die Aufklärung des Patienten hinsichtlich individueller Risikofaktoren. Gemeinsam werden Kosten bzw. prothetische Alternativen sowie die radiologische Eingangsdagnostik (OPG, ZF) besprochen. Anschließend werden die üblichen Arbeitsunterlagen und Informationen zusammengestellt sowie die montierten Modelle analysiert. Ein Set-up des Zahntechnikers visualisiert dann erstmals die Form des neuen

Zahnersatzes – und bildet damit auch die kreative Basis für den Einsatz einer speziellen Multifunktionsschablone, der sogenannten „Set-on-six-Schablone“ (SOS-Schablone). Diese fasst mehrere Funktionen zusammen. Sie ist eine Röntgenschablone, Orientierungs- und Positionierungsschablone, Bohrschablone mit flexiblen Angulationswinkeln sowie eine Biss- und Fixationsschablone. Ein DVT mit der SOS-Schablone hilft uns bei der metrischen Quantifizierung des vorhandenen Knochens, bei der genauen Planung der Implantatpositionen, den notwendigen Abwinkelungen sowie



Abb. 1



Abb. 2

Abb. 1: SOS-Schablone zur Positionierung der Implantate. – **Abb. 2:** SOS-Schablone als Bissregistrator. Zu erkennen sind die Impressionen des Gegenkiefers sowie die einpolymerisierten Titankappen.

ZIMMER

PUROS® ALLOGRAFT PRODUKTFAMILIE

JETZT LIVE-OP ERLEBEN!

Im Rahmen des Kongresses

1. ZIMMER BIOMET IMPLANTOLOGIE TAGE
können Sie die Anwendung eines patienten-
individuellen Blocks live miterleben.

Termin: 30. April 2016, Stuttgart

Fortbildungspunkte: 8 / Kongressgebühr: 95 € inkl. MwSt.

Mehr Informationen unter www.zimmerdental.de/events

Puros® Allograft
Patientenindividueller Block



Puros® Allograft Block



Puros® Allograft
Spongiosa Block



Puros® Allograft
Spongiosa Dübel



Puros® Allograft
Spongiosa Partikel

Mehr Informationen erhalten Sie unter 0800 233 22 30 oder www.zimmerdental.de

©2014 Zimmer Dental, Inc. Alle Rechte vorbehalten. Puros Allografts sind als Arzneimittel zugelassen, Zulassungsnummer: PEI.H.04761.01.1;
Hersteller: Tutogen Medical GmbH, Industriestrasse 6, 91077 Neunkirchen a. B.
Mitvertreiber: Zimmer Dental GmbH, Wentzingerstrasse 23, 79106 Freiburg
Tel.: 0800-2 33 22 30, Fax: 0800-2 33 22 32, e-mail: kundenservice.dental@zimmer.com
Bitte beachten Sie, dass nicht alle Produkte und regenerativen Materialien in allen Ländern/Regionen registriert oder erhältlich sind und die Artikelnummern für Puros Allografts variieren können. Bitte wenden Sie sich wegen Verfügbarkeit und für weitere Informationen an einen Mitarbeiter von Zimmer Dental.



zimmer | dental

www.zimmerdental.de

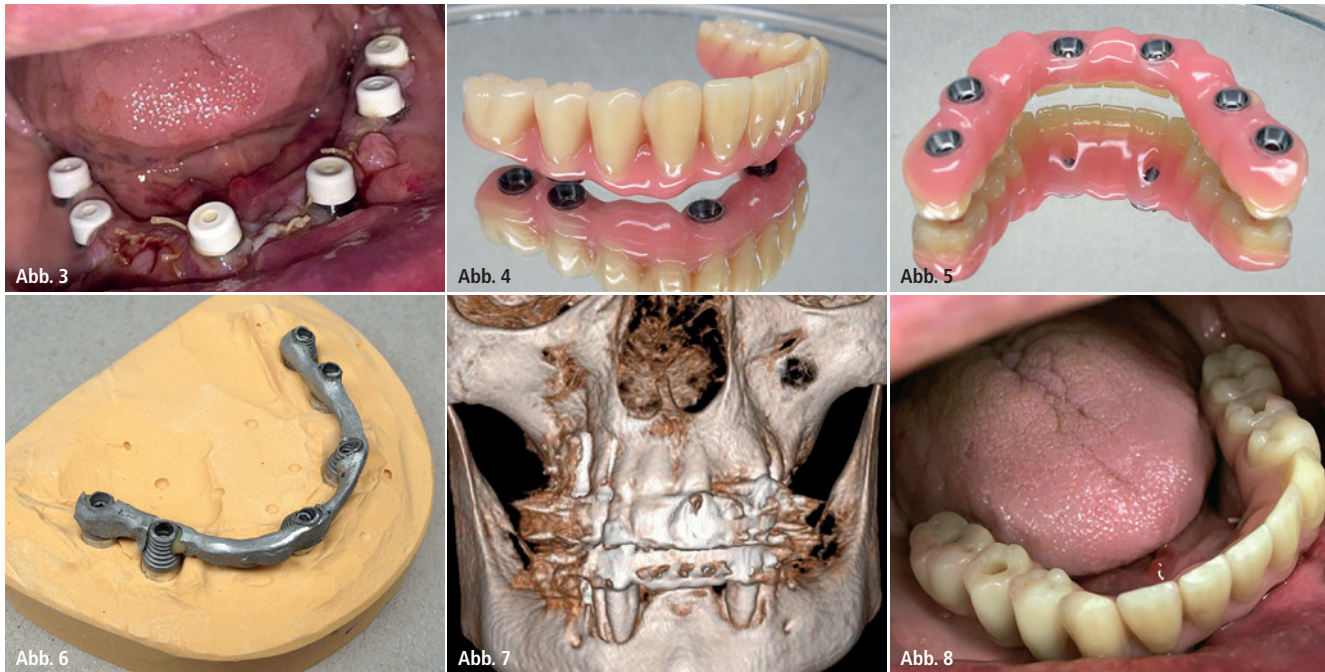


Abb. 3: Postoperativ integrierte Kunststoff-Komfortkappen. – **Abb. 4 und 5:** Zahnersatz vor der Eingliederung. – **Abb. 6:** Individuelles Metallgerüst mit verklebten Titankappen. – **Abb. 7:** CBCT prä OP. – **Abb. 8:** Einprobe des definitiven Zahnersatzes.

bei der Auswahl der Implantatgrößen, im Sinne eines Backward Planning. Wir entschieden uns für die Implantate und Aufbauten eines Herstellers, der alle notwendigen Multiple-Unit Abutments in ausreichend verschiedenen Angulationen und Gingivahöhen bereitstellen konnte (Implant Direct).

Diese Implantate zählen zum Value-Segment und erlauben uns qualitativ hochwertige Versorgungen der Patienten bei gleichzeitiger Kosteneffizienz. Die Produktkompatibilität zu bestehenden Systemen unterstützte zusätzlich unsere Entscheidung.

Optimale Orientierung mit der SOS-Schablone

Der Chirurg erhält durch die Multifunktionsschablone exakte Vorgaben der Implantatpositionen. Trotzdem bleibt er innerhalb der Vorgaben des prothetischen Set-ups bezüglich der Angulation der einzelnen Implantate sehr flexibel und kann sich am vorgefundenen Knochenangebot intraoperativ orientieren. Allerdings sollte das Einbringdrehmoment der Insertion über 30 Ncm liegen. Besonders wichtig ist eine hohe primäre Stabilität des distalen Pfeilers.

Der Prothetiker bestimmt die Auswahl der geeigneten Multiple-Unit Abutments

in Abhängigkeit der mukogingivalen Analyse, Mukosadicke und Insertionstiefe. Besonders im anterioren Bereich ist die Durchtrittsstelle des Schraubenkanals kritisch für ein zufriedenstellendes und ästhetisches Erscheinungsbild. Die Schablone optimiert die linguale/palatale bzw. die okklusale Orientierung bei der Insertion durch ihre Freiheitsgrade während der Bohrungen (Abb. 1). Auf den Aufbauten werden Titankappen verschraubt und optional gekürzt, um bei der Bissnahme nicht zu stören. Vor der Registrierung werden die Titankappen mit Kunststoff an der Schablone fixiert (Abb. 2). Nach Wiederabnahme der Titankappen schützen Kunststoff-Komfortkappen die Multiple-Unit Abutments (Abb. 3). Vor bzw. nach durchgeführter Insertion erhält der Patient entsprechend OP-Protokoll eine individuelle orale Antibiose, Analgesie und entsprechende Mundhygieneinstruktionen.

Vorteil: Hohe Anzahl von Implantaten bei großer Stabilität

Um Früh- und Spätkomplikationen bei einer Sofortversorgung zu reduzieren, ist eine hygienefähige mukosale Basis absolut notwendig. Eine schmale, konvexe, hochglanzpolierte, punktuell aufliegende Form der Kunststoffbasis

bietet für die Plaque die geringste Retentionsfläche und sorgt, ähnlich wie ein Brückenglied, für höchstmögliche Hygienefähigkeit (Abb. 4 und 5). Ebenso muss der Zahnersatz eine hohe Biegefestigkeit aufweisen, die nur mit einem verschraubten Stahlgerüst zu realisieren ist. Mikrobewegungen der Implantate werden durch den Zahnersatz somit vermindert. Die angestrebte polygonale Verteilung der prothetischen Pfeiler und die hohe Anzahl der Implantate sichern eine verbesserte Überlebensrate.

Durch die exakte Vorbereitung hat das Labor genügend Zeit, ein individuelles Metallgerüst zu modellieren und zu gießen (Abb. 6). Die Kieferrelation kann aus der fixierten Multifunktionsschablone übernommen werden. Höhe und Basisgestaltung der Brücke werden nach evaluierten Parametern eingearbeitet. Für die Zahnaufstellung werden Konfektionszähne verwendet, um schnell und variabel reagieren zu können, aber auch um Kosten zu sparen.

Der definitive Zahnersatz wird nach 48 Stunden mit 20 Ncm auf den Abutments aufgeschraubt, die Schraubenkanäle mit Kunststoff verschlossen und der Biss nochmals exakt eingeschliffen. Mittels OPG-Röntgenkontrolle wird die Passgenauigkeit der Restauration überprüft. Anschließend kann der



Minimal invasiv,
maximal effektiv



Die neue Kraft in der Knochenchirurgie:

Das neue Piezomed ist extrem leistungsstark, schont dabei aber das Weichgewebe. Zudem verfügt es über eine automatische Instrumentenerkennung und LED Kopfbeleuchtung. Das Handstück mit Kabel ist thermodesinfizierbar und sterilisierbar!

Erwecken Sie uns zum Leben!

Laden Sie gratis die App »W&H AR« aus dem Android Marketplace oder Apple Appstore. Öffnen Sie die App und halten Sie Ihr Gerät ca. 50 cm über die Anzeige!

piezomed

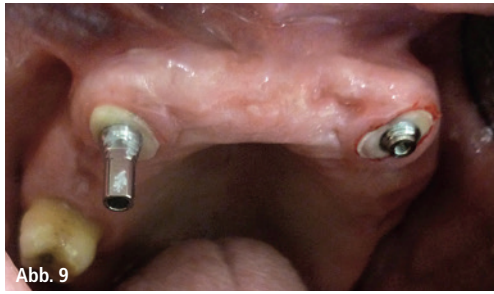


Abb. 9



Abb. 10

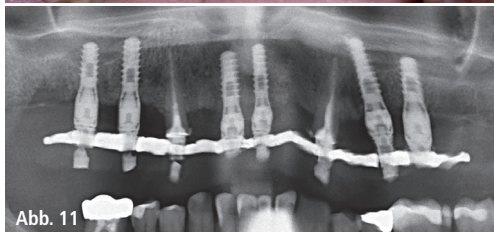


Abb. 11

Abb. 9: Multiple-Unit Abutments in natürlichen Zähnen einpolymerisiert. Rechts mit aufgeschraubtem Titan-Overdenture-Abutment. – **Abb. 10:** Die fertige Arbeit in situ. – **Abb. 11:** OPG nach Insertion der Implantate (Implant Direct SwishPlus).

Patient den Zahnersatz sofort belasten. Allerdings sollten zunächst größere Kaukräfte vermieden werden, besonders aufgrund der enoralen Vulnerabilität. Eine Remontierung des Zahnersatzes wird üblicherweise nach vier Monaten vorgenommen, um den krestalen Spalt basal zu unterfüttern und an die neue mukosale Situation anzupassen. Bei der Abnahme des Zahnersatzes werden die Implantate und Abutments kontrolliert und nochmals mit 30 Ncm nachgezogen. Eventuelle Residuen an Fäden (i.d.R. resorbierbar) werden entfernt und parodontale Infektionsfaktoren behandelt.

Wirksames Konzept mit hoher Variabilität

„Set-on-six“ ist ein wirksames alternatives Konzept, das eine hohe Variabilität bietet. Natürliche Zähne oder vorhandene Implantate können ohne Problem mit eingearbeitet werden, was die primäre Stabilität weiter erhöht. Trotz der

Verwendung von sechs Implantaten bleiben die Kosten für die Implantatteile überschaubar. Die Herstellung des Zahnersatzes wird ohne digitalen Workflow ermöglicht. Neben der Einbringung eines CBCT kann der Chirurg flexibel intraoperativ die optimale Insertion/Angulation beherrschen und die Ausrichtung dem horizontalen beziehungsweise vertikalen Knochenangebot anpassen. Primäre ausgedehnte, rekonstruktive Augmentationen sind in diesen Fällen nicht notwendig. Die Sofortversorgung mit Titanaufbauten bietet folgende Vorteile:

1. Kein sekundärer definitiver Zahnersatz notwendig – das spart enorme Kosten.
2. Die biomechanische Stabilität ist höher als bei einem rein kunststoffbasierten Provisorium.
3. Mikrobewegungen und Manipulationen in der sensiblen Phase der Implantateinheilung werden vermieden, eine bakterielle Kontamination wird minimiert.
4. Die Ästhetik, Phonetik und Funktion sind von Anfang an subjektiv gegeben.
5. Der verschraubte Zahnersatz ist wegen der bedingten Abnehmbarkeit reparaturfreundlich.

Fallbeispiele

Fall 1

81-jährige Frau in altersentsprechendem Allgemeinzustand mit zwei osseointegrierten alten Implantaten, Regio 45 und 46, die bisher mit Kronen versorgt waren. Die Zähne 33 und 43 unter der Unterkieferfrontzahnbrücke waren parodontal insuffizient (Lockerung II–III), mit zirkulären, horizontalen und vertikalen Osteolysen. Die restlichen Zähne rechts im Unterkiefer waren ebenfalls gelockert und für einen Zahnersatz nicht einsetzbar. Das CBCT bestätigt die Knochendefekte im anterioren Unterkiefer. Es diente als Vorlage zur Ausrichtung der Implantate und laborseitig dem Set-up der SOS-Schablone (Abb. 7). Die Insertion der Implantate (Implant Direct Swish-Plus) konnte exakt nach den Vorgaben der Schablone durchgeführt werden. Für das Implantat 42 wurde ein Aufbau mit 15 Grad Abwinkelung gewählt, bei 32, 34 und 36 kamen gerade Aufbauten mit 2 mm bzw. 3 mm Höhe zum Einsatz,

bei 45 und 46 gerade Aufbauten mit 1 mm Gingivahöhe. Die Overdenture-Titankappen wurden aufgesetzt und in der Schablone fixiert. Im nächsten Schritt wurde die intermaxilläre Relation mit der Schablone bestimmt. Zwei Tage postoperativ wurde der Zahnersatz spannungsfrei eingeschraubt, die Schraubenkanäle mit Kunststoff verschlossen und der Biss feinjustiert (Abb. 8).

Fall 2

68-jähriger Patient mit moderaten Risikofaktoren, Restbezahnung im Oberkiefer mit 13/23. Drei Wochen präoperativ erfolgte eine endodontische Behandlung zur Vorbereitung des Patienten. Die Zähne wurden danach auf Zahnfleischniveau gekürzt und jeweils ein Multiple-Unit Abutment (Implant Direct) ausgerichtet und einpolymerisiert (Abb. 9).

Um bei freiliegendem Dentin Karies zu vermeiden, wurden die Trennstellen mit Kunststoff abgedeckt und geglättet. Nach Insertion der Implantate kamen bei 15, 16 und 26 Aufbauten mit 4 mm Gingivahöhe zum Einsatz, bei 11, 21 und 25 Abutments mit 15 Grad Neigung. Die Abutments auf 13 und 23 wurden analog enossaler Implantate verwendet. Beim definitiven Einsetzen des Zahnersatzes wird der Spalt zwischen Zahnersatz und Zahn mit dualhärtendem Kunststoff verschlossen (Abb. 10 und 11).

Fall 3

Es stellte sich ein 73-jähriger Patient mit insuffizienter Frontzahnbrücke und extraktionswürdigen Zähnen 34, 33, 32, 42 und 43 (Abb. 12) vor. Auf sechs Implantaten wurde ein definitiver Zahnersatz nach dem Protokoll des „Set-on-six“-Systems eingegliedert (Abb. 13 und 14).

Fazit

Mit dem „Set-on-six“-System existiert ein neuartiges Vorgehen mit den Vorzügen des bekannten All-on-4®-Verfahrens. Essenziell ist dabei die sofortige Eingliederung eines definitiven Zahnersatzes zu erschwinglichen Kosten. Die Komplexität des Verfahrens und die Herstellung der SOS-Schablone setzt eine gute Abstimmung zwischen erfahrenem Zahnarzt, Chirurgen und Zahntechniker voraus.



Abb. 12



Abb. 13



Abb. 14

Abb. 12: Klinischer Eingangsbefund. – **Abb. 13:** Klinische Situation nach Eingliederung. – **Abb. 14:** Sechs Implantate mit dem „Set-on-six“-System optimal inseriert.

Durch die große Primärstabilität und basale Gestaltung wurde eine Überlebensrate von 100 Prozent der eingesetzten Restaurationen in dem beobachteten Zeitraum von drei bis fünf Jahren mit zufriedenstellender Implantatgesundheit erreicht.

Dr. Horst Schubert
 [Infos zum Autor]



Dr. Jörg Huberth
 [Infos zum Autor]



ZTM Michael Föbel
 [Infos zum Autor]



Kontakt

Dr. Horst Schubert

Laurenzstraße 8, 96049 Bamberg
 info@drhorstschubert.de

Dr. Jörg Huberth





Hainstraße 18, 96047 Bamberg
 info@kieferchirurgiebamberg.de

ZTM Michael Föbel

Föbel Zahntechnik
 Foessel-dentaltechnik@t-online.de

Knochenersatzmaterial

GUIDOR® *easy-graft*

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

www.guidor.com

Verkauf:

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

Für die Osseointegration von Implantaten und deren Langzeiterfolg ist die Beschaffenheit der Implantatoberfläche von entscheidender Bedeutung. Sie beeinflusst maßgeblich die Geschwindigkeit der Wundheilung und die Osseointegration, sie kann biologische Prozesse aktivieren bzw. optimieren und ermöglicht so auch eine frühe funktionelle Belastung des Implantates.

Implantatoberflächen

Jürgen Isbaner

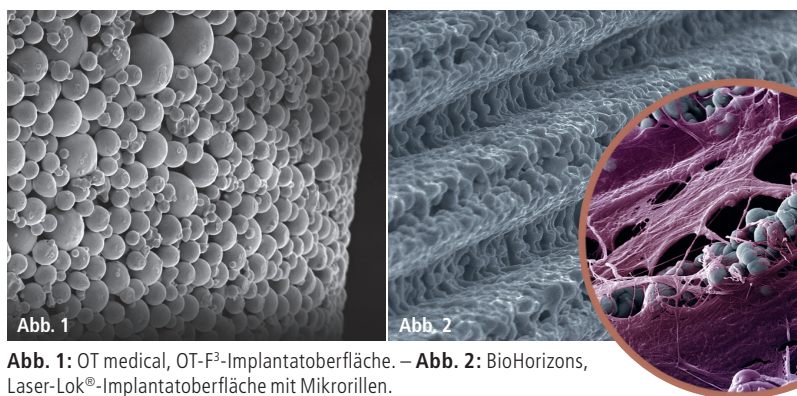


Abb. 1: OT medical, OT-F³-Implantatoberfläche. – **Abb. 2:** BioHorizons, Laser-Lok[®]-Implantatoberfläche mit Mikrorillen.

Um die gewünschte Oberflächentopografie zu erreichen, werden moderne Implantate heute entweder chemisch bearbeitet, sandgestrahlt oder beschichtet. Als zusätzliche Optimierungsvariante im Hinblick auf die beschleunigte bzw. verbesserte Einheilung der Implantate werden von einigen Herstellern auch biologisierte oder pharmazeutisch modifizierte Oberflächen angeboten. Hier liegt durchaus ein gewisses Potenzial und es bleibt abzuwarten, welche Ergebnisse hier sowohl in der Forschung als auch in der praktischen Anwendung mittelfristig erreicht werden können. Der Schwerpunkt der Entwicklungsarbeit liegt derzeit jedoch nach wie vor auf der Optimierung der Beschaffenheit der Implantatoberflächen selbst. Entsprechend den Ergebnissen von klinischen Studien und Erfahrungen aus dem Praxisalltag haben sich heute in der Regel Oberflächen mit einer mittleren Rauigkeit durchgesetzt. Bei der Herstellung bzw. Modifikation von Implantatoberflächen wendet man im Wesentlichen zwei

Verfahren an. Zum einen die subtraktiven, also die Implantatoberfläche direkt verändernde Verfahren (z. B. Ätzen, Sandstrahlen oder die Kombination von beiden), und zum anderen die additiven, d. h. die Implantatoberfläche durch unterschiedliche Formen der Beschichtung verändernde Verfahren (Titan-, Plasma- oder HA-Beschichtung). Manche Autoren oder Hersteller sehen als dritten Weg noch die sogenannten Konversionsoberflächen (z. B. elektrochemische Transformierungen). Letztlich ist es jedoch so, dass bei den meisten Herstellern die Implantatoberflächen durch subtraktive (z. B. Ätzen, Sandstrahlen) oder additive Verfahren (Beschichtung) erzeugt werden. Hinsichtlich der Verfahren und der Bezeichnungen der Oberflächen selbst gibt es von Hersteller zu Hersteller eine Reihe oft eher marketingseitig bedingter Mutationen bzw. letztlich Bezeichnungen.

Was jedoch den Goldstandard der Oberflächenbearbeitung markiert (Ätzen und/oder Sandstrahlen oder Beschich-

ten) oder welche Oberfläche an sich das Optimum darstellt, ist wie vieles in der Implantologie umstritten. Ebenso umstritten ist, wie die Beschaffenheit der Oberfläche am Implantat hauptsächlich vorzugsweise gestaltet sein soll – lieber glatt oder rau oder rau mit Mikrorillenstruktur. Ebenso ist es derzeit noch schwierig, die Potenziale der Oberflächenkonditionierung eindeutig zu beurteilen.

Moderne Implantatoberflächen beeinflussen in Verbindung mit entsprechenden Implantatdesigns sowohl den Wundheilungsprozess als auch die Osseo- und Periointegration von Implantaten positiv und tragen so zur hohen Erfolgsquote in der oralen Implantologie bei. Jede Verbesserung, die hier erreicht werden kann, dient letztlich vor allem dem Patienten.

Die folgende Übersicht stellt die Implantatsysteme nach den Kriterien Implantatform, Beschichtung, Oberflächenbearbeitung und Gestaltung des Implantatstängels dar und ermöglicht so einen sehr kompakten, gut strukturierten und aussagekräftigen Überblick der am Markt befindlichen Implantatsysteme.

Anmerkung der Redaktion

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



HI-TEC IMPLANTS

KOMPATIBEL ZU FÜHRENDEN IMPLANTATSYSTEMEN

VISION



LOGIC

X6 & MODULAR ABUTMENT



SELF THREAD & UNIVERSAL UNIT



Beispielrechnung
Einzelzahnversorgung

Implantat inkl. Deckschraube	89,-
Abheilpfosten	15,-
Einbringpfosten = Abdruckpfosten	0,-
Modellimplantat	12,-
Titan-Pfosten bzw. CAD/CAM Keelbasis	39,-
EURO	155,-*

* ohne Mindestabnahme!!



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

HI-TEC IMPLANTS · Vertrieb Deutschland · Michel Aulich · Veilchenweg 11/12 · 26160 Bad Zwischenahn
Tel. 0 44 03/53 56 · Fax 0 44 03/93 93 929 · Mobil 01 71/6 08 09 99 · michel-aulich@t-online.de · www.hitec-implants.com

HI - TEC IMPLANTS

Systeme und Oberflächen

Firma	Produkt	Implantatform				Beschichtung														Bearbeitung					Implantatmas															
		Schraube	Zylinder	Konus	Disk	Plateau- und Fini-Design	abgeschrägte Implantatsehnen	abgewinkelter Implantatsehnen	Parallel- und Wurzelform	individuell	N-TIPS	RBM	HA (Resorbable Blast Media)	HA (Hydroxylapatit)	Titanlegierung	Mikronanfügelchen gesinter	maschin. Mikrostruktur	WGS (Winkler Blast Surface)	Bohr	Keramik/Zirkonoxid	Nanotechnologie/Sontrage	gestrahit	gelätzt	Konditioniert		elektrochem. Transformation	chemische Transformation	poliert	maschiert	Isenbearbeitet	glatt	rau	Mikrostruktur							
3M Deutschland	MDI Mini-Dental-Implantate	●	●																	●	●												●							
Argon Dental/	K3Pro® Sure	●	●					●											●*		●*													●*						
Argon Medical	K3Pro® Rapid	●	●					●											●*		●*													●*						
	Konus K3Pro® Zirkon Implantatsystem	●	●	●				●										●	●*		●*												●							
	Konus K3Pro® Short	●	●	●				●											●*		●*													●*	●					
AUROSAN	REVOIS®	●	●	●				●						●					●	●	●				●	●	●							●	●					
	REVOIS PRO®	●	●	●				●						●					●	●	●				●	●	●								●	●				
BEGO Implant Systems	BEGO Semados® S-Line	●	●																	●															●					
	BEGO Semados® RI-Line	●	●																	●																●				
	BEGO Semados® RS-Line	●	●																	●																●				
	BEGO Semados® RSX-Line	●	●																	●																●	●			
	BEGO Semados® Mini-Line	●	●																	●																●				
Bicon	Bicon				●						●	●								●	●															●				
Biodenta	Biodenta Bone Level Implant	●						●																●												●				
	Biodenta Bone Level Tapered Implant	●	●					●																●													●			
	Biodenta Tissue Level Implant	●						●																●													●			
BioHorizons	Internal	●	●																				●														●			
	One-piece 3.0/Overdenture 3.0	●	●																				●														●			
	Single-stage	●	●																				●														●			
	Tapered Internal	●	●																				●														●			
	Tapered Internal Plus	●	●																				●														●			
	Tapered Internal Tissue Level	●	●																				●														●			
	Tapered Internal 3.0	●	●																				●														●			
	Tapered Internal Kurzimpl. m. Laser-Lok® kompl.	●	●																				●						●								●			
BIOMET 3i	T3 Short Implant	●						●															●	●													●			
	T3 Short Implant mit DCD-Oberfläche	●						●												●			●	●													●			
	T3 Tapered Implantate																																							
	– mit Platform Switch	●						●																●	●													●		
	– mit Platform Switch und DCD-Oberfläche	●						●															●	●	●													●		
	– ohne Platform Switch	●						●																●	●													●		
	– ohne Platform Switch und DCD-Oberfläche	●						●															●	●	●													●		
	T3 Parallelwandige Implantate																																							
	– mit Platform Switch	●						●																●	●													●		
	– mit Platform Switch und DCD-Oberfläche	●						●															●	●	●													●		
	– ohne Platform Switch	●						●																●	●													●		
	– ohne Platform Switch und DCD-Oberfläche	●						●																●	●	●												●		
BON-Dental	Paltop Advanced®	●	●																				●															●	●	
	Paltop Dynamic®	●	●																				●															●	●	
bredent medical	whiteSKY	●	●	●																			●	●													●	●		
	blueSKY	●	●	●																			●	●														●	●	
	SKY classic	●	●	●																			●	●														●	●	
	narrowSKY	●	●	●																			●	●														●	●	
	mini¹SKY	●	●	●																			●	●														●	●	
	mini²SKY	●	●	●																			●	●														●	●	
BTI	Interna	●																					●			●												●		
	TINY & Externa	●																					●															●		
CAMLOG	CAMLOG® Implantatsystem	●	●					●															●	●													●	●		
	CONELOG® Implantatsystem	●	●																					●	●													●		
	iSy® Implantatsystem	●	●																					●	●														●	
Champions-Implants	Champions®-Vierkant	●																					●	●														●	●	
	Champions®-Tulpe	●																					●	●														●	●	
	Champions (R)Evolution®	●	●																				●	●														●	●	
Clinical House Europe	PerioType X-Pert®	●																						●														●		
	PerioType XS	●											●											●	●														●	
	PerioType XL	●											●											●	●														●	
CORTEX (Harf Med. S.)	ONE-PIECE, CLASSIX, DYNAMIX, SATURN	●												●										●	●													●		
Cumdente	miniVX	●	●																					●	●													●		
	AS Implants	●	●	●																				●	●														●	

*OsteoActive®

Die Marktübersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. – Stand: Februar 2016

Firma	Produkt	Schraube	Implantatform				abgewinkeltes Implantatdrehkörper	Parallel- und Wurzelform individuell	N-TPS/TPS	RBM (Resorbable Blast Media)	HA (Hydroxylapatit)	Tränkebearbeitung	Beschichtung				maschin. Mikrostuktur	WGS (Winkler Blast Surface)	Bohrt	Keramik/Zirkonoxid gestraht	Nanotechnologie/Sonströme	geätzt	Bearbeitung				Mikrorillenstruktur
			Zylinder	Konus	Disk	Plateau- und Fir-Design							Beschichtung	Konditioniert	elektrochem. Transformation	chemische Transformation							poliert	maschiert	Isenbearbeitet	glatt	
Cumdente	AS-V Implants	●	●	●														●	●					●			
Dentalpoint	ZERAMEX® P6	●	●																●	●				●			
	ZERAMEX® T ZERALOCK																		●	●				●			
Dentaurum Implants	TioloX® Implantatsystem	●		●																				●			
	tiologic® Implantatsystem	●	●	●																				● ●			
Dentegris Deutschland	Straight Implantat	●	●																					● ●			
	Straight SLS Implantat	●	●																					● ●			
	Tapered Implantat	●		●																				● ●			
	SL Sinus-Lift Implantat	●		●																				● ●			
	Mini Kugelkopfimplantat	●		●																				●			
	Soft-Bone Implantat	●		●																				● ●			
Dentium/ICT Europe	Implantium	●	●																					● ●			
	SuperLine	●		●																				● ●			
	SlimLine	●	●																					● ●			
	SimpleLine II	●	●																					● ●			
	NR Line	●		●																				● ●			
DENTSPPLY Implants	ANKYLOS®	●	●	●																				●			
	ASTRA TECH Implant System EV	●	●	●				●													●			● ● ●			
	ASTRA TECH Implant System Profile EV	●	●	●			●														●			● ● ●			
	ASTRA TECH Implant System TX	●	●	●				●													●			● ● ●			
	ASTRA TECH Implant System TX Profile	●	●	●			●														●			● ● ●			
	FRIALIT®	●		●				●													●	●		● ● ●			
	XiVE®	●		●				●													●	●		● ● ●			
Dr. Ihde Dental	BCS®	●		●						●														●			
	Bone Level Plus®		●							●														●			
	Disk-Implantate „Diskos“			●						●														●			
	KOS®, KOS® E	●		●						●														●			
	KOS® Mini	●		●						●														●			
	KOS® Micro	●		●						●														●			
	SSO®, STW®		●							●														●			
	STO®	●		●						●														●			
	Xign®		●							●													●	●			
	TPG	●		●						●	●													●			
	Place®		●							●														●			
	Hexacone®		●							●														● ●			
DRS International	HEXATEC	●	●							●														●			
	OKTAGON	●	●							●														● ●			
FairImplant	FairOne™	●		●																				●			
	FairTwo™	●	●																					● ●			
	FairWhite™	●		●																				●			
Henry Schein	alphatech BONITex®	●	●	●																		●		● ●			
	alphatech DUOTex®	●	●	●																				● ●			
HI-TEC IMPLANTS	Self-Thread/Tite-Fit	●		●																				● ●			
	LOGIC™/VISION™	●		●																				● ●			
	TRX/TRX-OP/TRI	●		●																				● ●			
IDI – Implants Diffusion	ONB	●	●							●														●			
International	IDOH®/IDOT®	●	●							●														●			
	ITPGold	●	●							●														●			
	IDMax	●		●						●														●			
	ID Bio	●		●						●														●			
Implant Direct	Spectra® Linie:																										
	S-Plant®	●		●						● ●														● ●			
	S-Plus®	●		●						● ●														● ●			
	S-Direct®	●		●						● ●														● ●			
	S-Redirect®	●		●						● ●														● ●			
	S-Indirect®	●		●						● ●														● ●			
	GoDirect™	●		●						● ●														● ●			
	GoDirect™ Mini	●		●						● ●														● ●			

Die Marktübersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. – Stand: Februar 2016

Systeme und Oberflächen

Firma	Produkt	Implantatform								Beschichtung										Bearbeitung					Implantattyp								
		Schraube	Zylinder	Konus	Disk	Plateau- und Fin-Design	abgeschrägte Implantatrandränder	abgewinkelter Implantatrandränder	Parallel- und Wurzelform	individuell	1-1,75xT/PS	RBM	HA (Resorbable Blast Media)	HA (Hydroxylapatit)	Titanlegierung	Mikronanmullgüßchen geformt	mehrschicht. Mikrostruktur	WGS (Winkler Blast Surface)	Bornt	Keramik/Zirkonoxid	Nanotechnologie/Sonstiges	gestraht	gelätzt	Konditioniert		elektrochem. Transformierung	chemische Transformierung	poliert	maschiert	Isenbearbeitet	glatt	rau	Mikroporenstruktur
Implant Direct	Legacy™ Linie: 1/2/3/4	•	•							•	•																				•	•	
	Tri-Lobe Linie:																																
	RePlant®	•	•							•	•											•									•	•	
	RePlus®	•	•							•	•											•									•	•	
	ReActive™	•	•							•	•											•									•	•	
	Swish™ Linie:																																
	SwishPlant™	•	•							•	•												•								•	•	
	SwishPlus™	•	•							•	•												•								•	•	
InterActive™	•	•							•	•												•								•	•		
Impreglon Material	biocer® (transgingival)	•	•																•		•								•				
Technology	biocer® Mini	•	•																	•		•								•			
	biocer® Interim	•	•																		•					•				•			
	biocer® Mini crestal	•	•																		•		•							•			
	biocer® SP & MP crestal	•	•	•																	•		•							•			
	Indi Implant Systems	Indi Implant Titan/Keramik/PEEK								•																							
JMP	MINI EINS/MINI ZWEI	•																				•								•			
	MINI INTER (Interims-Implantat)	•	•																			•								•			
Keystone Dental	Genesis™	•	•	•					•													•								•	•		
	RESTORE® Implantatsys. m. Außensechskant	•	•								•												•							•			
	Stage-1® Einzeitiges Implantatsystem	•	•								•												•							•			
	PrimaSolo®	•	•	•					•		•												•							•			
	PrimaConnex®	•	•	•					•		•												•							•			
K.S.I. Bauer-Schraube	K.S.I. Bauer-Schraube Vierkant	•													•							•							•				
	K.S.I. Bauer-Schraube Kugelkopf	•													•								•						•				
	K.S.I. Bauer-Schraube Hohlkehle	•													•								•						•				
	K.S.I. Bauer-Schraube zweiteilig	•													•								•						•				
LASAK	BioniQ®	•	•	•																		•							•	•	•		
	IMPLADENT	•	•	•							•												•			•				•	•	•	
	Prolimplant	•	•																									•		•			
LOSER & CO	MTI Transitional Implants	•													•														•				
	Atlas/ANEW	•													•														•				
Medentika Implant	M-Implant®			•																										•	•		
medentis medical	ICX-templant	•	•	•					•																				•	•	•		
Medical Instinct®	BoneTrust® plus	•	•	•					•																				•	•	•		
	BoneTrust® one	•	•	•					•																				•	•	•		
	BoneTrust® sinus	•	•	•					•																				•	•	•		
	BoneTrust® mini	•	•																									•		•			
Metoxit	Ziraldent®								•										•**										•**		•		
MIS Implants	M4	•	•																										•				
Technologies	Seven/C1	•	•																										•	•			
	Mistral	•	•																											•			
	Provisional Implants	•	•																										•		•		
	UNO/NARROW	•	•																												•		
	m&k dental	ixx2®	•	•	•					•		•																		•	•	•	
Trias®	Trias®	•	•	•					•		•																		•	•	•		
	Trias® Mini 3,3/3,8	•	•	•					•		•																		•	•	•		
	Trias® Interim	•	•	•					•		•																	•	•	•			
	Trias® Mini	•	•								•																		•				
Nature Implants	nature Implants	•	•						•																				•	•			
NDI AG	REPLICATE™ System (Titan/Keramik)								•																					•			
	REPLICATE™ System (Vollkeramik)								•																					•			
Nemris	Aesthura® Classic (zweiphasig)	•	•	•																									•	•			
	Aesthura® Immediate (einphasig)	•	•	•																								•	•				
Neoss	Neoss Tapered	•							•																				•				
	Neoss ProActive®	•	•																										•				
Nobel Biocare	Brånemark System®	•																											•				
	Brånemark System® Groovy	•																												•			
	Replace Select™ Straight	•																											•				

** ZircaPore® Keramik

Die Marktübersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. – Stand: Februar 2016

Firma	Produkt	Implantatform								Beschichtung							Bearbeitung					Implantatmas							
		Schraube	Zylinder	Konus	Disk	Plateau- und Fin-Design	abgeschrägte Implantatrotulle	abgewinkelter Implantathalter	Parallel- und Wurzelform individuell	V-TPS/TPS	RBM	HA (Resorbable Blast Media)	HA (Hydroxylapatit)	Titanlegierung	Mikrotitankügelchen gesintert	WGS (Winkler Blast Surface)	Bornt	Keramik/Zirkonoxid	Nanotechnologie/Sonotages	gestraht	gelbt	Konditioniert	elektrochem. Transformatierung	chemische Transformatierung	poliert	maschiert	Isenbearbeitet	glatt	rau
Nobel Biocare	NobelParallel CC™	●	●																		●								
	NobelActive®	●	●																			●						●	●
	NobelReplace® Tapered	●	●																			●						●	●
	NobelReplace® Straight	●	●																			●						●	●
	NobelSpeedy® Groovy	●	●																			●						●	●
	NobelReplace® Conical Connection (CC)	●	●																			●						●	●
	NobelReplace® Platform Switching (PS)	●	●																			●						●	●
OSSTEM IMPLANT	TS III	●	●															●	●										
	MS	●							●									●										●	
OT medical	BICORTIC®	●																								●			
	OT-F¹	●	●							●²										●	●						●		
	OT-F²	●							●											●	●								●
	OT-F³	●	●									●															●		
Phoenix Implants	CO-X	●											●													●	●		
	BI-X	●											●													●	●		
	BI-X2	●											●													●	●		
	6K43				●								●													●	●		
	8K41				●								●													●	●		
Prowital	prowital plus	●	●																●									●	
Schütz Dental	IMPLA Dual Surface	●	●						●									●	●								●		
	IMPLA MicroRetention	●	●						●										●	●								●	
	IMPLA Cylindrical	●	●																●	●								●	
	IMPLA Mini-Conetop/-Balltop (einteilig)	●	●																●	●									
	IMPLA Interim	●	●																				●						
	IMPLA MicroRetention (konische Innenverb.)	●	●						●										●	●								●	
SIC invent	SICace®	●	●																●	●								●	
	SICmax®	●	●																●	●								●	
	SICmax onepiece	●	●																●	●							●		
	SICvantage® max	●	●																●	●								●	
Straumann	Straumann® Dental Implant Sys. – SLA®	●	●	●					●										●	●							●	●	
	Straumann® Dental Implant Sys. – SLActive®	●	●	●					●											●	●		●				●	●	
	Straumann® Dental Implant Sys. – ZLA™	●	●						●											●	●						●	●	
Swiss Dental Solutions (SDS)	SDS1.0 RD (Root Design)	●	●													●	●					●					●		
	SDS1.0 DT (Dynamic Thread®)	●	●	●					●										●	●			●				●		●
	SDS1.1 Monkey	●	●	●					●										●								●	●	
	SDS2.0 (zweiteilig verschraubt)	●	●	●					●									●	●								●	●	
Thommen Medical	Thommen Medical Implantat System	●	●	●					●										●	●		●	●				●		
TRINON	Q-Implant (einphasig)	●	●																●	●							●		
	Q²-Implant (zweiphasig mit Außenhexagon)	●	●																●	●							●		
	Q³-Implant (einphasig mit Kugelkopf)	●	●																●	●							●		
	QK-Implant (zweiphasig mit Innenkonus)	●	●																●	●							●		
	GIP-Implant (einphasig)	●	●																●	●							●		●
VITA Zahnfabrik	ceramic.implant									●								●	●	●			●				●		
Zimmer Dental	P-I Amplified Implantat	●							●									●	●									●	
	P-I Morse Taper Implantat	●							●										●	●								●	
	Swiss Plus®	●	●	●															●	●							●		
	Tapered Screw-Vent®	●	●							●										●	●						●		
	Zimmer® One-Piece Implantat	●	●																●	●							●		
	Tapered Screw-Vent® mit kristalen Optionen	●	●																●	●							●	●	●
	Zimmer® Trabecular Metal™ Zahnimplantat	●	●																●	●							●	●	●
ZL Microdent	ZL Duraplant (zweiphasig m. Außenhexagon)	●																											
	Duraplant 2.2 (zweiphasig, zweif. Innengew., Doppelkonus-Waveverbindung)	●																											
	NaturaLock (einteilig)								●																				
	Duraplant																						●					●	
Z-Systems	Zirkolith® Z5m (einteilig)	●	●						●										●							●	●		
	Zirkolith® Z5c (zweiteilig, geklebt)	●	●	●					●											●						●	●		
	Zirkolith® Z5m(t) (konisch)	●	●	●					●											●						●	●		
	Zirkolith® Z5s (zweiteilig, geschraubt)	●	●						●											●						●	●		

Die Marktübersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. – Stand: Februar 2016



© SJ Travel Photo and Video

DGZI New Generation rockt die Hamburger Hafencity



Am 30. Januar 2016 fand in der Hansestadt Hamburg das Studiengruppentreffen „New Generation of Oral Implantology“ der DGZI unter dem Motto „Implantologie versus Endodontie & Parodontologie – Konkurrenz oder Synergie?“ statt. Als Referenten waren zwei auf ihrem Gebiet ausgewiesene Spezialisten eingeladen. Thomas Clauder als hoch renommierter Endodontologe und Dr. Kai Fischer von der Universität Witten/Herdecke, welcher im Bereich der Parodontologie intensive Forschung betreibt. Der DGZI-Studiengruppenleiter Dr. Navid Salehi begrüßte die Teilnehmer

und stellte das Tagesprogramm vor. Dr. Kai Fischer startete mit seinem Vortrag zum Thema „Chancen und Grenzen der Parodontologie“, Thomas Clauder schloss sich mit einem Beitrag zu „Grenzen und Möglichkeiten der modernen Endodontie“ an. Nach den Vorträgen gab es eine Diskussion mit dem Konsens, dass alle Fachgebiete in der Zahnmedizin nur erfolgreich sein können, wenn es eine Synergie gibt. Nach der Mittagspause folgten Hands-on-Kurse, zu welchen die Teilnehmer aufgrund der besseren Betreuung in Zweiertteams arbeiteten. Im Kurs von Dr. Fischer beschäftigte man sich mit „Implantation/Gewebsmanagement am Schweinekiefer und Schweineohr“. Es wurden Tunnelierungs-Techniken, Verschiebelappen, verschiedene Nahttechniken und das Setzen von Implantaten (Zimmer Biomet) geübt. Bei Thomas Clauder stand die „Moderne Aufbereitung in der Endodontie“ im Mittelpunkt.

Offener und ehrlicher Austausch

Die durchweg jungen Teilnehmer, welche die Hands-on-Kurse begeistert aufnahmen, entwickelten im Rahmen der Veranstaltung einen offenen und ehrlichen Austausch miteinander. Genau dieser Punkt liegt Dr. Salehi sehr am Herzen: „Ich bin der Meinung, dass junge Teilnehmer und Referenten mehr auf einander zugehen und so Problematiken besser besprechen können. Eine Fortbildung sollte nicht nur aus Vorträgen bestehen, viel mehr ist die offene Diskussion im Anschluss wichtig.“ Derselben Meinung war auch Dr. Kai Fischer: „Wenn es um Fortbildungen geht, hat es lange zu wenige Veranstaltungen speziell für junge Zahnärzte gegeben. Natürlich gibt es viele curriculäre Angebote über alle Fachrichtungen hinweg. Diese sind häufig aber sehr teuer und eignen sich wenig, um in ein Thema hineinzuschnuppern.“ Angebote wie das DGZI New Generation Meeting in Hamburg zeigen, dass in kleinen Gruppen von Gleichaltrigen eine besondere Dynamik entsteht und



Abb. 1: Dr. Kai Fischer, Thomas Clauder und Dr. Navid Salehi (v.l.).



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5



Abb. 6

Abb. 2: „Come together“ am Abend. – **Abb. 3:** Blick in den Vortragssaal. – **Abb. 4–6:** Workshops mit Dr. Kai Fischer, Thomas Clauder und Dr. Navid Salehi.

auch Fragen gestellt werden, die auf Kongressen ungestellt bleiben würden. „Besonders spannend empfand ich die Themenauswahl in Form von Zwiegesprächen ‚Endodontie vs. Implantologie‘ beziehungsweise ‚Parodontologie vs. Implantologie‘. Außerdem denke ich, dass die Kombination aus Vorträgen mit dem Fokus auf klinischen Fällen und Hands-on vor allem für junge Kollegen interessant ist“, meint Fischer.

Der Abend wurde mit einem „Come together“ abgerundet, bei welchem sich nicht nur die Teilnehmer, sondern auch die Referenten bei Snacks, Getränken und guter Laune bis spät in die Nacht austauschten.

Gleiches Therapieziel

Mit dieser Veranstaltung und der bemerkenswerten Zusammenarbeit von Spe-

zialisten dieser beiden Berufsgruppen, welche sonst nicht immer im gleichen Podium einer Tagung zusammenfinden, konnte die DGZI erfolgreich den Blick über den Tellerrand erweitern und aufzeigen, dass selbst diese unterschiedlichen Fachbereiche der Zahnmedizin letztendlich das gleiche Therapieziel verfolgen. Ob mit einer endodontischen Behandlung versucht wird, den natürlichen Zahn zu retten oder ihn bei gegebener Indikation sinnvollerweise durch ein Implantat zu ersetzen – mit jeweils unterschiedlichen Herangehensweisen wird schließlich die stabile Mundgesundheit des Patienten angestrebt.

Dr. Salehi als auch die begeisterten Teilnehmer blicken einer weiteren Ausgabe dieses Studiengruppentreffens freudig entgegen.

Die Studiengruppe „New Generation of Oral Implantology“ der DGZI bedankt sich für die tolle Unterstützung von Zimmer Biomet, DENTSPLY, Hu-Friedy und der Ärztefinanz.



Abb. 7



Abb. 8

Abb. 7: Für das kulinarische Wohl der Teilnehmer wurde gesorgt. – **Abb. 8:** Hatten sichtlich Spaß: Alle Teilnehmer und Referenten auf einen Blick.

Kontakt

DGZI – Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.

Paulusstraße 1
40237 Düsseldorf
Tel.: 0211 16970-77
sekretariat@dgzi-info.de
www.dgzi.de

Die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V. (DGZI) verleiht den im Jahre 2005 durch den Wissenschaftlichen Beirat der DGZI inaugurierten „DGZI Implant Dentistry Award“ anlässlich des 46. Internationalen DGZI-Jahreskongresses in München am 30. September und 1. Oktober 2016.



DGZI Implant Dentistry Award 2016

Der DGZI Implant Dentistry Award wird vom Wissenschaftlichen Beirat der DGZI zur Würdigung einer wegweisenden wissenschaftlichen Arbeit auf dem Gebiet der Implantologie verliehen. Er stellt die höchste Auszeichnung einer wissenschaftlichen Leistung durch die DGZI dar und ist zurzeit mit insgesamt 10.000 Euro dotiert. Der Preis wird national und international ausgeschrieben. Es können sich alle in Deutschland tätigen Zahnärzte, Oralchirurgen, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen sowie alle in der zahnärztlichen Forschung engagierten Wissenschaftler beteiligen.



Eigentum des/der Einreicher ist. Bei Autorengruppen sind die Anteile der einzelnen Autoren näher zu spezifizieren. Nichtprämierte Arbeiten werden den Absendern zurückgegeben. Wird von einem Autor bei der Einreichung einer Arbeit gegen die Bestimmungen dieser Richtlinien verstoßen, so scheidet er aus der Bewerbung aus.

Die Arbeit darf den/die Verfasser nicht erkennen lassen, sie ist daher mit einem Kennwort zu versehen. Der Arbeit ist ein verschlossener Briefumschlag beizufügen, der das

Internationale Teilnehmer müssen über eine gleichwertige akademische Ausbildung verfügen.

Zulässige Formate sind veröffentlichte oder angenommene Originalarbeiten in einem international angesehenen Journal mit Impact-Faktor sowie Habilitationsschriften auf den Gebieten der zahnärztlichen Implantologie und Implantatprothetik. Eine Veröffentlichung darf nicht länger als zwei Jahre zurückliegen. Gleiches gilt für das Datum der Habilitation bei Einreichung einer Habilitationsschrift. Alle Arbeiten enthalten eine Zusammenfassung von maximal zwei Seiten, aus der vor allem die wissenschaftliche Bedeutung für die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde hervorgeht.

Die Arbeit kann von einem Autor oder einer Autorengruppe verfasst sein. Dem Antrag ist eine Erklärung beizufügen, dass die eingereichte Arbeit geistiges

Kennwort trägt und den Namen und die Anschrift des Verfassers enthält. Die Arbeiten müssen in fünf Exemplaren in deutscher oder englischer Sprache druckfertig eingereicht werden an:

DGZI Geschäftsstelle
 Implant Dentistry Award 2016
 Paulusstraße 1, 40237 Düsseldorf
 sekretariat@dgzi-info.de
 www.DGZI.de

Modalitäten & Preisgeld

Die eingereichten Arbeiten werden von der Geschäftsstelle gesammelt und einem Preisrichterkollegium zugeleitet. Das Ergebnis der Beurteilung unterbreitet der Vorsitzende des Wissenschaftlichen Beirates dem Vorstand der DGZI. Bei Autorengruppen geht der Preis an die gesamte Gruppe. Diese Entscheidung ist

endgültig, der Rechtsweg ausgeschlossen. Die DGZI hat das Vorrecht, über die Preisvergabe zu berichten. Diese erfolgt in der Regel frühestens in der Woche des Internationalen Jahreskongresses. Die Höhe des Preisgeldes beträgt für den ersten Platz 5.000, den zweiten Platz 3.000 und den dritten Platz 2.000 Euro.

Ansprechpartner
 DGZI Implant Dentistry Award 2016:

Vorsitzender des
 Wissenschaftlichen Beirates
 Prof. (CAI) Dr. med. dent. Roland Hille
 Königsallee 49c, 41747 Viersen
 dr-hille@t-online.de

DAS DGZI E-LEARNING CURRICULUM IMPLANTOLOGIE

BIS ZU 160
FORTBILDUNGS-
PUNKTE

Kurs 156/2016 – Starten Sie jederzeit mit den 3 E-Learning Modulen
3 E-Learning Module + 3 Pflichtmodule + 2 Wahlmodule



3 E-Learning Module

- 1 Allgemeine zahnärztliche und oralchirurgische Grundlagen
- 2 Implantologische Grundlagen I
- 3 Implantologische Grundlagen II

BEGINN
JEDERZEIT
MÖGLICH!

3 Pflichtmodule

- 1 **Spezielle implantologische Prothetik**
Termin geplant 1. Halbjahr 2017 | Berlin
Prof. Dr. Michael Walter
Priv.-Doz. Dr. Torsten Mundt
- 2 **Hart- & Weichgewebsmanagement**
16./17.09.2016 | Winterthur (CH)
DGZI-Referenten
- 3 **Anatomiekurs mit praktischen Übungen am Humanpräparat**
14./15.10.2016 | Dresden
Priv.-Doz. Dr. Wolfgang Schwab
Prof. Dr. Werner Götz

2 Wahlmodule

- 1 **Sedation – Conscious sedation for oral surgery¹**
10.–12.06.2016 | Speicher
- 2 **Bonemanagement praxisnah – Tipps & Tricks in Theorie und Praxis**
21./22.10.2016 | Essen
- 3 **Problembewältigung in der Implantologie – Risiken erkennen, Komplikationen behandeln, Probleme vermeiden.**
02./03.12.2016 | Essen
- 4 **Laserzahnheilkunde & Periimplantitistherapie (Laserfachkunde inklusive!)**
23./24.09.2016 | Freiburg im Breisgau
- 5 **Implantologische und implantatprothetische Planung unter besonderer Berücksichtigung durchmesser- und längenreduzierter Implantate (Minis und Shorties)**
04./05.11.2016 | Bonn
- 6 **Piezosurgery**
03./04.06.2016 | München
- 7 **09./10.12.2016 | Düsseldorf**
- 8 **Alterszahnheilkunde (Termin folgt)**
- 9 **Hart- und Weichgewebsmanagement**
20./21.01.2017 | Konstanz
- 10 **DVT-Schein² & Röntgenfachkunde (DVT-Schein inklusive!)**
Teil 1: 05.03.2016 | Hürth – CRANIUM Institut
Teil 1 & 2: 04.06.2016 | 10.09.2016 | 03.12.2016 | Hürth – CRANIUM Institut
- 11 **oder**
- 12 **Digitale Volumentomografie für Zahnärzte (DVT) und Röntgenaktualisierung (DVT-Schein inklusive!)**
Teil 1: 23.01.2016 – Teil 2: 04.06.2016 | München – EAZF
Teil 1: 27.02.2016 – Teil 2: 25.06.2016 | Nürnberg – EAZF
Teil 1: 16.07.2016 – Teil 2: 22.10.2016 | München – EAZF

¹: Bitte beachten Sie, dass es sich um einen Drei-Tages-Kurs handelt. Hierfür ist eine Zuzahlung von 200,- Euro zu entrichten.

²: Aufgrund der Spezifik und des Aufwandes für diesen Kurs zahlen Sie eine zusätzliche Gebühr von 400,- Euro.

WEITERE INFORMATIONEN ERHALTEN SIE BEI DER

STUDIENGRUPPE	LEITER DER GRUPPE	TELEFON	FAX	E-MAIL
Bayern	Dr. Manfred Sontheimer	08194 1515	08194 8161	dres.sontheimer_fries@t-online.de
Bergisches Land & Sauerland	Dr. Johannes Wurm	0211 16970-77	0211 16970-66	sekretariat@dgzi-info.de
Berlin/Brandenburg	Dr. Uwe Ryguschik	030 431 1091	030 4310706	ryguschik@dgzi.de
Berlin/Brandenburg CMD	Dipl.-Stom. Kai Lüdemann	0331 2000391	0331 887154-42	zahnarzt@za-plus.com
Braunschweig	Dr. Dr. Eduard Keese	0531 2408263	0531 2408265	info@mkpg-pgm.de
Bremen/Junge Implantologen	ZA Milan Michalides	0421 5795252	0421 5795255	michalides@aol.com
DentalExperts Implantology	ZTM F. Zinser/Dr. A. Lohmann, M.Sc.	04744 9220-0	04744 9220-50	fz@zinsner-dentaltechnik.de
Euregio Bodensee	Dr. Hans Gaiser	07531 692369-0	07531 692369-33	praxis@die-zahnaerzte.de
Freiburger Forum Implantologie	Prof. Dr. Dr. Peter Stoll	0761 2023034	0761 2023036	ffi.stoll@t-online.de
Funktionelle Implantatprothetik	Prof. Dr. Axel Zöllner	0201 868640	0201 8686490	info@fundamental.de
Göttingen	ZA Jürgen Conrad	05522 3022	05522 3023	info@za-conrad.de
Hamburg	Dr. Dr. Werner Stermann	040 772170	040 772172	werner.stermann@t-online.de
Hammer Implantologieforum	ZÄ B. Scharmach/ZTM M. Vogt	02381 73753	02381 73705	dentaform@helimail.de
Kiel	Dr. Uwe Engelsmann	0431 651424	0431 658488	uweengelsmann@gmx.de
Köln	Dr. Rainer Valentin, Dr. Umut Baysal	0221 810181	0221 816684	rainervalentin@yahoo.de
Lübeck	Dr. Dr. Stephan Bierwolf	0451 88901-00	0451 88901-011	praxis@hl-med.de
Magdeburg	Dr. Ulf-Ingo Westphal	0391 6626055	0391 6626332	info@docimplant.com
Mecklenburg-Vorpommern	Dr. Bernd Schwahn/Dr. Thorsten Löw	03834 799137	03834 799138	dr.thorsten.loew@t-online.de
Mönchengladbach	ZA Manfred Wolf	02166 46021	02166 614202	derzahnwolf1@t-online.de
New Generation of Oral Implantology	Dr. Navid Salehi	040 6024242	040 6024252	salehinafid@yahoo.de
Niederbayern	Dr. Volker Rabald	08733 930050	08733 930052	oralchirurgie@dr-rabald.de
Nordbayern	Dr. Friedemann Petschelt	09123 12100	09123 13946	praxis@petschelt.de
Studienclub am Frauenplatz	Dr. Daniel Engler-Hamm	089 21023390	089 21023399	engler@fachpraxis.de
Rhein-Main	Prof. Dr. Dr. Bernd Kreuzer	06021 35350	06021 353535	dr.kreuzer@t-online.de
Ruhrstadt	Prof. Dr. Dr. med. dent. W. Olivier, M.Sc.	02041 15-2318	02041 15-2319	info@klinik-olivier.de
Sachsen-Anhalt	Dr. Joachim Eifert	0345 2909002	0345 2909004	praxis@dr-eifert.de
Stuttgart	Dr. Peter Simon	0711 609254	0711 6408439	dr.simon-stuttgart@t-online.de
Voreifel	Dr. Adrian Ortner	02251 71416	02251 57676	ortner-praxis@eifelt-net.net
Westfalen	Dr. Klaus Schumacher	02303 961000	02303 9610015	dr.schumacher@t-online.de
	Dr. Christof Becker	02303 961000	02303 9610015	dr.becker@zahnarztpraxis.net

DER VORSTAND UND DIE MITGLIEDER DER DGZI GRATULIEREN

zum 75. Geburtstag

Dr. Dr. Michael Wörle (05.03.)

zum 70. Geburtstag

Dr. Wolfgang Hörster (21.03.)

Augustin Mihai (25.03.)

zum 65. Geburtstag

Dr. Siegfried Heckmann (04.03.)

Dr. Günter Bodammer (25.03.)

Dr. Wolf-Michael Bieker (30.03.)

zum 60. Geburtstag

Dr. Thomas Eckstein (06.03.)

Dr. Lutz Götting (06.03.)

Dr. Hans-Wilhelm Rintelen (09.03.)

Dr. Shoji Hayashi (15.03.)

Dr. Hans-Willi Schellekens (17.03.)

Brigitte Hahmann (27.03.)

zum 55. Geburtstag

Dr. Christine Schmidt (01.03.)

Dr. Clemens Hirsing (02.03.)

Dr. Axel Schienbein (08.03.)

Dr. Jürgen Karsch (09.03.)

Dr. Urban Wefers (09.03.)

Elisabeth Wieschollek (13.03.)

Dr. medic. stom. Olaf Alpen (20.03.)

Dr. med. dent. Ulrich Geyer (21.03.)

ZA Matthias Körner (29.03.)

zum 50. Geburtstag

Dr. Alexander von Moller (02.03.)

Marius Leretter (12.03.)

ZA Robert Mayerhoff (15.03.)

Dr. Jörg Abramowski (21.03.)

Dr. Uta Voigt (24.03.)

ZÄ Daniela Simone Hoerr (25.03.)

Claudia Buchfelder (28.03.)

zum 45. Geburtstag

ZA Ole Bohling (01.03.)

Dr. Hassino Isam (07.03.)

Dr. Mohammad Al Halawani (08.03.)

Dr. Gero Kuttler (08.03.)

Dr. Samir Almzain (09.03.)

Dr. Nasri Qassem (10.03.)

Stefanie Katzinski (16.03.)



Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der DGZI – Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V. Bitte per Fax an 0211 16970-66.

Haben Sie schon Implantationen durchgeführt? (Antwort ist obligatorisch)

- ja nein

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Nutzung meiner persönlichen Daten für die DGZI.

- Ordentliche Mitgliedschaft** **Studentische Mitglieder** **Ausländische Mitglieder***
⇒ Jahresbeitrag 250,- Euro ⇒ Jahresbeitrag 60,- Euro ⇒ Jahresbeitrag 125,- Euro
- Zahntechniker** **Angehörige von Vollmitgliedern** **ZMA/ZMF/ZMV/DH**
⇒ Jahresbeitrag 125,- Euro ⇒ Jahresbeitrag 125,- Euro ⇒ Jahresbeitrag 60,- Euro
- Kooperative Mitgliedschaft (Firmen und andere Förderer)**
⇒ Jahresbeitrag 300,- Euro

* Wohnsitz außerhalb Deutschlands

Erfolgt der Beitritt nach dem 30.06. des Jahres, ist nur der halbe Mitgliedsbeitrag zu zahlen. Über die Annahme der Mitgliedschaft entscheidet der Vorstand durch schriftliche Mitteilung.

- Der Jahresbeitrag wird per nachstehender Einzugsermächtigung beglichen.
 Den Jahresbeitrag habe ich überwiesen auf das Bankkonto der DGZI c/o Dr. Rolf Vollmer:
IBAN: DE33 5735 1030 0050 0304 36 | KSK Altenkirchen | SWIFT/BIC: MALADE51AKI
 Den Jahresbeitrag habe ich als Scheck beigefügt.

Einzugsermächtigung (gilt nur innerhalb von Deutschland)

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

Titel, Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ	Ort
Telefon	Fax	
E-Mail	Kammer/KZV-Bereich	
Besondere Fachgebiete oder Qualifikationen	Sprachkenntnisse in Wort und Schrift	
IBAN	SWIFT/BIC	
Ort, Datum	Unterschrift/Stempel	

WEITERE INFORMATIONEN ERHALTEN SIE BEI DER



Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.
Geschäftsstelle: Paulusstraße 1, 40237 Düsseldorf
Tel.: 0211 16970-77 | Fax: 0211 16970-66 | sekretariat@dgzi-info.de | www.dgzi.de

Argon Dental

Röntgentechnik nicht nur für die Implantologie

Die Erfolgsgeschichte des Samsung-Konzerns basiert auf der konsequent umgesetzten Philosophie „modernste Technologie zu günstigstem Preis“ – und das bei kompromissloser Qualität. Die Röntgenprodukte der Konzerntochter Ray wurden 2014 erfolgreich im deutschsprachigen Raum eingeführt. Nun folgt das neue DVT-OPG-Kombigerät Alpha Plus.

Während das RAYSCAN Alpha implantologische Schwerpunktpraxen mit seinen brillanten DVT-Aufnahmen im mittel- bis großvolumigen Bereich überzeugt, geht das Alpha Plus weiter: Ausgehend vom Maximalvolumen 12 x 10 cm sind frei skalierbare, kleinere FOV bis zu 3 x 3 cm möglich. Und dies bei optimierter Positionierung dank „Guiding Light“ und in Auflösungen mit bis zu 70 µm. Das sind bestmögliche Voraussetzungen, nicht nur für die implantologische Diagnostik, sondern auch für die Paro- und Endodontologie. Für die KFO ist die optionale FRS-Ausstattung mit One-Shot- oder CdTe-Technologie eine maßgebliche Komponente.



Als Hersteller des Implantatsystems K3Pro® legt Argon viel Wert auf Datenkompatibilität für den digitalen Workflow in der navigierten Implantologie. Samsung RAYSCAN liefert dies in optimaler Qualität. Als Techniker aus Leidenschaft liefern wir Ihnen ausgefeilte und individuelle Systemlösungen.

Argon Dental GmbH & Co. KG
Tel.: 06721 3096-0
www.argon-dental.de

REGEDENT

Effizientes Biofilmmanagement gegen Parodontitis und Periimplantitis

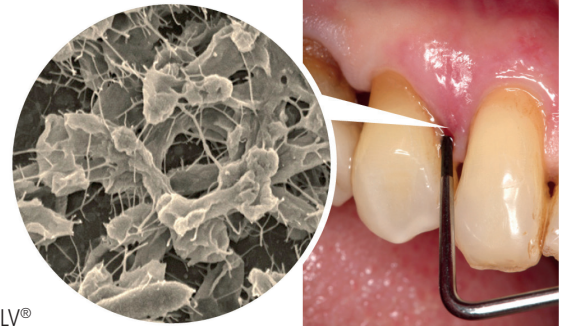
Mit PERISOLV® gibt es ein wirksames und gut verträgliches lokales Antiseptikum auf Basis von Hypochlorit (HOCl), das durch verschiedene Aminosäuren gepuffert wird. Beim Mischen beider Komponenten vor Gebrauch entstehen kurzlebige sogenannte „Chloramine“. Diese Substanzen sind Bestandteil der körpereigenen Immunabwehr und sind somit trotz ihrer Entstehung aus Hypochlorit hochphysiologisch. Chloramine eliminieren effektiv sämtliche Krankheits-

erreger und werden bereits seit über 100 Jahren klinisch angewendet.

Die Vorteile von PERISOLV® auf einen Blick:

- Durchdringt den Biofilm und wirkt schneller und zuverlässiger gegen Bakterien
- Unterstützt bei der Inaktivierung pathogener Mikroorganismen
- Wirkt degranulierend und löst hartnäckige Konkremete an – Erleichtert eine gründliche Reinigung der Wurzeloberfläche

- Wirkt selektiv auf infiziertes Gewebe, ohne gesundes Gewebe zu beeinträchtigen
- Ermöglicht eine besser verträgliche Behandlung für den Patienten

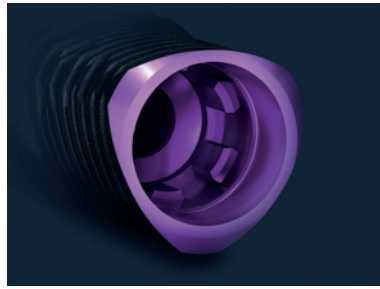


REGEDENT GmbH
Tel.: 09324 6049927
www.regedent.com

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

MIS Implants Technologies

Mehr Knochen, mehr Ästhetik, mehr Performance



Mit dem dreieckigen Design des Implantat-Systems V3 verfolgt MIS einen völlig neuen Ansatz. Aufgrund seiner speziellen und patentierten Geometrie ist V3 der lang erwartete evolutionäre Schritt in der Leistungsfähigkeit dentaler Implantate. Der dreieckig geformte Hals kombiniert eine feste Verankerung an drei Stellen im krestalen Bereich mit drei kompressionsfreien Lücken.

Hier kann sich Blut ansammeln, was den initialen Gerüstaufbau begünstigt, damit das Knochenwachstum gefördert werden kann. Die hohe Primärstabilität sowie die Reduktion der Knochenkompression und der krestalen Knochenresorption schaffen

optimale Bedingungen für die Osseointegration. Der Verlust von krestalem Knochen wird minimiert, da der Stress im kortikalen Knochen reduziert ist. Erreicht wird ein sehr gutes funktionelles und ästhetisches Ergebnis. V3 eignet sich ideal für Stellen mit geringem Knochenvolumen oder für den Frontbereich. Zahnärzte können alle Vorteile des V3 Designs nutzen, ohne neue Protokolle erlernen zu

müssen. Es ist einfach anzuwenden und eignet sich für nahezu alle chirurgischen Szenarien, für Generalisten und Spezialisten.

MIS Implants Technologies
Tel.: 0571 97276-20
www.mis-implants.de



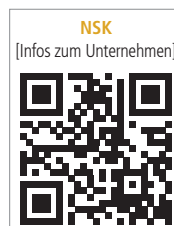
NSK

Prothetikschauber mit Drehmoment-Kalibriersystem

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

Verkanten zu platzieren. Der iSD900 ist leicht und klein wie eine elektrische Zahnbürste und aufgrund seiner Aufladung durch Induktion (d. h. keine Kontaktkorrosion an elektrischen Kontakten) und seinem sterilisierbaren Verlängerungs-An-/Aus-Schalter benutzerfreundlich und leicht in der Anwendung. Für den Betrieb des iSD900 sind handelsübliche AAA-Akkus geeignet.

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.

KSI Bauer-Schraube

Das Original

Über 25 Jahre Langzeiterfolg



KSI-Kurse 2016:
15.-16. April
10.-11. Juni
12.-13. August
7.-8. Oktober
2.-3. Dezember
Jetzt anmelden!

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

Das KSI-Implantologen Team freut sich auf Ihre Anfrage!

K.S.I. Bauer-Schraube GmbH
Eleonorenring 14 · D-61231 Bad Nauheim

Tel. 06032/31912 · Fax 06032/4507
E-Mail: info@ksi-bauer-schraube.de
www.ksi-bauer-schraube.de



4.EURO OSSEO 2016 HAMBURG

**Knochenaufbau vs.
Sofortversorgung**

Universität trifft Praxis

18.11.2016 Workshops

19.11.2016 Kongress

Fortbildungspunkte: 15 CME

Hauptreferenten:

Prof. Dr. Paulo Malo

Prof. Dr. Dennis P. Tarnow

Prof. Dr. Dr. Max Heiland

**Weitere Informationen &
Anmeldung unter:**

www.euro-osseo.com/de

**Frühbucher Rabatt von 20 %
bei Anmeldung bis 1. April 2016**



lege artis

Pflege und Schutz in der Zahnarztpraxis und zu Hause

Zahnfleisch und Mundschleimhaut, besonders auch bei Patienten, die zu Entzündungen neigen, benötigen spezielle Aufmerksamkeit. Mit durimplant Implantat-Pflege-Gel wird das

Gewebe rund um Implantate und Zähne vor Erkrankungen wie Periimplantitis oder Parodontitis geschützt.

Nicht nur in der Zahnarztpraxis kommt das Implantat-Pflege-Gel zum Einsatz, sondern der Zahnarzt empfiehlt es auch für die Pflege zu Hause. Die Anwendung ist für den Patienten kinderleicht: Das Gel auf die saubere Fingerkuppe, ein Wattestäbchen oder ein Bürstchen aufbringen und danach auf das feuchte Zahnfleisch um das Implantat herum oder auf die entzündete Stelle auftragen und leicht einmassieren. Die Anwendung kann abends, nach dem Zähneputzen, bis mehrmals täglich erfolgen.



lege artis Pharma GmbH + Co. KG

Tel.: 07157 5645-0

www.durimplant.com



VITA Zahnfabrik

Frontzahnlinie besonders für Implantprothesen geeignet

VITAPAN PLUS – das steht für den VITAlen Frontzahn mit dem Extra in puncto Transluzenz, Form und Oberflächenmorphologie. Gefertigt wird der Kunststoffzahn aus dem jahrzehntelang klinisch bewährten Kompositmaterial VITA MRP (Microfiller Reinforced Polymer) im speziell dafür entwickelten VITA NachPress Verfahren (VNPV). Die so erzielte mechanische Integrität der Zahnschichten ermöglicht ein splitterfreies und einfaches Bearbeiten der Zähne ohne Chipping-Effekte. Zudem spiegeln die sehr niedrigen Abrasionswerte ihre hohe Festigkeit und Langlebigkeit wider, welches das Resultat aus der Kombination von gefülltem MRP-Kompositmaterial und speziellem VNP-Herstellverfahren ist. Das VITAPAN PLUS Sortiment umfasst sechs Unterkiefer- und 18 Oberkiefer-Frontzahnformen. Es stehen 28 VITA SYSTEM 3D-MASTER Farben (inkl. Bleachfarben) und 15 VITA classical

A1–D4 Farben zur Auswahl. Je nach Okklusionsprofil sowie Kiefer- und Gelenksituation des Patienten ist die Frontzahnlinie VITAPAN PLUS mit allen Aufstellkonzepten kompatibel und optimal mit VITA LINGOFORM Seitenzähnen insbesondere für Total- und Implantprothesen indiziert.

VITA Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG

Tel.: 07761 562-0

www.vita-zahnfabrik.com



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



Bien-Air

Das sicherste elektrische Handstück auf dem Markt

Als Antwort auf die wachsende Beunruhigung der Gesundheitsbehörden wegen Verbrennungen bei Patienten durch zahnmedizinische elektrische Handstücke führte das Schweizer Unternehmen für Medizintechnik Bien-Air Dental S.A. das EVO.15 ein. Bei Eingriffen mit elektrischen Handstücken führt der kürzeste 12-Newton-Kontakt zwischen dem Druckknopf des Instruments und der Wangeninnenseite des Patienten zu einer Überhitzung des Geräts, was möglicherweise schwerwiegende Verbrennungen verursachen kann. Das mit der patentierten, wärmehemmenden Technologie COOLTOUCH+™ ausgestattete EVO.15 ist das einzige Winkel-

stück, das nachweislich niemals wärmer als Körpertemperatur wird. Dank jahrelanger Forschung und Entwicklung schützes sowohl den Patienten als auch den Zahnarzt bei einigen der am häufigsten durchgeführten Eingriffe. Außerdem hat das EVO.15 einen deutlich kleineren und leichteren stoßsicheren Kopf und zeichnet sich durch neueste technische Innovationen aus – von einem neuen Spray-/Beleuchtungssystem bis hin zu einem verbesserten Spannsystem.



Bien-Air Deutschland GmbH
Tel.: 0761 45574-0
www.bienair.com

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

ANZEIGE

Curriculum für Sofortbelastung

Lehrplan für Sofortbelastungsimplantologie

Daten:

Ort: München

Dauer: 4 Kurse à 2 Tage

Zielgruppe: Zahnärzte, Implantologen, Oral-Chirurgen, MKG-Chirurgen

Termine: 23. - 24.09.2016 / 04. - 05.11.2016 / 12. - 13.12.2016 / 30. - 31.01.2017

Session 1:

Prinzipien der Implantatbehandlung in Sofortbelastung und der strategischen Implantatpositionierung; Übersicht über Chirurgie und Prothetik, Behandlung, Planung, Vermeidung von Knochenrückgängen und von Sinuslifts, selbst in schwierigen Fällen.

Session 2:

Knochenphysiologie und die Wahl der Implantatpositionen (4D-Implantologie).

Session 3:

Prinzipien der Arbeit mit Kompressionsschrauben: Chirurgie und Prothetik.

Session 4:

Wartung; Behandlung von komplexen Fällen und von „Risikopatienten“.



The Foundation of Knowledge

Weiterführende Informationen:

www.implantfoundation.org

Regional Coordinator: Manuel Fischer

Mobil: +49 152 319 709 78

Diese Veranstaltungen werden mit den üblichen Fortbildungspunkten nach BZÄK / DGZMK versehen.

Anmeldung online auf:

www.implantfoundation.org

oder formlos auf:

contact@implantfoundation.org

Veranstalter:

International Implant Foundation
Leopoldstr. 116
80802 München

Head of Dental Implant Faculty:
Prof. Dr. Stefan Ihde
ihde@ihde.com

Oralchirurgische und implantologische Eingriffe bedeuten für den Patienten immer eine gewisse Belastung. Um diese so gering wie möglich zu halten, bedarf es einer hohen Fachkompetenz, schonender Methoden und moderner, perfekt abgestimmter Technik. Denn der Grundstein für einen optimalen Heilungsverlauf wird bereits während der Operation gelegt.



Schonend operieren dank technologischer Präzision

Jenny Hoffmann

Um besonders substanzschonend arbeiten zu können, benötigen Implantologen und Oralchirurgen, genauso wie Ärzte anderer Fachgebiete, nicht nur ein ruhiges Händchen – notwendig ist eine ständige wissenschaftliche Weiterbildung sowie eine zuverlässige technische

Ausstattung, um einen risikoarmen Eingriff und einen reibungslosen Heilprozess gewährleisten zu können.

Produktkompetenz für Behandlungserfolg

Hierbei werden Zahnärzte seit über 125 Jahren von dem familiengeführten Unternehmen W&H unterstützt. Die Firma mit Sitz im österreichischen Bürmoos stellt Dentalinstrumente und -geräte her, die der Praxis die tägliche Arbeit erleichtern und für den Patienten die Behandlung so angenehm wie möglich gestalten. Neben den über die Jahre hinweg optimierten Turbinen, Hand- und Winkelstücken für jegliche Indikationen umfasst das W&H-Sortiment verschiedene Antriebseinheiten, Scaler sowie Geräte zur Medizinprodukteaufbereitung. Speziell für Implantologie und Oralchirurgie bietet W&H zusätzlich zu den Chirurgiegeräten Piezomed, Implantmed und Elcomed ein breites Angebot an chirurgischen Hand-, Winkel- und Sägehandstücken. Während sich diese durch Ergonomie, Präzision und Flexibilität auszeichnen, überzeugen die Einheiten vor allem durch Motorleistung und Anwenderkomfort. Die übersichtlich gestalteten Chirurgiegeräte erlauben dem Behandlungsteam eine schnelle und einfache Bedienung.



Abb. 1

Schnellere Heilung dank Ultraschall

Als Zugpferd der minimalinvasiven chirurgischen Verfahren hat sich in den letzten Jahren die Piezotechnologie hervor getan. Hierbei wird mittels Ultraschall das Dentalinstrument in hochfrequente Mikrovibrationen versetzt, mit denen hochpräzise Schnitte möglich sind. Im Gegensatz zu ehemals verwendeten rotierenden Fräsen bleibt das Weichgewebe beim Einsatz der innovativen Ultraschalltechnologie unverletzt. Mit dem Gerät Piezomed stellt W&H Zahnärzten einen alltagstauglichen Praxishelfer zur Seite, der die Vorteile dieser Technologie optimal nutzt und so eine knochenverlustfreie, minimalinvasive Behandlung erlaubt. Durch die gezielte Abtragung von Knochensubstanz lässt sich das Komplikationsrisiko



Abb. 2

Abb. 1 und 2: Mit den Chirurgiegeräten Piezomed (oben) und Implantmed (links) bietet W&H Implantologen und Oralchirurgen die optimale Behandlungsgrundlage.

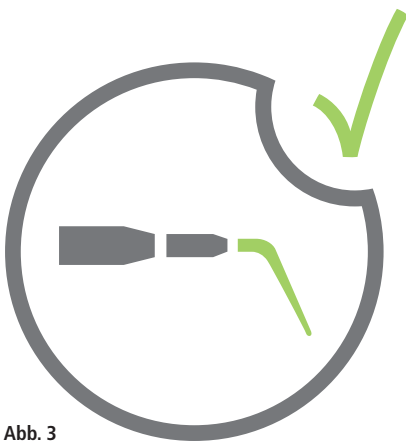


Abb. 3

gering halten und die postoperative Knochenregeneration beschleunigen. Der Patient hat weniger unter Schwellungen und Schmerzen zu leiden. Zur Schmerzreduzierung trägt auch das effiziente Kühlsystem direkt an der Spitze der Piezomed-Instrumente bei, das eine thermomechanische Belastung des Materials ausschließt.

Bei der korrekten Verwendung der insgesamt 24 chirurgischen Instrumente bietet Piezomed hohe Sicherheit: Das Gerät erkennt automatisch, um welchen Aufsatz es sich handelt, und ordnet ihm die richtige Leistungsgruppe zu. Innerhalb der erkannten Gruppe können die einzelnen Leistungsparameter individuell festgelegt werden. Piezomed speichert die jeweils zuletzt gewählte Einstellung und liefert darüber hinaus drei Betriebs-Modi „Power“, „Smooth“ und „Basic“, mit denen sich das Druckverhalten der jeweiligen Instrumentenspitze ändert.

Intelligentes Bediensystem erleichtert Ablauf

Besonderen Bedienkomfort bietet auch die Chirurgieeinheit Implantmed von W&H. Dank verschiedener Programme können komplexe Chirurgieprotokolle voreingestellt werden. Über die gut lesbaren Tasten am Steuergerät oder bequem per Fußpedal lassen sich die programmierten Positionen während des Eingriffs anwählen. Das erleichtert den Behandlungsablauf und spart Zeit. Das große beleuchtete Display zeigt jeweils Drehzahl und Modus an.

Ein eigener Modus für Gewindeschneidfunktion sorgt für weitere Erleichterung. Bei der Insertion in hartem Kno-

chenmaterial wird hiermit durch das Vorschneiden die Kompression auf den Kieferknochen beim Eindrehen des Implantats vermindert. Dies fördert die stressfreie Einheilung des Implantats. Implantmed besitzt einen leistungsstarken Motor mit einem Drehzahlbereich von 300 bis 40.000 rpm und ein Drehmoment von 5,5 Ncm, das sich in Verbindung mit einem untersetzten Winkelstück exakt auf Werte zwischen 5 und 70 Ncm begrenzen lässt. Gemeinsam mit dem erstklassigen Zubehör an Instrumenten für Implantmed schafft W&H mit dieser Einheit eine adäquate Behandlungsgrundlage.

Für jeden Eingriff das richtige Werkzeug

Die chirurgischen Hand- und Winkelstücke von W&H tragen durch ihre Form und Funktionalität ebenfalls zu einer schonenden Behandlung und optimalen Heilung bei. Sie verfügen über eine Mini-LED+, die durch ihre Tageslichtqualität und ihren hohen Farbwiedergabewert von über 90 die Kontraste in der Mundhöhle verstärkt und so die optische Wahrnehmung verbessert. Die natürliche Wiedergabe von Rottönen erlaubt es, Blutungen oder Abnormitäten an der Gingiva schneller zu erkennen. Da die Mini-LED+ über einen im Instrument integrierten Generator angetrieben wird, ist das Licht unabhängig von der Stromversorgung.

Hochwertiger Edelstahl und eine kratzfeste Beschichtung machen die Instrumente stabil und robust. Für eine gründliche Reinigung lassen sich alle W&H Hand- und Winkelstücke ohne Werkzeug in ihre Einzelteile zerlegen, thermodesinfizieren und sterilisieren. Die ergonomisch geformten Hand- und Winkelstücke ermöglichen des Weiteren ein ermüdungsfreies Arbeiten. Dank des perfekt ausbalancierten Gewichts in Verbindung mit dem Antriebsmotor können selbst in langwierigen Operationen alle Handgriffe bis zum Schluss problemlos präzise ausgeführt wer-

Abb. 5



Abb. 4

Abb. 3: Piezomed erkennt automatisch, welche Spitze auf dem Handstück sitzt und stellt die entsprechende Leistungsgruppe ein. – Abb. 4: W&H verfügt über ein großes Sortiment an Hand-, Winkel- und Sägehandstücken, das jede Situation abdeckt. – Abb. 5: Das innovative chirurgische 45°-Winkelstück von W&H erleichtert insbesondere die chirurgische Behandlung in schwer zugänglichen Bereichen.

den. Sprayclips für die Winkelstücke sind sowohl für die rechte als auch die linke Seite erhältlich und ermöglichen damit eine individuelle Kühlung für jede Behandlungssituation. Für Umstellungs-Osteotomien und Knochenentnahmen hat W&H zusätzlich spezielle Sägehandstücke mit einer intelligenten Sägeblatt-Geometrie entwickelt.

Besondere Flexibilität erhält der Zahnarzt durch die innovativen 45°-Winkelstücke. Sie bieten beste Sicht auf die Behandlungsstelle und einen optimalen Zugang bei Platzmangel, etwa im Molarenbereich. Ideal eignet sich das Winkelstück deshalb zur chirurgischen Entfernung von Weisheitszähnen, Zahn-trennungen und Wurzelspitzenresektionen.

Kontakt | **W&H Deutschland**
 Raiffeisenstraße 3b
 83410 Laufen/Obb.
 office.de@wh.com
 www.wh.com

CAMLOG gehört zu den erfolgreichsten Implantatherstellern im deutschen Dentalmarkt. Bei einem deutlich verlangsamten Branchenwachstum in den vergangenen Jahren konnte der implantologische Systemanbieter, der in Wimsheim bei Stuttgart fertigen lässt, dennoch Anteile hinzugewinnen. Martin Lugert, CAMLOG Gesamtvertriebsleitung Deutschland, spricht im Interview mit dem Implantologie Journal über die aktuelle Einschätzung des Marktes und den Erfolg seines Unternehmens, die Bedeutung des Value-Segments und warum wir in den nächsten Jahren mit großen Veränderungen in der Praxislandschaft in Deutschland zu rechnen haben.



„Kontinuität und Verlässlichkeit sowie innovative Produktlösungen“

Herr Lugert, die erfolgreiche Kooperation von Wissenschaft und Praxis hat die Implantologie zu einem absoluten Trendbereich innerhalb der Zahnheilkunde werden lassen. Wie beurteilen Sie die derzeitige Lage am Implantologiemarkt in Deutschland?

Unserer Überzeugung nach befindet sich der Implantatmarkt in einer neuen Phase. Nach jährlich zweistelligen Wachstumsraten hat sich die Marktentwicklung für Dentalimplantate in Deutschland seit 2009 deutlich verlangsamt. Dennoch sehen wir das Potenzial für weiteres Markt-

wachstum grundsätzlich gegeben. Die Nachfrage nach kostengünstigen Implantatsystemen und vollumfänglichen Konzepten nimmt zu. Viele implantologisch tätige Zahnärzte suchen bewusst nach einem kostengünstigen Zweitsystem. Das allerdings von einem renommierten Hersteller, für den die Qualität der Produkte an erster Stelle steht.

Wie gestaltete sich das Geschäftsjahr 2015 für CAMLOG?

Mit dem Geschäftsjahr 2015 sind wir hochzufrieden. Fast jedes vierte Zahn-

implantat, das in Deutschland inseriert wird, kommt in der Zwischenzeit von CAMLOG. Mit iSy, das wir 2013 zur IDS in Köln eingeführt hatten, liegen wir goldrichtig. Es ist für uns ein weiteres Standbein im viel beachteten Value-Segment. Das iSy System sichert uns heute schon einen großen Teil des Neukundengeschäfts. Dieser Trend wird sich weiter fortsetzen, zumal iSy auch optimal auf die Prothetiklösung DEDICAM, einem weiteren wichtigen Zukunftssegment, abgestimmt ist. Unsere Geschäftspolitik der Kontinuität und Verlässlichkeit sowie die innovativen Produktlösungen und Konzepte als auch die partnerschaftlichen Angebote werden von unseren Kunden sehr geschätzt. Darauf bauen wir auch in den nächsten Jahren.

Sie bauen nicht nur auf Produktqualität und Innovationen, Sie bieten auch ein umfassendes Fortbildungsprogramm. Warum gehen Sie diesen Weg?

Unser Ziel ist es, CAMLOG Kunden und Interessierten im Bereich dentale Implantologie auf dem aktuellsten Stand zu halten. Hierfür haben wir einen Pool exzellenter Referenten aufgebaut, die fundiertes praxisnahes Wissen vermitteln. Auch in diesem Bereich überzeugen



Abb. 1: Martin Lugert, CAMLOG Gesamtvertriebsleitung Deutschland.



Abb. 2: Das iSy System sichert CAMLOG einen großen Teil des Neukundengeschäfts.



wir als starker Partner. 2015 bildeten sich bei über 200 CAMLOG-eigenen Veranstaltungen mehr als 4.500 Teilnehmer weiter. Fortbildungsinteressierte finden im Programm für 2016 schnell

und einfach Veranstaltungen nach ihren persönlichen Präferenzen. Dieses Jahr veranstalten wir neben den Start-up Days im April im Juni auch den 4. Internationalen CAMLOG Kongress in Krakau.

Da hat sich Ihr Unternehmen für dieses Jahr wieder einiges vorgenommen. Was steckt hinter dem Konzept der CAMLOG Start-up-Days am 22. und 23. April in Frankfurt am Main?

Der Werdegang junger Zahnmediziner trifft nach dem Studium auf viele Weichenstellungen, die kluge Entscheidungen erfordern. Eigene Praxis ja oder nein? Welche Fortbildungen und Tätigkeitsschwerpunkte passen zu mir? Welche Praxiskonzepte und Differenzierungsmöglichkeiten gibt es? Wir konnten routinierte, junge und erfolgreiche Referenten gewinnen, die von ihren persönlichen Erfahrungen auf dem Weg zu ihrer heutigen zahnärztlichen Tätigkeit berichten. Sie werden die Fragen beantwortet, welche jungen Zahnmedizinerinnen und Zahnmedizinern auf der Seele brennen. Die Teilnehmer profitieren vom Erfahrungsschatz dieser jungen Routiniers und

teilen ihre Ideen und Gedanken beim Netzwerken ihrer Generation.

Start-up klingt nach Aufbruch. Worauf sollten junge Zahnärzte beim Praxisstart besonders achten?

Die Zahnmedizin befindet sich wie bereits angedeutet mitten in einem Generationenwechsel. Praxisstrukturen und Führungskulturen werden sich ändern. Um im heutigen Markt bestehen und erfolgreich zu sein, ist es für Praxisneugründer wie auch für angestellte Zahnärzte wichtig, sich vom Marktumfeld zu differenzieren. Sie sollten ihre Besonderheiten, Fähigkeiten und Dienstleistungen herausstellen, um sich von der Masse abzuheben. Junge Zahnärzte sollten sich viel Zeit für ihre Entscheidung und strategische Positionierung nehmen. Neben dem fach-

lichen Know-how spielen die persönliche Einstellung, die innere Haltung und die eigenen Präferenzen eine wichtige Rolle. Mit den Start-up-Days bieten wir jungen Zahnärztinnen und Zahnärzten viele Hilfestellungen und die Option, sich mit Gleichgesinnten auszutauschen. Dieses außergewöhnliche Ausbildungsformat gibt jungen Zahnmedizinern Orientierungshilfen für ihre berufliche Ausrichtung und ihren zukünftigen Erfolg an die Hand.

Abgesehen von den Vorträgen und Workshops – Was erwartet die Teilnehmer in Frankfurt noch?

Selbstverständlich wird auch bei dieser Veranstaltung das Vergnügen nicht zu kurz kommen. Die CAMLOG Party wird im WINDOWS 25 hoch oben im Japan Tower stattfinden.

**LOG IN
TO YOUR
FUTURE.**





Abb. 3: DEDICAM bietet individuelle Restaurationen für die implantat- und zahngetragene Prothetik in großer Materialvielfalt und hoher Qualität.

Nicht jede/r implantologisch ambitionierte Zahnärztin/Zahnarzt möchte in Zukunft als Alleinherrscher die Verantwortung in der Praxis tragen. Wie wird sich das auf den Markt auswirken?

Seit einiger Zeit ist der Trend zu Spezialisierungen in einzelne Fachbereiche festzustellen und diese werden verstärkt in großen Praxen zusammengeführt. Auch die Feminisierung in der Zahnmedizin trägt maßgeblich dazu bei. Frauen tendieren eher als ihre männlichen Kollegen dazu, in einem Angestelltenverhältnis – auch in Teilzeit – zu arbeiten. Zur Entscheidung gegen die Einzelpraxis rücken betriebswirtschaftliche Aspekte mehr und mehr in den Fokus. Das wird sich auf die Marktsituation auswirken. Allerdings weniger auf die zahnärztlichen Leistungen, sondern auf die Praxisform.

In den vergangenen Jahren haben Fachgesellschaften wie die DGZI e.V., aber auch CAMLOG als Industriepartner die Bedeutung der Zahntechnik als wichtigen Bestandteil einer erfolgreichen Implantattherapie betont. Spielt das für CAMLOG nach wie vor eine Rolle?

Die Implantatchirurgie und die Zahntechnik unterliegen heute immer größeren Herausforderungen, die von modernen Technologien, Materialien und wirtschaftlichen Faktoren abhängen. Wachsende Patientenansprüche und zunehmender Kostendruck erfordern es, die Wertschöpfungsprozesse sowohl in der Zahnarztpraxis als auch im Dentallabor permanent zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen. Dafür bieten wir ein durchdachtes Abutmentsystem für alle unsere Implantatsysteme wie auch die DEDICAM Individuallösung. Den Zahntechnik-Kongress,

Faszination Implantatprothetik veranstalteten wir 2015 schon zum vierten Mal und hatten wieder ein ausgebuchtes Haus. Das spricht schon alleine für die Qualität dieser Veranstaltungen.

Welchen Stellenwert nimmt dabei CAD/CAM-Prothetik ein und was leistet Ihr Unternehmen in diesem Bereich?

Wir haben uns zum Ziel gesetzt, das Kerngeschäft unserer zahntechnischen Partner mit umfassenden Lösungen bestmöglich zu unterstützen. Daher verstehen wir uns mit DEDICAM als Partner der Zahntechnik für digitale Arbeitsabläufe und als Dienstleister und verlängerte Werkbank. DEDICAM bietet individuelle Restaurationen für die implantat- und zahngetragene Prothetik in großer Materialvielfalt und hoher Qualität. Ein bis ins Detail optimierter Prozess gewährleistet Ergebnissicherheit – bei einem Maximum an Komfort und individueller Freiheit. CAMLOG hat sich mit DEDICAM innerhalb von nur zwei Jahren zu einem bedeutenden Anbieter von CAD/CAM-Prothetik entwickelt.

Herr Lugert, vielen Dank für das Gespräch.

Die Fragen stellte Georg Isbaner, Redaktion Implantologie Journal.



Abb. 4: CAMLOG Produktionsstandort in Wimsheim bei Stuttgart.

Kontakt

CAMLOG Vertriebs GmbH

Maybachstraße 5, 71299 Wimsheim

Tel.: 07044 9445-100

Fax: 0800 9445-000

info.de@camlog.com

www.camlog.de

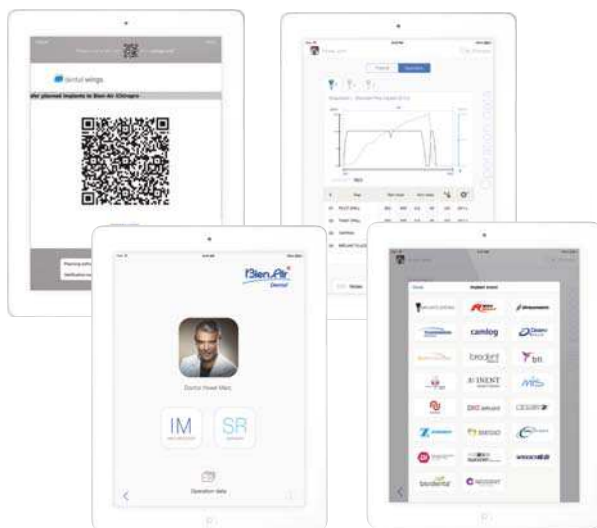


iCHIROPRO

KONZENTRATION AUF
DAS WESENTLICHE:
DEN PATIENTEN.

coDiagnostiX™

SR IM
Surgery
Implantology



Das zur Vereinfachung Ihrer Behandlungsabläufe entwickelte Implantologiesystem iChiropro bietet dank seiner evolutionären App ständig neue Möglichkeiten.

- Vorprogrammierte Behandlungsabläufe sowie einfacher und schneller Import von Planungsdaten aus der Software coDiagnostiX™ *
- Einsetzen von mehreren Implantaten
- Operationsbericht und Implantatdaten im Patientendossier integriert
- Daten leicht exportierbar für andere Peripheriegeräte
- Garantierte Rückverfolgbarkeit und Zuverlässigkeit der Daten

Das System iChiropro wird mit dem MX-i LED, dem leistungsstärksten Mikromotor auf dem Markt, mit wartungsfreien Keramikugellagern und 3 Jahren Garantie sowie mit dem Winkelstück CA 20:1 L Micro-Series geliefert.

www.ichiropro.com

* Aktuell nicht für alle Implantate verfügbar.

S W I S S  M A D E



www.club-bienair.com
Profitieren Sie von zahlreichen Vorteilen

Bien-Air Deutschland GmbH

Jechtinger Straße 11 79111 Freiburg Germany Tel.: +49 (0)761 45 57 40 Fax: +49 (0)761 47 47 28 ba-d@bienair.com

Ende vergangenen Jahres fand das 6. Nobel Biocare Ostsee-Symposium unter dem Motto „Das Netzwerk kommt zusammen“ in Rostock-Warnemünde statt. Das Symposium hatte dabei ein Thema ganz besonders in den Fokus gerückt: das Team aus Zahnarzt und Zahntechniker. Im Rahmen des Kongresses sprach das Implantologie Journal mit Dipl.-Stom. (DS) Thorsten Radam, Meiningen, und Zahntechnikermeister (ZTM) Lutz Tamaschke, Berlin, über eben diese Zusammenarbeit und die Behandlung mit dem All-on-4®-Konzept.



Lebensqualität, Zusammenarbeit und feste Zähne

Ein großes Thema zum Ostsee-Symposium ist „All-on-4® mit Sofortversorgung“, denn die zeitnahe Behandlung gewinnt immer stärker an Bedeutung. Herr Dr. Radam, Herr ZTM Tamaschke, wo sehen Sie die Herausforderungen und wo die Chancen?

DS Radam: Die Herausforderung besteht darin, dass ein Behandler das Bedürfnis und den Bedarf bei seinen

Patienten nach derartiger Versorgung erkennen muss. Das Erkennen ist dabei die eine Seite, die Möglichkeit, diese Versorgung als Behandler anzubieten, die andere. Das soll bitte nicht damit verwechselt werden, ein Bedürfnis zu wecken, von dem der Patient vorher noch gar nicht wusste, dass er es hat. Im Zeitalter einer umfassenden Aufklärung und einer Wahrnehmung von Selbstbestimmungsrechten müssen wir

„Heute denken und behandeln wir dem demografischen Trend entsprechend.“

klarstellen: Das ist eine Behandlungsoption und über die Hintergründe oder Begleiterscheinungen dieser Behandlungsoption müssen wir aufklären. Wir besprechen mit den Patienten die Vor- und Nachteile sowie die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, da diese nun mal eine sehr starke Rolle spielen. Sobald die Patienten erkennen, dass es sich bei dieser Form der Sofortversorgung um eine nachhaltige und dementsprechend auch preiswerte Lösung im besten Wortsinne handelt, fällt es ihnen leicht, sich dafür zu entscheiden. Es ist eine erprobte Behandlungsoption, die man bei gegebener Indikation heutzutage den Patienten empfehlen kann, vielleicht sogar empfehlen muss. Bei dieser Behandlungsform liefert die zahntechnische Implantatprothetik gehörigen Input, den mein Kollege ZTM Tamaschke an dieser Stelle besser beschreiben kann als ich.

ZTM Tamaschke: In der Tat ist der zahntechnische Input groß, auch wenn der Startschuss zur Behandlung in der Praxis erfolgt. Wenn zu uns ein Patient mit einer Teleskop- oder Geschiebearbeit



Dipl.-Stom. Thorsten Radam, Meiningen, und ZTM Lutz Tamaschke, Berlin, im Interview mit dem Implantologie Journal.

zur Farbauswahl kommt und fragt, was passiert, wenn der Zahn verloren geht, rege ich natürlich an, über eine langfristige und sichere Lösung wie zum Beispiel das All-on-4® nachzudenken. Aber am Ende muss das immer der Behandler mit dem Patienten abklären. Aus zahntechnischer Sicht ist das bei gegebener Indikation auf jeden Fall meine Empfehlung.

Wenn wir nun All-on-4® als Behandlungskonzept beleuchten, welche Rahmenbedingungen sind zu beachten?

DS Radam: Wie schon der Kollege Tamaschke eben angedeutet hat, muss die Indikation vom Zahnarzt gestellt werden – und diese Indikationsstellung heute unterscheidet sich ganz klar von der von vor fünf oder zehn Jahren. Heute denken und behandeln wir dem demografischen Trend entsprechend. Die Alterszahnheilkunde gibt uns dabei neue Inspirationen. Die Rahmenbedingungen enden nicht zuletzt bei der Frage, wie gesundheitlich und ökonomisch belastbar der Patient ist. Als Zahnarzt muss man sich aber selbstverständlich ebenso die Frage stellen: Kann ich das? Das wohl Schlimmste wäre, mit der Therapie des Patienten dort zu enden, wo die eigene Kompetenz aufhört.

ZTM Tamaschke: Im Labor ist die absolute Präzision das Wichtigste. Angefangen beim digitalen Workflow bis zur fertigen Arbeit über Provisorien. Wie auch immer das Konzept durchgeführt wird, es ist ganz entscheidend, sich an



Veranstaltungsort: Das 6. Nobel Biocare Ostsee-Symposium fand unter dem Motto „Das Netzwerk kommt zusammen“ in Rostock-Warnemünde Anfang Oktober vergangenen Jahres statt.

die Vorgabe der Industrie zu halten. Alles andere wäre fahrlässig. Wenn jemand eine All-on-4®-Arbeit auf jeweils zwei Implantatbrücken mit Verschiebeebenen versorgt, ist das eine falsche Anwendung für solch ein Konzept und wir verlieren unsere Kunden und die Zahnärzte ihre Patienten. Es ist zwar mathematisch korrekt, konzeptionell aber nicht. Es sind nicht zwei Brücken mit Geschiebe, und das wird noch oft missverstanden.

Thema Sofortimplantation und Sofortversorgung: Dass die zeitnahe Versorgung im Sinne der Patienten ist, liegt wohl in der Natur der Sache. Wie steht es um die Akzeptanz in der Kollegenschaft?

DS Radam: Auf der einen Seite sind diese Konzepte in meiner Kollegenschaft bereits sehr bekannt. Auf der anderen sind sie dennoch nicht vertraut, weil diese Konzepte einen Paradigmenwechsel bedeuten. Es ist eine medizinhistorische Entwicklung im Gange, die zu einer immer größer werden Akzeptanz führt. Die Patienten, die davon erfahren, werden dazu beitragen, dass sich die Kritiker damit befassen. Ja, das ist bestimmt die Zukunft.

ZTM Tamaschke: Hinsichtlich der Vertrautheit sehe ich das genauso. Leider sehe ich auch, dass das Misstrauen noch größer ist als das Vertrauen. Das liegt wohl daran, dass das Konzept neu und unbekannt ist, nach dem Motto: Ich kenne es nicht, also nutze ich es nicht. In der zahntechnischen Branche herrscht aber zum Glück eine gewisse Neugierde und die Kollegen besitzen ein Verlangen, etwas auf dem schnelleren Weg und in besserer Qualität herzustellen. Das ist eine Chance für alles Neue und natürlich immer verbunden mit einer Lernkurve.

Mancherorts werden Behandlungskonzepte wie die All-on-4®-Methode noch als Sozialindikation verstanden. Wie ist Ihr Verständnis?

DS Radam: Den Begriff der Sozialindikation halte ich zwar nicht für treffend, allerdings kann man natürlich damit



All-on-4®-Konzept nach Prof. Dr. Maló.



Auf Augenhöhe: Thorsten Radam und Lutz Tamaschke sprechen sich für eine gleichwertige Partnerschaft zwischen Zahnärzten und Zahn Technikern aus.

im Vergleich zu anderen aufwendigen Versorgungen Kosten sparen. Es ist eine sehr effektive und auf lange Sicht sich stets rechnende Behandlungsmethode, die den Patienten in seiner Gesundheit schont und die Lebensqualität der Menschen deutlich steigert.

ZTM Tamaschke: Wir können einfach von den Möglichkeiten und verschiedenen Gestaltungsvarianten des All-on-4®-Konzeptes profitieren, zum Beispiel von einer verschraubten Prothese im Prothesenkörper oder High-End-keramischen Verblendarbeit. Dazu können wir zusätzlich auch den Preis variabel halten. Wir haben somit Spielraum. Dennoch spreche ich bei Implantationen nicht gern von einer preisgünstigen Arbeit, denn das macht es nicht wertvoll. Dabei ist es unvergleichlich wertvoll, feste Zähne zu besitzen.

Ein großer Trend geht in Richtung verschraubte Lösungen. Kommt der Zement in der Implantatversorgung aus der Mode?

DS Radam: Ja, er kommt aus der Mode. Allerdings denke ich, dass er trotzdem noch nicht ganz wegfallen wird. Wenn wir an vielen Stellen verschrauben, werden wir an vielen anderen Stellen auch noch zementieren. Zum Beispiel wenn wir auf einem verschraubten Abutment gingival zementieren. Zement wird es weiterhin geben, der Trend wird sich jedoch dahin entwickeln, dass in den biologisch kritischen Zonen die Verschraubung den Zement ablöst. Sicherlich ist dort auch

noch nicht das Ende der Entwicklungen in den Verbindungen erreicht und es wird weitere Forschung geben müssen. Auch in Richtung der Implantatoberflächen – Stichwort Nanotechnologie – wird noch einiges kommen.

„Bereits die ersten Auswertungen haben gezeigt, dass in meinem Labor die verschraubten Lösungen der Favorit sind ...“

ZTM Tamaschke: Bei uns im Labor ist es grundsätzlich so, dass wir das Prinzip der Verschraubung vielfältig nutzen. Alles, was möglich ist, wird verschraubt. Denn, sobald ein Abutment lose ist, haben wir Zahn Techniker den Stress damit. Ich arbeite zurzeit mit ein paar Kollegen an einer Studie, worin wir unsere Implantatzahlen seit Geschäftsgründung 1997 bis heute festhalten und auswerten, welche Arbeiten wir darauf gesetzt haben – zementiert, verschraubt, Teleskop, Steg, feste Brücken, verschraubte Brücken usw. Allein bei uns im Labor haben wir eine Stückzahl von 15.000 Implantaten und bei den Kollegen, die länger im Geschäft sind, sind es etwa 20.000 Implantate. Die Daten werden jetzt alle in einer Studie zusammengefügt und veröffentlicht. Bereits die ersten Auswertungen haben gezeigt, dass in meinem Labor die verschraubten Lösungen der Favorit sind, danach folgen die Stegarbeiten. So gut wie gar nicht mehr genutzt werden nicht nur Teleskope, sondern auch Zement.

Im Labor liegen wir hier bei 2.000 bis 3.000 Stück. Sieht man sich das in einem Zeitstrahl an, so wird gut erkennbar, dass der Einsatz von Zement deutlich gesunken ist. Ich könnte mir vorstellen, dass die Verschraubungen noch eleganter werden, hier gibt es bestimmt Ideen seitens der Industrie. Einige Zahnärzte tun sich schwer, die prothetische Schraube richtig einzudrehen und das richtige Drehmoment zu nehmen. Dennoch würde ich die Erfolgsrate bei verschraubten Lösungen als sehr überzeugend bezeichnen.

DS Radam: Hier hilft vor allem eine Zusammenarbeit zwischen Zahn Techniker und Zahnarzt und der Transport von Fachwissen und Informationen. Wir wollen auch die Botschaft senden, dass diese Zusammenarbeit auf Augenhöhe passieren muss und dass alles andere weder fair gegenüber den Patienten noch den Geschäftspartnern ist. Es ist eine Gemeinschaftsarbeit. Vor einiger Zeit haben wir noch von drei Parteien gesprochen – dem Zahnarzt, dem Zahn Techniker und dem Patient. Heute möchte ich sagen, dass die Industrie mit dazu gehört. Patient, Zahn Techniker, Zahnarzt und Industrie müssen einfach zusammenarbeiten und wenn wir weitergehen, sehe ich auch die Gesundheitsökonomien am Zug. Aktuell interessiert sich das Gesundheitssystem in Deutschland leider nicht dafür, was der Patient wünscht, sondern für das, was man abrechnen kann. Hier wünsche ich mir eine Trendumkehr.

Vielen Dank für das interessante Gespräch.

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



 **Dentegris**
DENTAL IMPLANT SYSTEM

Dr. Richard J. Meissen, M.Sc.



Wie dem Verlag mitgeteilt wurde, verstarb Dr. Richard J. Meissen, M.Sc., nach kurzer schwerer Krankheit Anfang Februar dieses Jahres im Alter von nur 47 Jahren. Geboren in Wesel, galt Dr. Meissen als einer der kenntnisreichsten und versiertesten Zahnmediziner auf dem Gebiet der Implantologie, Parodontologie und Osseointegration. Mit seiner nahezu 20-jährigen Erfahrung in der Implantologie und über 25.000 inserierten Implantaten gehörte Dr. Meissen zu den führenden Implantologen Europas. Neben der praktischen Erfahrung etablierte er mit seinen Studien zur Peri- und Osseointegration einen neuen Standard in der Forschung und Therapie auf diesem Gebiet. Schon früh in seiner zahnärztlichen Laufbahn war Dr. Meissen als Referent im In- und Ausland tätig. Bereits 1999 übernahm Dr. Richard J. Meissen die Leitung einer spezialisierten Gemein-

schaftspraxis in Duisburg. Es war auch in dieser Zeit, dass er zahlreiche Weiterbildungen in der Implantologie absolvierte. Mit dem postgradualen Studium an der Staatlichen Universität Krems/Wien erarbeitete er sich den Abschluss Master of Science Implantologie. Es folgten weitere Ausbildungsschritte bei großen deutschen und internationalen Fachgesellschaften: Spezialist für Implantologie Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie (DGZI), International Diplomate of Oral Implantology (ICOI), Zertifizierter Spezialist für Implantologie (BDIZ). Außerdem war er zu dieser Zeit bereits medizinischer Leiter des Zentrums für Implantatdiagnostik Rhein-Ruhr in Duisburg.

Dass Dr. Meissen zu den Antreibern und Wegbereitern moderner Implantologie gehörte, bewies er u.a. damit, dass er bereits seit 2001 Betreiber eines Kopf-CTs zur dreidimensionalen Röntgendiagnostik und Mitglied diverserer Fachgesellschaften (DGMKZ, DGL, DGI, DZOI) war – eine Zeit, in der diese Form der Diagnostik in den Kinderschuhen steckte, vor allem im zahnmedizinischen Alltag. Gleichsam legte er damit den Grundstein für die Integration der navigierten Implantologie in seine chirurgischen Abläufe und war damit seiner Zeit abermals weit voraus. Seine volle Wirkkraft sollte Dr. Meissen ab 2005 mit der unter seiner Leitung stehenden Kaiserberg Klinik in Duisburg entfalten, wo er mehr als 2.000 Implantateingriffe pro Jahr realisierte.

Dieser Tatendrang und das tiefe Verständnis von Osseo- und Periointegration brachten Dr. Richard J. Meissen

eine denkwürdige sowie äußerst seltene Auszeichnung ein: Kein geringerer als Professor Per-Ingvar Brånemark, der Erfinder der Implantologie, der bereits 1965 das weltweit erste Titanimplantat einsetzte, zeichnete Dr. Meissen als einen herausragenden Implantologen aus. Diese Ehrung wurde damals in New York anlässlich des Greater NY Dental Meeting (GNYDM), der größten Konferenz und Zahnausstellung der USA, die vom 25.11. bis 30.11.2011 in New York stattfand, vollzogen. In diesem Zusammenhang war es Dr. Meissen möglich, das einzige Brånemark Osseointegration Center (BOC) in Deutschland gründen zu dürfen.

Neben seinen zahlreichen wissenschaftlichen Veröffentlichungen zur Implantologie und seiner umfangreichen praxisrelevanten Expertise hatte Dr. Meissen zusätzlich eine Berechtigung, Zahnärzte weiterzubilden. Darüber hinaus war er in Zusammenarbeit mit der Charité Berlin seit Jahren forschend im Bereich der Implantologie tätig. Noch im vergangenen Jahr hatte Dr. Meissen seine Tätigkeiten rund um das BOC in Duisburg intensiviert und mit seinem beruflichen Weggefährten Prof. Dr. Marc L. Nevins, einem Spezialisten auf dem Gebiet der Biomaterialien, Parodontologie und zahnärztlichen Implantologie in Boston, USA, regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen geplant.

Es ist tragisch, dass Dr. Richard J. Meissen seine für die Patienten so wertvolle Arbeit nicht mehr selbst weiterführen kann. Sein Team aber wird sein Lebenswerk fortführen. Die private Dimension dieses Verlustes ist nicht zu ermessen.



4x5mm

Mehr Infos unter www.bicon.de.com oder Telefon: +49 (0)6543 818200

Die kürzesten Implantate mit der längsten Erfolgsgeschichte.

Think Short!

Seit mehr als 30 Jahren sind Kurzimplantate von Bicon® unverändert im klinischen Einsatz.

Neueste wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen die klinische Wirksamkeit und zeigen in vielen Fällen den Gewinn an ortsständigem Knochen.

Bicon Europe Ltd., Hauptstraße 1, 55491 Büchenbeuren
Tel. +49 (0)6543 818200, germany@bicon.com



bicon[®]
DENTAL IMPLANTS

Das vorläufige wissenschaftliche Komitee:

Internationaler Kongress:



Prof. Dr. Dr. Rolf Ewers
Prof. Dr. Mauro Marincola
Dr. Rainier Urdaneta
Dr. Vincent Morgan

PreCongress:



Priv.-Doz. Dr. Jörg Neugebauer
Dr. Frank Kistler
Dr. Stefan König

Termine: Fr./Sa. 17.–18.06.2016

Zeitlicher Ablauf:

Freitag, 17.06.2016

12.30 Lunch
13.30–15:00 Pre Congress
15.00–17.30 Werksbesichtigung
Lamborghini
19.30 Galaabend im Schloss Ferrara

Samstag, 18.06.2016

Internationaler Kongress im
Theatro Ferrara 10.00–19.00 Uhr

Teilnahmegebühr:

PreCongress: 100,- € zzgl. MwSt.
inkl. der Mittagsverpflegung und
Lamborghini Werksbesichtigung.
Internationaler Kongress: 150,- €
zzgl. MwSt. inkl. Gala Abend, Mittags-
verpflegung & Aperitif. Der Flug und
die Hotelkosten sind nicht im Preis in-
begriffen. Begleitpersonen zahlen 70,- €
für den Galaabend im Schloss Ferrara.

**Der Kongress wird in deutscher und
englischer Sprache gehalten!**

**Teilnahme am Kongress
für Studenten kostenlos!**

1. EUROPÄISCHES FORUM FÜR ULTRA-SHORT IMPLANTS

17.–18. JUNI 2016 IN FERRARA / ITALIEN

THEMATIK

Das 1. Europäische Forum für Ultra-Short Implants, organisiert durch das IDC in Italien, findet vom 17.–18. Juni 2016 in der wunderschönen Stadt Ferrara in Italien statt. Der Kongress steht unter dem Motto „Ultra-Short Implants“ und verbindet praktische und wissenschaftliche Aspekte zur sofortigen Umsetzung in der Praxis.

Das hochkarätige wissenschaftliche Komitee wird von Professor Dr. Dr. Rolf Ewers und Professor Dr. Mauro Marincola als Co-Präsidenten geleitet und setzt sich aus namhaften Experten zusammen, welche wissenschaftliche Kenntnisse mit praktischen Hintergrund kombinieren.

Der 17. Juni gilt als Pre-Congress mit renommierten, deutschen Referenten: Priv.-Doz. Dr. Jörg Neugebauer, Dr. Frank Kistler sowie Dr. Stefan König. Gastgeber am Freitag ist die Firma Automobili Lamborghini Holding S.p.A. in Sant'Agata Bolognese zwischen Bologna und Modena. Es findet eine Führung durch das Museum und die Produktion statt. Am 18. Juni findet der International Kongress im Theatro Ferrara statt.

Die oberitalienische Stadt Ferrara liegt in der Region Emilia Romagna, deren gesamte urbanistische Struktur auf das Mittelalter zurückgeht, wurde von der UNESCO als Weltkulturerbe anerkannt. Die Stadt Ferrara entstand im Mittelalter und erlebte ihre Blütezeit unter der Herrschaft der Familie Este (im 14.–16. Jahrhundert), die auch das mächtige Castello Estense im Zentrum der Stadt errichten ließ. Seit dieser Zeit ist der Stadtkern fast unverändert erhalten geblieben, was Ferrara zu einer außerordentlich reizvollen Stadt macht.



Ferrara ist eine ausgesprochen fahrradfreundliche Stadt, leider eine seltene Ausnahme in Italien. Das Fahrrad spielt hier eine ähnliche Rolle wie in Amsterdam. Deshalb empfehlen wir jedem Besucher dieser Stadt: Wenn Sie die Möglichkeit haben, leihen Sie sich ein Fahrrad aus und erkunden Sie die Stadt auf diese Weise, es ist die schönste und angenehmste Art, diese Stadt kennen zu lernen. Sie werden es nicht bereuen! Sie können die Fahrräder z.B. am Bahnhof ausleihen. Die gesamte Altstadt ist autofrei und Sie sollten unbedingt die mittelalterliche Stadtmauer abfahren (ca. 9 km). Aber auch zu Fuß können Sie einen großen Teil der Altstadt ungestört genießen.

WAS MAN VON FERRARA SEHEN MUSS:

- das Castello Estense,
- die gotische Kathedrale San Giorgio,
- den Justizpalast (Palazzo della Ragione) gegenüber der Kathedrale,
- das Rathaus und die gesamte Altstadt,
- die 9 km lange Stadtmauer aus der Renaissance,
- die Barockkirche San Carlo,
- den Palazzo dei Diamanti, der für Kunstausstellungen genutzt wird,
- 35 km westlich von Ferrara: das malerische Städtchen Cento,
- 65 km östlich von Ferrara: das landschaftlich wunderschöne Podelta.



Fortbildung

1. Curriculum für Sofortbelastung in der Implantologie in Deutschland

Die International Implant Foundation mit Sitz in München bietet seit einigen Jahren die Ausbildung für Sofortbelastung in der zahnärztlichen Implantologie für Zahnärzte und Chirurgen an. Die Unterrichtseinheiten werden von erfahrenen Lehrern für basale Implantologie durchgeführt. Alle verfügen über jahrelange Erfahrung aus Tausenden von Implantationen und Versorgungen. Die Teilnehmer werden die Grundzüge der Sofortbelastung in der Implantologie erlernen und bei den individuellen Trainings zahlreiche Operationen mitverfolgen können. Die Teilnehmer sollen am Ende des Curriculums selbstständig Fallplanungen und Behandlungen bis einschließlich der prothe-

tischen Versorgung und der prothetischen Nachsorge durchführen können. Der Unterricht findet in entspannter Atmosphäre statt und die Inhalte werden ausreichend oft kurz wiederholt. Eigene Fallplanungen können mitgebracht und diskutiert werden.

Für eine Kontaktaufnahme wenden sich Interessierte an die International Implant Foundation, Leopoldstraße 116, 80802 München, contact@implantfoundation.org www.implantfoundation.org
Regional Coordinator: Manuel Fischer
Tel.: 0152 31970978

Quelle: International Implant Foundation

Preisausschreiben

ANKYLOS Poster- und Videopreis

Anlässlich des 30-jährigen Jubiläums von ANKYLOS können junge Wissenschaftler und Zahnärzte sich mit ihren Arbeiten um einen der Poster- und Videopreise bewerben. Die mit insgesamt 10.000 Euro dotierten Preise für klinische Studien oder Fallpräsentationen mit ANKYLOS-Implantaten werden in drei Kategorien vergeben: Einzelzahn, Schallücke/Freie, zahnloser Kiefer. Neben Postern können erstmals auch Videos eingereicht werden. Bewertungskriterien sind Originalität, Innovation, Bedeutung für die Implantologie, Praxisrelevanz sowie Form und Darstellung.

Die Arbeiten müssen bis zum 15. März 2016 eingereicht werden. Weitere Informationen unter ankylos-posterpreis@dentsply.com oder www.dentsplyimplants.de.

Quelle: DENTSPY Implants

DENTSPY Implants
[Infos zum Unternehmen]



Dr. Paul Weigl, wissenschaftlicher Leiter des ANKYLOS-Kongresses.

ANZEIGE

LASAK²⁵years

25 JAHRE ERFAHRUNG

Hydrophile
Oberfläche



Implantatsysteme & Knochenersatzmaterial

Erstklassige
Qualität



LASAK GmbH

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

4. EURO OSSEO® in Hamburg

„Knochenaufbau vs. Sofortversorgung“

Zum nunmehr 4. EURO OSSEO®, dem internationalen Implantologie-Kongress der European Academy of Implant Dentistry (EAID), lädt Prof. inv. Dr. (H) Peter Borsay in die norddeutsche Hafenstadt Hamburg. Unter dem Motto „Knochenaufbau vs. Sofortversorgung“ wartet die Veranstaltung am 18. und 19. November 2016 mit Workshops und Plenarveranstaltungen renommierter Experten auf. „Eine Besonderheit des 4. EURO OSSEO®-Kongresses sind die internationalen Referenten, die wir gewinnen konnten“, sagt Prof. Dr. Borsay, wissenschaftlicher Leiter und Organisator des Kongresses. Aus diesem Grund finde die Veranstaltung auch in Englisch statt. Einer der Redner ist Prof. Dr. Paulo Maló – Preisträger diverser Awards und Gastredner an 150 internationalen Konferenzen –, der das MALO CLINIC Protokoll für Oralchirurgie und Implan-

tologie entwickelte. Hinzu kommt der weltweit führende Kliniker für Parodontologie Prof. Dr. Dennis P. Tarnow. Als Professor und Direktor des Lehrstuhls für Zahnmedizinische Implantologie am College of Dental Medicine der Columbia University New York und Gewinner des Master Clinician Award der American Academy of Periodontology wird er sich den Themen Ätiologie und Behandlungslösungen sowie sofortige Alveolenextraktion widmen. Die Runde schließt Prof. Borsays Hamburger Kollege Prof. Dr. Dr. Max Heiland, Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Außerdem hofft Prof. Borsay, dass das Kongressmotto „Knochenaufbau vs. Sofortversorgung“ ausreichend Stoff für

kontroverse und lebendige Diskussionen sorgt, denn nur so könnten die Teilnehmer wirklich etwas lernen.

Neben exklusiven Vorträgen und Workshops erwartet die Teilnehmer noch die Elbkuppel des Hotel Hafen Hamburg, welches sich direkt oberhalb der St. Pauli-Landungsbrücken befindet.

Die Teilnehmerzahl ist limitiert, eine baldmöglichste Anmeldung wird daher empfohlen.

Quelle: Prof. inv. Dr. (H) Peter Borsay
www.euro-osseo.com



Praktisches Online-Format

CAMLOG Fortbildungsprogramm 2016

Das CAMLOG Fortbildungsprogramm 2016 präsentiert sich unter www.camlog.de/fobi2016 in einem neuen praktischen Online-Format. Es beinhaltet Vorträge, Hands-on-Kurse, Workshops und Kongresse. Durch die klare Gliederung des Programms finden Interessierte ihre Fortbildung schnell und einfach entsprechend ihrer persönlichen Präferenzen. CAMLOG konnte exzellente Referenten verpflichten, die einen hohen Anspruch an die Wissenschaft und Praxis stellen. Zu Versorgungskonzepten mit dem iSy Implantatsystem, dem

COMFOUR™ System sowie zur DEDICAM CAD/CAM-Prothetik werden spezielle Kurse angeboten.

Für junge Zahnmediziner bietet CAMLOG mit den Start-up-Days „Log in to your future“ am 22. und 23. April 2016 in Frankfurt am Main ein innovatives Fortbildungsformat für die berufliche Orientierung. Ein weiteres Highlight ist der 6. Internationale CAMLOG Kongress vom 9. bis 11. Juni 2016 in Krakau, Polen. Das Motto „Tackling everyday challenges“ verspricht einen besonders praxisnahen Bezug, gepaart mit fundierter Wissenschaft auf höchstem Niveau.

„Mit uns sind Sie besser aufgestellt“ – dafür steht CAMLOG als Premiumanbieter auf dem Gebiet der dentalen Implantologie. Auch im Bereich Fortbildung überzeugt CAMLOG als starker Partner. 2015 bildeten sich bei über 200 CAMLOG-Veranstaltungen mehr als 4.500 Teilnehmer weiter und tauschten sich kollegial aus. Fortbildungspunkte weist CAMLOG auf Grundlage der Kriterien der BZÄK und DGZMK auf Zertifikaten aus. Im Online-Fortbildungsprogramm sind bei der jeweiligen Veranstaltung weitere Informationen und die Möglichkeit zur Anmeldung nur einen Mausklick entfernt.

Quelle: CAMLOG Vertriebs GmbH
www.camlog.de/fobi2016



Mehr Qualität

MEHR PREISVORTEIL

Mehr Ästhetik

Mehr Stabilität

Mehr Garantie

Mehr Service

Mehr Sicherheit

Mehr Vertrauen

70% Ersparnis*

Teleskopierende Brücke, 12-gliedrig

vollverblendet, 4 Teleskope, 8 Zwischenglieder, NEM



PREISBEISPIEL

1.338,- €

zzgl. MwSt.

*Sie können mit unserem Zahnersatz bis zu 70% BEL II/BEB Höchstpreisliste NRW gegenüber anderen Dentallabor-Rechnungen sparen.

Der Mehrwert für Ihre Praxis

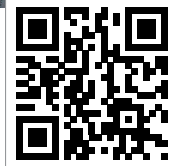
Als Komplettanbieter für zahntechnische Lösungen beliefern wir seit über 29 Jahren renommierte Zahnarztpraxen in ganz Deutschland. Ästhetischer Zahnersatz zum smarten Preis – so geht Zahnersatz heute.

www.permadental.de | Freecall 0800/7 37 62 33

permadental  **semperdent**
Modern Dental Group



Dr. Georg Bach
[Infos zum Autor]



Initiativen und Neuerungen bei der deutschen ITI Sektion

18. Treffen der ITI Sektion Deutschland in Eltville

Dr. Georg Bach

Es tut sich was in der deutschen Sektion des Internationalen Teams für Implantologie. Zahlreiche neue Aktivitäten und Initiativen bedingen Veränderungen, die auf große Zustimmung stießen und gleichzeitig eine gewisse Neugier der deutschen ITI Fellows weckten. So war es wenig verwunderlich, dass am dritten Februarwochenende eine außerordentlich große Anzahl deutscher ITI Fellows der Einladung zum diesjährigen Sektionstreffen Folge leisteten. Die deutsche Sektion ist momentan mit mehr als 1.000 Members und Fellows und einer, im Vergleich zum Vorjahr, weiter wachsenden Zahl an Mitgliedern, eine der größten nationalen Gruppierungen in dem einzigartigen globa-

len Implantologie-Netzwerk ITI, dem neben Oralchirurgen, Kieferchirurgen, Zahnärzten und Zahntechnikern auch Grundlagenwissenschaftler angehören. Traditionsgemäß widmete sich der erste Tag der Veranstaltung der Wissenschaft, wohingegen am zweiten Tag ITI-interne, vereinstypische Abläufe im Mittelpunkt standen.

Wissenschaftlicher Nachmittag

In seinem Grußwort zeigte sich der im vergangenen Jahr gewählte Sektionsvorsitzende Prof. Dr. Dr. Johannes Kleinheinz, der sich auch für das wissenschaftliche Programm der diesjährigen Veranstaltung verantwortlich zeichnete,

erfreut, dass erneut so viele Fellows der deutschen Sektion den Weg nach Reinhartshausen gefunden hatten. „Wir haben einiges auf den Weg gebracht!“ – mit dieser aussagekräftigen Ansage leitete Kleinheinz das wissenschaftliche Programm am Freitagmittag ein. In der Tat war es dem Leadership-Team gelungen, facettenreiche und interessante Beiträge neuer ITI Fellows in einem kurzweiligen Minisymposium zusammenzuführen. Dabei thematisierten alle Referate anhand verschiedenster Kontexte die übergreifende und somit durchaus als Tenor des wissenschaftlichen Programms zu verstehende Fragestellung „Wie kann der Kompromiss zwischen maximal zu erzielender Ästhetik

und komplexen Ausgangsbedingungen am besten geschlossen werden?“.

Den Auftaktvortrag hierzu steuerte Prof. Dr. Dr. Jürgen Hoffmann bei, der über implantatgetragene prothetische Rehabilitationen nach komplexen Defektsituationen sprach. Das Referat Hoffmanns stellte eine Retrospektive seines kieferchirurgischen Wirkens in den letzten anderthalb Jahrzehnten dar. „Kann man Lebensqualität implantieren?“ – unter dieser durchaus provokanten Fragestellung führte der Heidelberger Hochschullehrer ausgewählte Patientenfälle vor, die allesamt eine extreme behandlerische Herausforderung darstellten. Neben ausgeprägten Atrophieformen standen Situationen nach Resektion maligner Tumoren im Vordergrund seiner Darlegungen. Dabei stellte Hoffmann klar: „Bei all den vielfältigen Möglichkeiten der heutigen operativen Klaviatur sollte immer der individuelle Nutzen für den Patienten im Vordergrund stehen – Overtreatment sollte unbedingt vermieden werden.“ Anhand des in Heidelberg etablierten Behandlungspfades unter Zuhilfenahme digitaler Planungs- und Behandlungsoptionen wies Hoffmann mikrochirurgisch-revaskularisierten Knochentransplantaten (Scapula, Fibula, Beckenkamm) eine enorme Bedeutung zu, ermöglichen diese doch auch ausgeprägte Defektsituationen zu meistern. Darüber hinaus erweisen sich ebenso die hohe Qualität und Volumenbeständigkeit sowie die Möglichkeit, auch größere Knochenvolumina zu transplantieren, als überaus vorteilhaft.

Im Anschluss an Prof. Dr. Dr. Hoffmann eröffnete Prof. Dr. Ralf Bürgers sein Referat zur Thematik „Ästhetik von her-

ausnehmbaren Implantatversorgungen“ mit dem Einführungsstatement „es sei hierbei nicht primär von Relevanz, was unter den Prothesen sitzt – ob Zahn oder Implantat“. Dabei wies Prof. Dr. Bürgers, Direktor der Abteilung für Prothetik der Universität Göttingen, darauf hin, dass mit abnehmbarem Zahnersatz wesentlich mehr Gestaltungsmöglichkeiten bestehen, als mit feststehendem. Kurioserweise scheint jedoch die Forderung nach einer guten Ästhetik bei abnehmbarem Zahnersatz nur eine untergeordnete Rolle zu spielen, anders lässt sich der Mangel an entsprechender Literatur nicht erklären. Doch brach der Göttinger Hochschullehrer eine klare Lanze für den oftmals geschmähten abnehmbaren Zahnersatz: „Wir müssen darauf hören, was die Patienten wollen. Dies kann“, so Bürgers, „mit herausnehmbarem Zahnersatz oftmals wesentlich einfacher und konsequenter erreicht werden, als dies mit feststehendem Zahnersatz möglich ist.“ Ein praxisnaher Tipp Bürgers sei hier noch erwähnt: „Bieten Sie dem Patienten bei der Wachsenprobe möglichst mehrere Frontzahngarnituren zur Auswahl an.“

Priv.-Doz. Dr. Stefan Fickl referierte über „Die ästhetisch kritische Zone – Sofortimplantate oder verzögerte Verfahren“. Der Referent wies auf die durchaus anspruchsvolle Entscheidungsfindung hin bezüglich der Frage, welche Art einer Implantatversorgung im ästhetisch relevanten Bereich für den Patienten individuell die beste, gleichzeitig aber auch für das Erzielen langzeitstabiler Verhältnisse die optimalste ist. Zu einem Zeitpunkt, wo der Hype der Sofortimplantation eindeutig abflaut, sprach



Abb. 1: Prof. Dr. Dr. Johannes Kleinheinz.

sich der Würzburger Parodontologe klar für die Sofortimplantation aus, räumte jedoch gleichzeitig ein: „Wenn Sie Behandlungen miteinander kombinieren, dann kombinieren Sie auch die Risiken.“ Als unabdingbare Voraussetzungen für eine Sofortimplantation definierte Fickl daher, einen dicken Biotyp („dünnes Gewebe neigt zur Schrumpfung“), das Vorhandensein einer bukkalen Lamelle, die Möglichkeit eines einseitigen Konzeptes und eine palatinale Platzierung. „Die Sofortimplantation“, so Fickl, „ist ein probates Mittel, Rezessionen zu minimieren bzw. bestenfalls zu vermeiden.“ Hervorragend dokumentierte Fallbeispiele zum Weichgewebsmanagement rundeten die Ausführungen Fickls ab.

Eine der Neuerungen des 2016er-Sektionstreffens stellte der Programmpunkt „Mit Highlights on Innovation & Products“ des ITI Industriepartners Straumann dar. Hierbei führte Jürgen Nottebohm, Director Global Product Management and Surgical & SDIS New



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5

Abb. 2: Prof. Dr. Dr. Jürgen Hoffmann. – Abb. 3: Prof. Dr. Ralf Bürgers. – Abb. 4: Priv.-Doz. Dr. Stefan Fickl. – Abb. 5: Jürgen Nottebohm.



Abb. 6: Die Jahresversammlung der Fellows der ITI Sektion Deutschland fand in Eltville, Rheingau, statt.

Products und damit für den Bereich der Neuerungen im Portfolio des eidgenössischen Implantatherstellers verantwortlich, aktuelle Innovation vor.

Fellow Meeting – Jahresversammlung

Nach einer gelungenen Abendveranstaltung im Schlosskeller des Gutes Reinhartshausen, welche bei den Teilnehmerschon Kultstatus genießt, stand der zweite Tag des Sektionstreffens ganz im Zeichen der Jahresversammlung.

Der besondere Vortrag

Auch dieser Veranstaltungstag startete mit einer Neuerung. Dr. Kai Vietor übernahm hierbei die Funktion des „icebreakers“ und referierte amüsant und fundiert zugleich unter der Fragestellung „Was haben Turnschuhe, Müsli und Abutments gemeinsam?“ über sein Lieblingsthema „Individuelle Abutments“.

Zu Beginn seiner Ausführungen ging Vietor auf den „Megatrend Produktindividualisierung“ ein, ein Bereich, in dem heute bereits dreistellige Millionenumsätze generiert werden. „Ziel einer Produktindividualisierung müsse jedoch“, so Vietor, „neben einer Effizienzsteigerung auch die Erzielung einer höheren Produktqualität sein“. Nur dann haben die webbasierten Optionen einer Abutment-Individualisierung ihre echte Berechtigung,

da nach der online geführten Produktgestaltung neben dem Abutment auch die vorbereitete Krone (die lediglich noch individualisiert werden muss) nach wenigen Arbeitstagen in die Praxis geliefert wird. So werden dank der digitalen Optionen zahlreiche individuelle Konzepte möglich, die neben einer gesteigerten Effizienz, und je nach Anspruch und Voraussetzung, auch einen erheblichen Zugewinn an Prozess- und Ergebnisqualität bergen. Voraussetzungen für diesen Erfolg sind die Berücksichtigung biologischer (Material, Passgenauigkeit, Optimierung der Zementierungsfuge, Reduktion von Schnittstellen), technischer (Optimierung von Abmessungen, Stabilität, Retentions- und Unterstützungsform, freie Formgestaltung) und ästhetischer Faktoren (Verwendung von Zirkonoxidabutments und optimierte Gewebeunterstützung). Nicht unerwähnt blieben in den Ausführungen von Dr. Vietor auch Probleme und Komplikationsmöglichkeiten (Klebefuge, Sterilisation, fehlende Langzeitdatenlage), wobei diese mit zahlreichen hervorragend dokumentierten Fallbeispielen aus der Praxis veranschaulicht wurden und

beim Auditorium ungeteilte Zustimmung hervorriefen.

Bericht des Sektionsvorsitzenden

„Mein erster Bericht als Sektionsvorsitzender!“ – Prof. Dr. Dr. Johannes Kleinheinz hatte vergangenes Jahr Prof. Dr. Gerhard Wahl als Sektionsvorsitzenden abgelöst, da Wahl nach zwei überaus erfolgreichen Legislaturperioden gemäß den ITI Statuten nicht mehr für eine weitere Amtszeit zur Verfügung stand. Der neue Sektionsvorsitzende Kleinheinz wies in seinem Bericht darauf hin, dass nunmehr die 18. Jahresversammlung des



Abb. 7: Dr. Kai Vietor.

ITI abgehalten wurde und erläuterte die Zusammensetzung der deutschen ITI Sektion, welche eine der größten der weltweit 27 Sektionen ist. Mit weit über 1.000 Members und Fellows und zahlreichen bei der Generierung von Neumitgliedern sehr aktiven Study Clubs wurden die prognostizierten Entwicklungen des Zuwachses der ITI Sektion Deutschland mehr als erfüllt. Damit sieht sich die deutsche Sektion vollumfänglich eingebettet in den Konsens, der im Rahmen der ITI-Vision-2017-Konferenz, die 2007 in Vitznau (Schweiz) stattfand, erzielt worden war. Dort wurden als Ziele für das Jahr 2017 u. a. festgelegt, dass das ITI als führende, global tätige und unabhängige wissenschaftliche implantologische Vereinigung wahrgenommen und akzeptiert wird. Weitere Ausführungen von Kleinheinz betrafen die Schwerpunkttätigkeiten des deutschen ITI im vergangenen Jahr und eine Darstellung der Organisation dieser enorm gewachsenen Vereinigung. Hier fanden vor allem seine Ausführungen zum im vergangenen Jahr erstmals gestarteten internationalen deutschsprachigen ITI Curriculum (für die Länder Deutschland, Niederlande und Österreich) große Aufmerksamkeit. Hoherfreut nahmen die deutschen Fellows zur Kenntnis, dass bereits das erste Curriculum voll ausgebucht war und nun weitere, ggf. mit zwei Staffeln pro Jahr, folgen werden. Prof. Kleinheinz richtete abschließend seinen Blick auf den kommenden ITI Weltkongress, der 2017 in Basel stattfinden wird, verbunden mit der Hoffnung, dass dieser an den großen Erfolg der vergangenen Jahre anknüpfen kann. In Erinnerung wurde hier der letzte globale ITI Kongress 2014 gerufen, der in Genf mit über 5.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern ein sehr prägendes und überaus erfolgreiches Ereignis war. Für das laufende Jahr stellte Kleinheinz zwei Veranstaltungen in den Vordergrund: Das nächste Young ITI Meeting, welches im April 2016 in Hamburg stattfinden wird. „Die einzigartige Location mitten in der Speicherstadt und ein hochrangig besetztes wissenschaftliches Programm werden“, so Kleinheinz, „das Young ITI Meeting zu einem der wichtigsten Events dieses Jahres werden lassen.“ Diese Einschätzung kann auch auf eine zweite Innovation der deutschen ITI Sektion übertragen werden – im Herbst wird erstmals ein Online-Symposium von Köln aus starten, welches sich der viel diskutierten Fragestellung „Das autologe Knochenaugmentat – (un)ersetzlich?“ widmen wird. Hinweise zum Annual General Meeting in Chicago im April 2016 rundeten die Ausführungen des Sektionsvorsitzenden ab.

ITI International

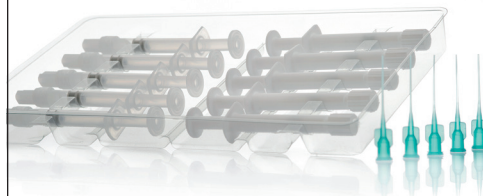
Dr. Kati Benthaus vom ITI Headquarter in Basel, konnte mit beeindruckenden Zahlen aufwarten und somit die Entwicklung und das starke Wachstum von ITI darstellen. In den vergangenen zehn Jahren ist die Zahl der Fellows und Members von einstmalig 50 auf nunmehr über knapp 16.000 angestiegen. Frau Dr. Benthaus war es auch vorbehalten, die nationalen und internationalen Entscheidungsprozesse des ITI genauer zu erläutern. Hier stießen vor allem die Ausführungen über die zahlreichen ITI Gremien und deren Verantwortlichkeiten und

Zeigen Sie dem Biofilm die „Rote Karte“!

PERISOLV®

Effizientes Biofilmmangement

- **EFFEKTIVER**
 Durchdringt den Biofilm und wirkt schneller & zuverlässiger gegen Bakterien
- **SCHONENDER**
 Wirkt selektiv auf infiziertes Gewebe ohne gesundes Gewebe zu beeinträchtigen
- **EINFACHER**
 Wirkt degranulierend und löst hartnäckige Konkremente an, delegierbar



Sichern Sie sich unser Angebot für Erstbesteller:

3 Boxen / 15 Portionen € 224,37.

Sie sparen € 52,97, inkl. kostenfreiem Versand.





Abb. 8



Abb. 9



Abb. 10

Abb. 8: Dr. Kati Benthaus. – **Abb. 9:** Thomas Kreuzwieser. – **Abb. 10:** ITI Leadership Sektion Deutschland.

Entscheidungsfindungen auf großes Interesse der Fellows der deutschen Sektion.

Rückblick ITI Sektionsaktivitäten

Der Sektionskoordinator Thomas Kreuzwieser rief alle Aktivitäten des vergangenen Jahres in Erinnerung und erläuterte im ersten Teil seiner Darlegungen das abgerechnete Budget des vergangenen Jahres sowie den geplanten Etat für 2016. Hierbei konnte Kreuzwieser auf ein erfolgreiches Jahr für die gesamte Sektion Deutschland, aber auch in Bezug auf

das Sektionsbüro selbst zurückblicken. Inzwischen kümmern sich sechs Vollzeitkräfte um die Belange und Erfordernisse der deutschen Members und Fellows. Ebenso positiv fiel das Resümee des Sektionsadministrators zu den ITI Veranstaltungen und der Präsenz der deutschen Sektion bei wichtigen Veranstaltungen (z. B. IDS) im vergangenen Jahr aus. Gleichzeitig blickte Thomas Kreuzwieser positiv auf geplante Ereignisse in diesem Jahr: „Offline und online – die deutsche ITI Sektion ist präsent!“ Hinweise zum erfolgreichen Relaunch des ITInet rundeten seine fundierten Ausführungen ab.

ITI Study Clubs Deutschland

Von Anfang an begleitete Prof. Dr. Dr. Andreas Schlegel das Wirken und Gedeihen der deutschen ITI Study Clubs, die innerhalb kürzester Zeit eine ganz wesentliche Bedeutung in der deutschen ITI Sektion eingenommen haben. Die nunmehr 42 Study Clubs führen pro Jahr knapp 150 Veranstaltungen durch und erreichen dabei ca. 2.000 Teilnehmer. Erneut ist auch hier der Ausblick überaus positiv: In Rostock und im Emsland sind zwei Neugründungen des ITI Study Clubs geplant.



Abb. 11



Abb. 12

Abb. 11: Prof. Dr. Dr. Andreas Schlegel. – **Abb. 12:** Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas.

Bericht des Education Delegate

„Wir sind gut aufgestellt“, ist das Resümee von Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas bezüglich der Fortbildungsaktivitäten der deutschen ITI Sektion. In seinen Erläuterungen verwies Al-Nawas auf die einzigartige Vielfalt und Qualität der ITI Online Academy als „weltweit führende Lernplattform“ und berichtete über den Relaunch der Fortbildungsbroschüre, welche die 20 Kurse der deutschen ITI Sektion genauer vorstellt und erläutert.

Die Einführung innovativer und qualitativ hochwertiger restaurativer Lösungen



NEU!

HAHN[™]
TAPERED IMPLANT

konische Verbindung gemäß Industrienorm



BruxZir[®]
ANTERIOR
— SOLID ZIRCONIA —



INCLUSIVE[®]
TAPERED IMPLANT SYSTEM



innenseitige Sechskant-Verbindung gemäß Industrienorm

INCLUSIVE[®]
PROSTHETIC COMPONENTS



industriekompatible Prothetik

GLIDEWELL DIRECT → EUROPE
CLINICAL AND LABORATORY PRODUCTS

+49 (0) 69-2475 144 30

www.glidewelldirect.com

orders@glidewelldental.de

Glidewell Direct sucht derzeit neue Vertriebskanäle.



Abb. 1

Zahnerhaltung oder lieber doch ein Implantat? – Das war die Fragestellung, unter der die Zahnklinik Unna bereits zum 15. Mal Kollegen aus der Region zum fachlichen Gedankenaustausch eingeladen hatte. Mehr als 150 Teilnehmer konnten begrüßt werden.



Auch die 15. Unnaer Implantologietage waren ein großer Erfolg

Die Unnaer Implantologietage sind seit vielen Jahren fest im Fortbildungskalender der Region verankert. Interessante Themenstellungen und Vorträge

sowie ein vielschichtiges begleitendes Seminarprogramm zeichnen die Veranstaltung aus. In diesem Jahr lautete das Thema „Implantologie interdisziplinär –

Das Implantat vs. Zahnerhalt“ und war somit sowohl für Implantologen als auch Allgemein Zahnärzte spannend.

Die meisten Zahnärzte kennen sicherlich den alten Implantologen-Gag, wonach jeder natürliche Zahn einem Implantat im Wege stünde. Jetzt kann man allgemein davon ausgehen, dass dies in der Praxis sicher nicht so gehandhabt wird. Jedoch kommen hier ganz zentrale Problematiken innerhalb der Implantologie zum Ausdruck: nämlich 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 des Patienten „Was würden Sie tun, Herr Doktor, wenn

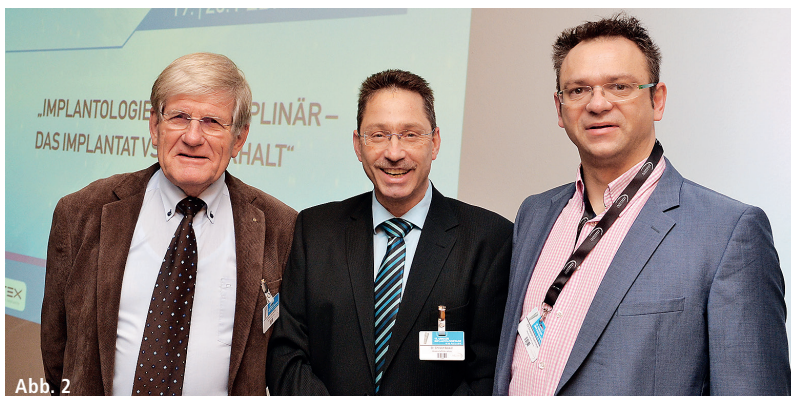


Abb. 2

Abb. 1: Referenten/Tagungsleitung (v.l.): Dr. C. Becker, Jürgen Isbaner, Prof. Dr. A. Brauner, S. Spellmeyer, Prof. Dr. G.-G. Zafirooulos, Dr. Dr. M. Kaupe, Dr. F. Liebaug, Prof. Dr. M. Bornstein, Priv.-Doz. Dr. A. Kasaj, Dr. K. Schumacher. – **Abb. 2:** Die wissenschaftlichen Leiter der 15. Unnaer Implantologietage (v.l.): Dr. Klaus Schumacher, Dr. Christof Becker und ZA Sebastian Spellmeyer (Zahnklinik Unna).



Abb. 3



Abb. 4

Abb. 3: Blick in den voll besetzten Tagungssaal. – **Abb. 4:** Workshop des Hauptsponsors Cortex mit Michael Harf (r.), Cortex-Vertriebsleiter Deutschland.

es Ihr Zahn wäre?“. Da es sich hierbei um Fragestellungen aus dem Alltag einer jeden Zahnarztpraxis handelte, war das spannende und „spannungsreiche“ Programm der 15. Unnaer Implantologietage nicht nur für den Implantologen, sondern für de facto jeden Zahnarzt von Interesse. In den Vorträgen ging es dann z. B. auch um Entscheidungshilfen Implantat vs. Zahnerhalt (Priv.-Doz. Dr. Dr. Adrian Kasaj), die Frage: Parodontalbehandlung oder Implantat? (Prof. Dr. Astrid Brauner), Implantat versus Transplantat (Prof. Dr. Michael Bornstein) oder Endodontie versus Implantologie (Dr. Tomas Lang) sowie diverse Ansatzpunkte zur Optimierung der implantologischen Versorgung (Prof. Dr. Frank Liebaug, Prof. Dr. Gregor-Georg Zafiroopoulos, Dr. Kai Fischer, Dr. Hubert Stieve). Mit der sehr komplexen und praxisorientierten Themenstellung boten die Unnaer Implantologietage unter der wissenschaftlichen Leitung der DGZI-Studiengruppenleiter Westfalen, Dr. Klaus Schumacher und Dr. Christoph Becker, sowie ZA Sebastian Spellmeyer erneut ein hochkarätiges Fortbildungsereignis. Die spannenden Vorträge und Diskussionen im Hauptpodium wurden abgerundet durch ein begleitendes Kursprogramm zu den Themen Endodontie und QM sowie einem neuen zweitägigen Hygieneseminar. Die 16. Unnaer Implantologietage finden am 10. und 11. Februar 2017 wieder im Mercure Hotel Kamen Unna statt.

Kontakt

OEMUS MEDIA AG

Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig

Tel.: 0341 48474-308

Fax: 0341 48474-290

event@oemus-media.de

www.oemus.com

www.unnaer-implantologietage.de

VITA ENAMIC® IS absorbiert Kaukräfte.

Belastbar. Effizient. Präzise.



34900

VITA shade, VITA made.

VITA

VITA ENAMIC IS verfügt aufgrund dentinähnlicher Elastizität über kaukraftabsorbierende Eigenschaften. Damit ermöglicht VITA ENAMIC IS verlässlich belastbare Lösungen für implantatgetragenen Zahnersatz. Mit der innovativen Hybridkeramik lassen sich zudem hochpräzise Schleifergebnisse in dünn auslaufenden Randbereichen erzielen. Eine zeiteffiziente Verarbeitung ist gewährleistet, da die Suprakonstruktion nach CAM-Fertigung und Politur direkt eingesetzt werden kann. Mehr Informationen unter:

www.vita-zahnfabrik.com/cadcam

 facebook.com/vita.zahnfabrik

**Hybridkeramik für belastbare
Suprakonstruktionen.** 

Am 27. und 28. November 2015 fand das 1. REGENERATIONS-FORUM Implantologie & Parodontologie in der Metropole Berlin statt. Mit zahlreichen Seminaren, Table Clinics und Workshops konnten sich die Teilnehmer auf vielfältigste Weise informieren, welche regenerativen Strategien in der Implantologie und Parodontologie zurzeit validiert und praxisnah umzusetzen sind.



1. REGENERATIONSFORUM Implantologie & Parodontologie

Erfolgreiche Premiere in Berlin

Lisa Meißner

Das Berliner Regenerationsforum hatte es sich zur Aufgabe gemacht, zu klären, was wirklich gesichert ist und vor allem, was sich in der Praxis bewährt hat. Dem Leitthema der Tagung entsprechend ging es u. a. um chirurgische Aspekte und praktische Erfahrungen beim Einsatz von Knochenersatzmaterialien und Membranen sowohl in der Initialphase als auch im Hinblick auf die langfristigen Erfolgsquoten.

Für die interessierten Teilnehmer bot sich ein vielfältiges Kursprogramm: der

Pre-Congress am Freitag wartete mit einem Workshop von Dr. Dr. Angelo Trödhan/Wien zu den neuen Standards bei der Anwendung von Knochenersatzmaterial im Hinblick auf langfristigen Implantaterfolg auf. An mehreren Table Clinics stellten die Referenten Studien, Techniken und praktische Anwendungsmöglichkeiten zu einer konkreten Themenstellung vor. Außerdem konnten zwei Seminare besucht werden. Prof. Dr. Marcel Wainwright/Düsseldorf diskutierte in seinem kombinierten

Theorie- und Demonstrationskurs die chirurgischen Aspekte der rot-weißen Ästhetik sowie das Gingiva-Management in der Parodontologie und Implantologie. Im zweiten Demonstrations- und Arbeitskurs sprachen Prof. Dr. Hans Behrbohm/Berlin und Dr. Theodor Thiele, M.Sc./Berlin über die Sinuslifttechniken und die Chirurgie der Kieferhöhle von A–Z.

Der zweite Kongresstag war geprägt von vielen spannenden Vorträgen, bei welchen sich die erfahrenen Hochschullehrer und Praktiker als Referenten abwechselten. Nach einer Begrüßung startete Dr. Theodor Thiele, M.Sc., mit seinem Beitrag zur vertikalen Problematik oder dem Knochenbinnendefekt.

Ihm schloss sich direkt Prof. Dr. Hans Behrbohm mit der Regeneration der Kieferhöhlenschleimhaut vor und nach Sinuslift an.

Anschließend folgten Prof. Dr. Marcel Wainwright mit seinem Vortrag zur rekonstruktiven oralen Knochenchirurgie sowie Priv.-Doz. Dr. Dr. Steffen G. Köhler/Berlin mit einem Beitrag zur Sofortimplantation nach dem Berliner Konzept. Die Vortragsrunde schlossen Prof. Dr. Oliver Kaschke/Berlin mit der „Kieferhöhle im Fokus und im Umfeld von Erkrankungen“ und Dr. Frank Liebaug/Steinbach-Hallenberg mit der Darstellung der sicheren Raumgewinnung für erfolgreiche dreidimensionale Knochenregeneration mit Titan-Matrix.

Auch in diesem Jahr ist eine weitere Auflage des REGENERATIONSFORUMS vorgesehen. Der Termin wird in Kürze bekannt gegeben.



Abb. 1: Prof. Dr. Hans Behrbohm (l.) und Dr. Theodor Thiele, M.Sc., wissenschaftlicher Leiter des 1. REGENERATIONSFORUM.

Kontakt

OEMUS MEDIA AG

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

This is

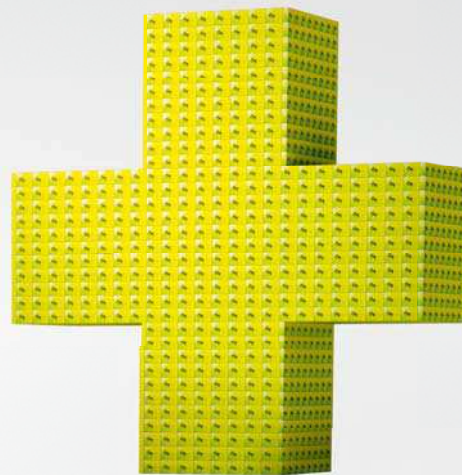


Ihr Leistungsplus: iSy® All-in-Sets

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

99,- €

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



Warum 99 Euro günstiger sind als 59 Euro.

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

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

DEDICAM®
PROSTHETICS

CAD/CAM ready

MODERNE KONZEPTE DER KNOCHEN- UND GEWEBEREGENERATION IN DER IMPLANTOLOGIE UND PARODONTOLOGIE

29./30. APRIL 2016 | MARBURG | CONGRESSZENTRUM MARBURG



www.startup-implantologie.de

IMPLANTOLOGY START UP 2016

IMPLANTOLOGIE FÜR EINSTEIGER
UND ÜBERWEISERZAHNÄRZTE

Freitag, 29. April 2016 | **PROGRAMM ZAHNÄRZTE**

11.30 – 12.00 Uhr Begrüßungskaffee in der Industrieausstellung
12.00 – 14.00 Uhr Grundlagen der Implantologie

Wissenschaftliche Leitung: **Prof. Dr. Dr. Frank Palm/Konstanz**

Prof. Dr. Dr. Frank Palm/Konstanz

Allgemeine Grundlagen der Implantatchirurgie

- Diagnostik: Braucht man immer ein DVT?
- Möglichkeiten und Grenzen der Knochenregeneration
- Behandlungsempfehlung
(Konstanzer Augmentationsalgorithmus)

Dr. Guido Sterzenbach/Berlin

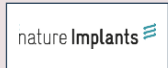
Allgemeine Grundlagen der festsitzenden Implantatprothetik

- Planung der Implantatposition
- Abutmentauswahl
- verschraubt versus zementiert
- Materialien für die Suprakonstruktion

15.00 – 18.00 Uhr **Teilnahme an den Industrieworkshops**
(inkl. Pause)



1 Dr. Daniel Ferrari, M.Sc./Düsseldorf
Erste Schritte in die Implantologie mit OT medical (inkl. Hands-on)



2 Dr. Reiner Eisenkolb, M.Sc./Münzenberg
Möglichkeiten und Grenzen der einteiligen Implantologie anhand des nature Implants System (inkl. Hands-on)



3 Dr. Stefan Ulrici/Leipzig
Für Einsteiger mit Anspruch – Implantologie mit dem iSy Implantatsystem: einfach – sicher – preisgünstig (inkl. Hands-on)

Hinweis: Die Workshops sind mit Hands-on. Bitte beachten Sie, dass Sie nur an einem Workshop teilnehmen können! Notieren Sie den von Ihnen gewählten Workshop bitte auf dem Anmeldeformular.



www.innovationen-implantologie.de

17. EXPERTENSYMPOSIUM „INNOVATIONEN IMPLANTOLOGIE“

IMPLANTOLOGIE FÜR VERSIERTE ANWENDER

Freitag, 29. April 2016 | **PROGRAMM ZAHNÄRZTE**

11.30 – 12.00 Uhr Begrüßungskaffee in der Industrieausstellung
12.00 – 13.30 Uhr **INDUSTRIEWORKSHOPS**



1 Thilo Damaskos/Berlin
Digitale Lösungen mit dem V3-Implantat. Das Implantatdesign als Faktor für verbesserte Osseointegration durch mehr Knochen – dort, wo er gebraucht wird (inkl. Hands-on)



2 Dr. Jens Schug/Zürich (CH)
Sofortimplantation oder Sofortaugmentation oder beides? (inkl. Hands-on)



**3 Dr. Eddy Krahe/Lampertheim
ZT Bernhard Zierer/Lampertheim**
3-D Knochen Regeneration – Planung, Material und Technik anhand des Osteo-Graph 3-D Knochen-Fräspanograph (inkl. Hands-on)

Hinweis: Die Workshops sind mit Hands-on. Bitte beachten Sie, dass Sie nur an einem Workshop teilnehmen können! Notieren Sie den von Ihnen gewählten Workshop bitte auf dem Anmeldeformular.

14.45 – 19.15 Uhr **PRE-CONGRESS SESSION**

Vorsitz/Moderation: **Prof. Dr. Nicole B. Arweiler/Marburg**

Prof. Dr. Matthias Flach/Koblenz

Zusammenhang zwischen Implantatdesign und Knochenbeanspruchung

Thilo Damaskos/Berlin

Digitales Backward Planning

Dr. Eddy Krahe/Lampertheim

3-D Knochen Regeneration – Planung, Material, Ausführung und Chirurgie

Dr. Guido Sterzenbach/Berlin

Hybridsuprakonstruktionen – Erwartungen und Realität an aktuelle Materialentwicklungen zum langfristigen Strukturerhalt

Dr. Jens Schug/Zürich (CH)

Kammerhaltende Implantologie

Matthias Mergner, M.Sc./Bayreuth

Antimikrobielle Photodynamische Therapie (aPDT): optimales Gewebsmanagement prä-, intra- und postoperativ

Dr. Reiner Eisenkolb, M.Sc./Münzenberg

Minimalinvasive einteilige Implantologie zur Versorgung des Freieinheitsatzes ohne Knochenaufbau

Dr. Daniel Ferrari, M.Sc./Düsseldorf

Vertikaler Knochenaufbau durch Kallusdistraction an beweglicher Titanmembran – Eine prospektive Pilotstudie

Prof. Dr. Thomas Weischer/Essen

Aktuelle, praxisnahe Techniken zur Optimierung des knöchernen Implantatlagere

GEMEINSAMES PODIUM

Samstag, 30. April 2016 | **PROGRAMM ZAHNÄRZTE**

HAUPTKONGRESS | 09.00 – 16.30 Uhr

MODERNE KONZEPTE DER KNOCHEN- UND GEWEBEREGENERATION IN DER IMPLANTOLOGIE UND PARODONTOLOGIE

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Nicole B. Arweiler/Marburg

Prof. Dr. Nicole B. Arweiler/Marburg
Zahn und Implantat: Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Priv.-Doz. Dr. Dr. Adrian Kasaj/Mainz
Implantation vs. Zahnerhalt: Entscheidungshilfen für den Praktiker

Dr. Dr. Andres Stricker/Konstanz
Innovative Augmentationskonzepte in der oralen Implantologie

Prof. Dr. Jörg Meyle/Gießen
Regenerative Therapien mit Schmelz-Matrix-Proteinen in der Parodontologie

Prof. Dr. Thorsten M. Auschill/Marburg
Aktuelle Verfahren in der Rezessionsdeckung

Dr. Dr. Philipp Plugmann/Leverkusen
Sofort- vs. Spätbelastung bei Sofortimplantation:
ein 5-Jahres-Follow-up

Dr. Karl-Ludwig Ackermann/Filderstadt
Langzeitergebnisse perio-implantatprothetischer Behandlungen

Prof. Dr. Peter Rammelsberg/Heidelberg
Effekte der prothetischen Versorgung und von Augmentationsverfahren auf die Implantatprognose

Prof. Dr. Herbert Deppe/München
Zur Oberflächenmorphologie dentaler Implantate nach Insertion in Kieferknochen – eine In-vitro-Studie

Resümee/Abschlussdiskussion unter der Leitung von Prof. Dr. Thorsten M. Auschill/Marburg

ORGANISATORISCHES

Wissenschaftliche Leitung

(Freitag – **IMPLANTOLOGY START UP 2016**)

Prof. Dr. Dr. Frank Palm/Konstanz

(Freitag – **EXPERTENSYMPOSIUM 2016**)

Prof. Dr. Nicole B. Arweiler/Marburg

(Samstag – **Gemeinsames Podium**)

Prof. Dr. Nicole B. Arweiler/Marburg

Wissenschaftlicher Kooperationspartner



Fortbildungspunkte

Die Veranstaltung entspricht den Leitsätzen und Empfehlungen der KZBV vom 23.09.05 einschließlich der Punktebewertungsempfehlung des Beirates Fortbildung der BZÄK vom 14.09.05 und der DGZMK vom 24.10.05, gültig ab 01.01.06.

Bis zu 16 Fortbildungspunkte.

Veranstaltungsort

Congresszentrum Marburg
Anneliese-Pohl-Allee 3 | 35037 Marburg
Tel.: 06421 6005-226
www.cz-marburg.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



Kongressgebühren Hauptkongress

Freitag, 29. April 2016 und Samstag, 30. April 2016

Zahnarzt	220,- € zzgl. MwSt.
ZT/Assistent	120,- € zzgl. MwSt.
Student (mit Nachweis)	nur Tagungspauschale
Tagungspauschale*	98,- € zzgl. MwSt.

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

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

IMPLANTOLOGY START UP 2016

17. EXPERTENSYMPOSIUM „INNOVATIONEN IMPLANTOLOGIE“

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

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig

Für das **IMPLANTOLOGY START UP 2016** am 29./30. April 2016 in Marburg melde ich folgende Personen verbindlich an:

Freitag
 Samstag
 Workshop 1 2 3
 TITEL, NAME, VORNAME, TÄTIGKEIT KONGRESS-PROGRAMM ZAHNÄRZTE
 TEILNAHME

oder

Für das **17. EXPERTENSYMPOSIUM** am 29./30. April 2016 in Marburg melde ich folgende Personen verbindlich an:

Freitag
 Samstag
 Workshop 1 2 3
 TITEL, NAME, VORNAME, TÄTIGKEIT KONGRESS-PROGRAMM ZAHNÄRZTE
 TEILNAHME

PRAXISSTEMPEL

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für das **IMPLANTOLOGY START UP 2016/17. EXPERTENSYMPOSIUM** erkenne ich an.

DATUM/UNTERSCHRIFT

E-MAIL-ADRESSE (Bitte angeben! Sie erhalten Ihr Zertifikat per E-Mail)

Symposium „Metallfreie Versorgung“ am 12. März in Berlin

Die Dentalpoint AG, einer der führenden Anbieter für metallfreie Keramikimplantate, lädt am 12. März 2016 zum Symposium „Metallfreie Versorgung“ nach Berlin. Im Fokus steht das von Dentalpoint entwickelte ZERAMEX®-Implantatsystem. Dr. med. dent. Jens Tartsch aus Zürich referiert über die



Grundlagen moderner Zirkonimplantate und die Funktionsweise von Zirkonoxid hinsichtlich Material, Osseointegration und Oberfläche. Darüber hinaus wird er Indikationen, Unterschiede, Herstellungsprozess, chirurgisches Protokoll und Besonderheiten sowie prothetische Varianten (zementiert und verschraubt) des ZERAMEX®-Systems vorstellen. Den Abschluss bilden immunologische Grundlagen und Fragen rund um die Titan-Biokompatibilität und -Allergien. Auf dem Programm des Symposiums stehen ferner die Vorträge „Valplast – der innovative Prothesenkunststoff für praktisch unsichtbaren Zahnersatz“ von Thies Eltste und „Kuraray – das sind die besten Klebestrategien“ von Casper Smeets. Die Veranstaltung richtet sich an Zahnärztinnen und Zahnärzte, Zahntechnikerinnen und Zahntechniker. Es können 7 Fortbildungspunkte erworben werden. Weitere Informationen und Anmeldung unter www.arianadental.de

Dentalpoint
[Infos zum Unternehmen]



Dentalpoint AG
www.zeramex.com



© Noppasin

3. MIS Global Conference in Barcelona

Auf der 3. MIS Global Conference, die vom 26. bis 29. Mai 2016 unter dem Titel „360° Implantology“ in Barcelona stattfinden wird, führt MIS mit VCONCEPT eine weitere Neuheit in der Implantologie ein. Unter der Leitung von Mariano Sanz Alonzo präsentieren Referenten von Weltrang in Vorträgen, Fallpräsentationen und Hands-on-Workshops, wie Weichgewebs- und Knochenvolumen gefördert werden können. Die Anmeldung ist bei jedem MIS-Ansprechpartner oder der MIS-Zentrale in Minden möglich. Im Fokus steht das neue V3 Implantatsystem, dessen dreieckiges Design die Bildung von mehr Knochen

und Weichgewebe fördert. Es bietet sofortige biologische Vorteile für ästhetischere Behandlungsergebnisse und mehr Leistungsfähigkeit.

Die Beliebtheit der MIS Implantate fußt nicht zuletzt auf den hohen Qualitätsstandards des Unternehmens, die kürzlich in einer Studie des BDIZ EDI zur Sterilität verpackter Implantate bestätigt wurden. Um der steigenden Nachfrage gerecht zu werden, hat MIS in Deutschland jetzt auch seinen Außendienst flächendeckend erweitert. Damit ist im Vertrieb immer der persönliche Service vor Ort gewährleistet.

MIS Implants Technologies GmbH
www.mis-implants.de

MIS
[Infos zum Unternehmen]



Zimmer Biomet Implantologie Tage

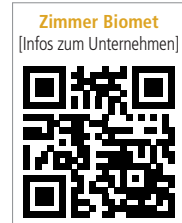
Zum ersten Mal veranstaltet Zimmer Biomet die traditionellen Implantologie Tage als vereintes Unternehmen. Unter dem Motto „Gemeinsam erreichen wir mehr“ treffen sich am



29. und 30. April 2016 internationale Experten der oralen Implantologie in Stuttgart zu einem Kongress der Extraklasse. Krista Strauss, Geschäftsführerin DACH, freut sich auf die hochkarätig besetzte Veranstaltung: „Wir haben ein abwechslungsreiches Programm mit Hands-on-Workshops, Live-OP, Impulsvorträgen und einem herausragenden Keynote Speaker zusammengestellt. Damit können wir einmal mehr unter Beweis stellen, dass wir unsere Kunden nicht nur als Hersteller von hochwertigen Implantaten und regenerativen Materialien, sondern auch als Anbieter von einzigartigen Fortbildungsveranstaltungen unterstützen.“

Die Referentenliste der Veranstaltung liest sich wie das „Who is Who“ der internationalen Implantologie und Oralchirurgie, darunter Stephen J. Chu, Klaus-Kristian Würzler oder Stefan Fickl. Sie vermitteln neue Impulse für die implantologische Praxis und präsentieren aktuelle Forschungsergebnisse, innovative Behandlungskonzepte sowie praktisches Wissen und Können.

Zimmer Biomet
www.zimmerdental.de/events



Seminar: Verweigerung der Kostenerstattung – was können Sie tun?!

Das Thema Kostenerstattung und der Umgang mit kostenerstattenden Stellen spielt eine immer größere Rolle in der Zahnarztpraxis. Daher ist es wichtig, dass Sie zusätzlich zur professionellen Behandlung auch professionell agieren, wenn die Kostenerstattung verweigert wird. Um Sie hier zu unterstützen, bietet Sunstar Deutschland ein Seminar zu diesem Thema an. Der Zahnarzt, Implantologe und Spezialist für Knochenregeneration und Knochenaugmentation, Dr. med. dent. Henrik-Christian Hollay, und die Medizinrechtsanwältin, Dr. Susanna Zentai, haben gemeinsam für einen Patienten ein Verfahren geführt und gewonnen. Dem Patienten war die Kostenerstattung versagt worden, weil die private Krankenversicherung das verwendete Knochenersatzmaterial für nicht medizinisch notwendig erachtete. Das wies der gerichtlich bestellte Gutachter kurzerhand zurück und bestätigte die medizinische Notwendigkeit des Knochenersatzmaterials. Die Krankenversicherung erkannte die eingeklagte Summe in vollem Umfang an. Es erging ein Anerkenntnisurteil.

Die beiden Referenten zeigen auf, was bei einem solchen Verfahren zu beach-



Dr. med. dent. Henrik-Christian Hollay

Dr. Susanna Zentai

ten ist. Der konkrete Behandlungsfall wird dargestellt und die juristischen Hintergründe ausführlich erläutert.

Eine solche Leistungskürzung kann jeden Patienten betreffen. Ein damit verbundener Eingriff in die Therapiefreiheit kann in jeder Praxis passieren.

Das Seminar findet am Freitag, dem 29.04.2016 von 14.00 bis 18.00 Uhr in Frankfurt am Main statt. Sie erhalten 5 Fortbildungspunkte; Kosten 158 Euro (inkl. MwSt.).

Sunstar Deutschland GmbH
www.sunstarGUM.de



Dental Expert Symposium auf Mallorca

Am 16. und 17. September 2016 wird das 3. Dentegris „Implantology International Dental Expert Symposium“ auf Mallorca stattfinden. Tagungshotel wird das wunderschön gelegene Golf & Spa-Hotel „Be Live Son Antem“ in Lluçmajor sein. Die Inselhauptstadt

Palma de Mallorca liegt gut erreichbar in unmittelbarer Nähe nur 20 Autominuten entfernt. Referenten aus dem In- und Ausland (Deutschland, Dubai, Rumänien u. a.) werden in einem vielfältigen Mix aus spannenden Vorträgen aktuelle Themenkomplexe der dentalen

Implantologie abdecken. Daher wird das Symposium für Chirurgen, Implantologen und pro-

thetisch tätige Zahnärzte gleichermaßen interessant sein. In themenbezogenen Workshops haben die Teilnehmer die Möglichkeit, anwenderbezogenes Spezialwissen zu vertiefen und sich mit Kollegen und Referenten auszutauschen. Die Vorträge werden wieder in den Sprachen Deutsch oder Englisch gehalten und jeweils simultan übersetzt. Die optionale Abendveranstaltung bietet die Möglichkeit, in mediterraner und entspannter Atmosphäre Mallorcas interessante Gespräche zu führen und neue Kontakte zu knüpfen. Weitere Informationen zu Anmeldung, Programm und Unterkunft sind unter www.IIDES2016.com oder direkt bei Dentegris erhältlich.

**IMPLANTOLOGY
INTERNATIONAL
DENTAL EXPERT
SYMPOSIUM**

Mallorca

16.-17. September 2016



Dentegris Deutschland GmbH
www.dentegris.de

SAVE THE DATE! 1. Europäisches Forum für Ultra-Short Implants

Das 1. Europäische Forum für Ultra-Short Implants, organisiert durch das IDC in Italien, findet vom 17. bis 18. Juni 2016 in der wunderschönen Stadt Ferrara in Italien statt. Der Kongress steht unter dem Motto „Ultra-Short Implants“ und verbindet praktische und wissenschaftliche Aspekte zur sofortigen Umsetzung in der Praxis. Das hochkarätige wissenschaftliche Komitee wird von Prof. Dr. Dr. Rolf Ewers und Prof. Mauro Marincola als Co-Präsidenten geleitet und setzt sich aus namhaften Experten zusammen, die wissenschaftliche Kenntnisse mit praktischem Hintergrund kombinieren: Dr. Frank Kistler, Dr. Stefan König, Prof. Dr. Giorgio Lombardio, Dr. Vincent Morgan, Priv.-Doz. Dr. Jörg Neugebauer, Prof. Dr. Miguel Simancas Pallares und Dr. Rainier Urdaneta.

Der 17. Juni gilt als Pre-Congress bei Lamborghini und findet in deutscher Sprache statt. Die deutsche Gruppe ist auf 60 Teilnehmer limitiert, die Gebühr beträgt 100 Euro. Der internationale Kongress am 18. Juni findet von 10 bis 19 Uhr im Teatro Ferrara statt und erlaubt maximal 300 Teilnehmer. Hier beträgt die Teilnahmegebühr 150 Euro.

Weitere Informationen: deutsch.info@idc-italy.com

1° EUROPEAN FORUM ON ULTRA-SHORT IMPLANTS

17th / 18th June 2016 Ferrara, Italy

Presented By:



Stay Tuned!!!



Die Leser des Implantologie Journals haben jeden Monat die Möglichkeit, ein thematisches Webinar des DT Study Clubs abzurufen und wertvolle Fortbildungspunkte zu sammeln. Die Teilnahme am Webinar ist **kostenfrei**.

WEBINAR

1

CME-Punkt

KURSIONFORMATIONEN



Termin:

» ab sofort verfügbar unter:
www.DTStudyClub.de/camlog1

Unterstützt von:

camlog

In der dentalen Implantologie stellen die Möglichkeiten der modernen CAD/CAM-Technik das Therapieteam vor besondere Herausforderungen. Diese neuen Möglichkeiten bieten enorme Vorteile gegenüber der konventionellen Technik in Bezug auf Präzision und Reproduzierbarkeit. Ein stimmiges unternehmerisches Konzept mit der Einbindung der CAD/CAM-Technik trägt zum wirtschaftlichen Erfolg von Praxis und Labor bei. Um dieses Potenzial voll auszuschöpfen, ist ein kritischer Blick auf die Grenzen und Möglichkeiten dieser Konzepte unerlässlich.

Die Referenten Hardi Mink und Rüdiger Meyer beleuchten die aktuellen Trends in der Dentalbranche in Bezug auf Material und neue Technologien. Ebenso wird betrachtet, wie die CAD/CAM-Technik zum wirtschaftlichen Erfolg von Praxis und Labor beitragen kann. Dieses Webinar richtet sich an CAD/CAM-interessierte Zahntechniker, die noch am Anfang ihrer Entscheidungen stehen. Das Ziel ist, eine echte Orientierungshilfe zu bieten, einen zukunftsorientierten Blick zu wagen und zur Diskussion anzuregen.

DEDICAM ist die computergestützte Individualfertigung von CAMLOG – mit allen Erfolgsfaktoren, die schon seit Jahren für CAMLOG sprechen.



So einfach wirds gemacht:

1. Bitte registrieren Sie sich direkt über www.DTStudyClub.de als kostenloses Mitglied im DT Study Club.
2. Jetzt sind Sie kostenloses Mitglied des DT Study Clubs.
3. Möchten Sie das spezielle Implantologie Journal CME-Webinar des Monats oder weitere Webinare aus dem Implantologie Journal CME-Archiv anschauen, so müssen Sie sich jeweils für den Kurs Ihrer Wahl erneut registrieren.
4. Um CME-Fortbildungspunkte zu erhalten, müssen Sie im Anschluss an das Webinar am Multiple-Choice-Fortbildungsquiz teilnehmen. Diese können als Bestandteil des Tests sofort ausgedruckt und bei Bedarf bei Ihrer Zahnärztekammer eingereicht werden.
5. Los gehts! Viel Spaß mit dem DT Study Club Online-Fortbildungsportal!

WICHTIG! Für Ihre Fortbildungspunkte müssen Sie Ihre vollständige Anschrift im Profil anlegen!

DENTAL TRIBUNE STUDY CLUB – DAS ONLINE-PORTAL FÜR ZAHNÄRZTLICHE FORTBILDUNG

Der Dental Tribune Study Club ist ein umfassendes internationales Web-Portal für die zahnärztliche Fortbildung. Dabei werden Online-Seminare als interaktive Live-Vorträge oder Aufzeichnung sowie Mitschnitte von Vorträgen auf internationalen Kongressen einem weltweiten Fachpublikum unkompliziert zugänglich gemacht.

Der Dental Tribune Study Club ermöglicht, fördert und vereinfacht den globalen Know-how-Transfer zwischen Wissenschaft und Praxis.

Der Dental Tribune Study Club verfügt darüber hinaus über eine stetig wachsende Datenbank mit internationalen wissenschaftlichen Studien, Fachartikeln und Anwenderberichten zu allen Themen der Zahnmedizin.

Die Vorteile der Online-Fortbildung im Dental Tribune Study Club

- » Effiziente Fortbildung
- » Keine teuren Reise- und Hotelkosten
- » Keine Praxisausfallzeiten
- » Fortbildung überall und jederzeit
- » Austausch mit Experten und Kollegen problemlos möglich
- » Zugang zum DT Study Club Archiv

WWW.DTSTUDYCLUB.DE

Das Reinigen von Aufbauelementen

Judith Kressebuch

Um Implantate möglichst lange zu erhalten, ist neben der häuslichen Mundpflege auch eine professionelle Individualprophylaxe in der zahnärztlichen Praxis nötig. Aufbauelemente von Implantaten werden im Rahmen der Nachsorge, Prophylaxe oder Periimplantitisbehandlung häufig entfernt, gereinigt und wiederbefestigt. Doch wie wird diese selbstständige Leistung berechnet?

konstruktion. Auch die Honorierung durch die GOZ-Nummer 9060 für das Auswechseln von Aufbauelementen im Reparaturfall ist nicht möglich.

Im aktuellen Kommentar der Bundeszahnärztekammer (Stand: Oktober 2015) heißt es: „Wiederbefestigung der Aufbauelemente zum Zweck der Reinigung nach rekonstruktiver Phase ist nicht beschrieben und daher analog zu berechnen.“

Gegebenenfalls müssen vor oder nach der Wiederbefestigung des Implantataufbauelements noch zusätzliche Leistungen erbracht werden, wie beispielsweise das Entfernen von Kronen oder Brückenankern (GOZ 2290) oder Wiedereingliedern einer Krone (GOZ 2310) etc.

Fazit

Durch regelmäßige Prophylaxebehandlungen binden sich Patienten langfristig an die Praxis. Die Demontage und Remontage von Aufbauelementen zum Zwecke der Reinigung ist in der GOZ 2012 nicht aufgeführt. Für Leistungen, die nicht in der GOZ 2012 enthalten sind, bietet der § 6 Abs. 1 der GOZ die Möglichkeit der Analogberechnung. Eine transparente und korrekte Rechnungsstellung erleichtert die Erstattung durch die Versicherungen und Beihilfestellen.

Datum	Region	Nr.	Leistungsbeschreibung	Faktor	Anzahl	EUR
18. Jan. 2016	33	2320a	Wiederbefestigung eines Implantataufbauelements nach der Reinigung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ entsprechend GOZ 2320 Wiederherstellung einer Krone, einer Teilkrone etc.	2,3	1	45,27

Analogziffer wird durch Praxis individuell nach Art-, Kosten- und/oder Zeitaufwand ermittelt.

Die GOZ-Nummer 9050 für das Entfernen und Wiedereinsetzen sowie Auswechseln eines oder mehrerer Aufbauelemente bei einem zweiphasigen Implantatsystem während der rekonstruktiven Phase scheidet aus, denn die rekonstruktive Phase beginnt mit dem prothetischen Ersatz und endet mit der endgültigen Eingliederung der Supra-

Die vollständige Dokumentation, die umfassende Aufklärung und schriftliche Vereinbarung dieser Maßnahmen mit dem Patienten ist sinnvoll. Damit Versicherungen die Erstattung der Leistung nicht verweigern, sollte besonders auf die korrekte Anlage der analogen Gebührennummer geachtet werden (siehe Tabelle).



Judith Kressebuch
[Infos zur Autorin]



büdingen dent
[Infos zum Unternehmen]



Kontakt

büdingen dent

ein Dienstleistungsbereich der
Ärztliche Verrechnungsstelle
Büdingen GmbH
Judith Kressebuch
Gymnasiumstraße 18–20
63654 Büdingen
Tel.: 0800 8823002
info@buedingen-dent.de
www.buedingen-dent.de

46.



INTERNATIONALER JAHRESKONGRESS DER DGZI

Wie viel Ästhetik
braucht die
Implantologie?

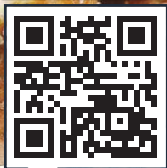
Wissenschaftliche Leiter:

Prof. Dr. Herbert Deppe

Prof. (CAI) Dr. Roland Hille

30. September und
1. Oktober 2016
München | The Westin Grand München
Begrenzte Plätze und
Hotelkontingente!

Online-Anmeldung/
Kongressprogramm



www.dgzi-jahreskongress.de

Goldsponsor



Silbersponsor



Bronzesponsor



FAXANTWORT | +49 341 48474-290

Bitte senden Sie mir das Programm zum
46. INTERNATIONALEN JAHRESKONGRESS DER DGZI
am 30. September und 1. Oktober 2016 in München zu.

Praxis-/Laborstempel

Kongresse, Kurse und Symposien



IV. Nose, Sinus & Implants

22./23. April 2016

Veranstaltungsort: Berlin
Tel.: 0341 48474-308
Fax: 0341 48474-290
www.noseandsinus.info



IMPLANTOLOGY START UP 2016/ 17. EXPERTENSYMPOSIUM „Innovationen Implantologie“

29./30. April 2016

Veranstaltungsort: Marburg
Tel.: 0341 48474-308
www.startup-implantologie.de
www.innovationen-implantologie.de



Ostseekongress/9. Norddeutsche Implantologietage

3./4. Juni 2016

Veranstaltungsort: Rostock-Warnemünde
Tel.: 0341 48474-308
Fax: 0341 48474-290
www.ostseekongress.com



13. Leipziger Forum für Innovative Zahnmedizin

16./17. September 2016

Veranstaltungsort: Leipzig
Tel.: 0341 48474-308
Fax: 0341 48474-290
www.leipziger-forum.info



46. Internationaler Jahreskongress der DGZI

30. September/1. Oktober 2016

Veranstaltungsort: München
Tel.: 0341 48474-308
Fax: 0341 48474-290
www.dgzi-jahreskongress.de



Zeitschrift für Implantologie, Parodontologie und Prothetik

IMPLANTOLOGIE Journal

Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.

Impressum

Herausgeber:
Deutsche Gesellschaft für
Zahnärztliche Implantologie e.V.
Paulusstraße 1, 40237 Düsseldorf
Tel.: 0211 16970-77
Fax: 0211 16970-66
sekretariat@dgzi-info.de

Verleger:
Torsten R. Oemus

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

Deutsche Bank AG Leipzig
IBAN DE20 8607 0000 0150 1501 00
BIC DEUTDE8LXXX

Verlagsleitung:
Ingolf Döbbecke
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner (V.i.S.d.P.)
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller

Erscheinungsweise/Auflage:

Das Implantologie Journal – Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V. – erscheint 2016 in einer Auflage von 15.000 Exemplaren mit 10 Ausgaben (2 Doppelausgaben).

Der Bezugspreis ist für DGZI-Mitglieder über den Mitgliedsbeitrag in der DGZI abgegolten. Es gelten die AGB.

Verlags- und Urheberrecht:

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

Chefredaktion:
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner (V.i.S.d.P.)

Schriftführer:
Dr. Georg Bach

Redaktion:
Georg Isbaner
Tel.: 0341 48474-123
g.isbaner@oemus-media.de

Redaktioneller Beirat:
Dr. Georg Bach, Prof. Dr. Herbert Deppe,
Dr. Roland Hille, ZTM Christian Müller,
Prof. Dr. Kurt Vinzenz, Dr. Rolf Vollmer

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

Korrektorat:
Frank Sperling/Sophia Pohle
Tel.: 0341 48474-125

Druck:
Silber Druck oHG
Am Waldstrauch 1, 34266 Niestetal



ABOSERVICE

Das neue Implantologie 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	6-mal	66,00 €*
<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 _____

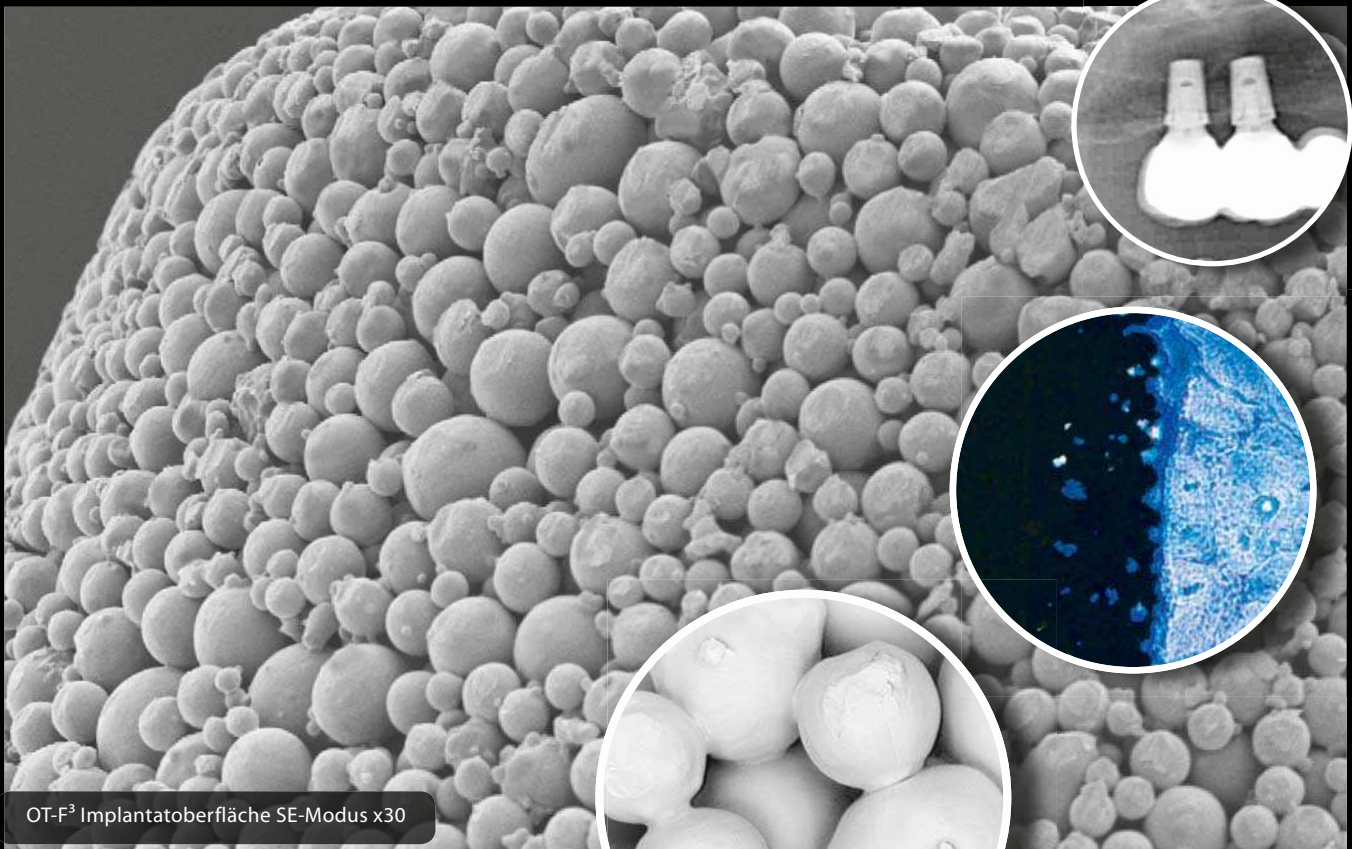
PLZ/Ort _____

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 _____

OT-F³ KURZES PORENIMPLANTAT bei reduziertem vertikalen Knochenangebot



OT-F³ Implantatoberfläche SE-Modus x30

Kurze OT-F³ Press-Fit-Implantate ● Ø 3.8 / ● Ø 4.1 / ● Ø 5.0



4.1 x 5 5.0 x 5 3.8 x 7 4.1 x 7 5.0 x 7 3.8 x 9 4.1 x 9 5.0 x 9

- **EINFACHES CHIRURGISCHES PROTOKOLL**
schneidende, formkongruente Bohrer – kombinierbar mit komprimierenden Osteotomen und schneidenden Osteotomen für internen Sinuslift
- **EINZIGARTIGE OBERFLÄCHENTOPOGRAPHIE**
erlaubt Kronen-Wurzel-Verhältnis von 2:1 und Einzelzahnversorgung
- **GESINTERTE, PORÖSE OBERFLÄCHE**
ermöglicht knöchernes Einwachsen in die gesamte dreidimensionale Struktur (Osseoinkorporation)