

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · German Edition

No. 4/2010 · 7. Jahrgang · Leipzig, 7. April 2010 · PVSt. 64494 · Einzelpreis: 3,00 €



Parodontitis vs. Periimplantitis

Die zugrunde liegende Entzündungsreaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen ist sowohl bei Parodontitis als auch bei Periimplantitis vergleichbar. **▶ Seite 4ff**



Ein Erfolgsmodell und seine Philosophie

Mit dem minimalinvasiven Verfahren und dem einteiligen Implantat wirbt Champions Implants für sich. *Dental Tribune* sprach mit Firmengründer Dr. Armin Nedjat. **▶ Seite 7f**



4. Mittelmeersymposium in Antalya

Der BDIZ EDI setzt sein bewährtes Konzept, Fortbildungskurse im Ausland anzubieten, auch 2010 fort. Dieses Jahr steht die Türkei mit hochkarätigen Referenten auf dem Programm. **▶ Seite 12**

ANZEIGE

Perfekt ästhetisch und provisorisch zementieren (dualhärtend).

ZAKK® Beauty

R-dental Dentalerzeugnisse GmbH
Informationen unter Tel. 0 40 - 22757617
Fax 0 800 - 733 68 25 gebührenfrei
E-mail: info@r-dental.com
r-dental.com

„Absurdes Regierungstheater?“

Kopfpauschale entzweit Schwarz-Gelb immer mehr.

BERLIN – Der Regierungskommission zur Reform des Gesundheitssystems stehen harte Kämpfe bevor. Union und FDP griffen sich vor dem ersten Treffen des Gremiums im März erneut heftig an. Bayerns Gesundheitsminister Markus Söder (CSU) wies alle Varianten einer Kopfpauschale zurück, wie sie Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) plant. Auch die CDU bremste Röslers Reformeifer. Schleswig-Holsteins Gesundheitsminister Heiner Garg (FDP) warf den Kritikern

aus der Union eine Blockadehaltung vor. Die Opposition reagierte mit Spott auf die koalitionsinternen Querelen. Seit Monaten zanken die Partner um die Ausgestaltung der Reform. Die FDP will eine einkommensunabhängige Beitragspauschale einführen. Konkret soll jeder Versicherte einen einheitlichen Betrag zahlen; sozial Schwache sollen einen Steuerzuschuss bekommen. Ab 2011 plant Rösler zunächst eine

Fortsetzung auf Seite 2 →



Qualität

[Hochwertiger Zahnersatz zu günstigen Preisen]

Theoretisch müsste hier ein Werbetext über unsere sensationelle Qualität stehen. Praktisch kümmern wir uns lieber darum, dass unser eigenes TÜV-zertifiziertes Meisterlabor und umfangreiche Kontrollen durch unsere Technik Service-Teams diese täglich garantieren.

Wir versprechen nur das, was wir auch halten können.



ANZEIGE

Nanotechnik mittels Tiefseebiomineralien

Deutsch-Chinesisches Exzellenzzentrum „Joint Lab: Bio-Nano-Komposite“ gegründet.

Mehr Zahnärzte als Angestellte

Kritischer Trend zu größeren Versorgungseinheiten.

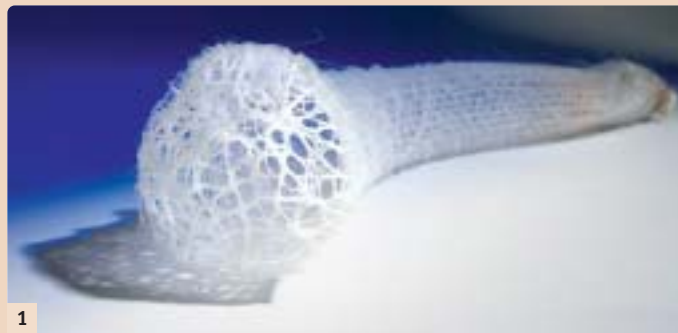
KÖLN – In Deutschland arbeiten immer weniger Zahnärzte in der eigenen Praxis. Dies teilte jüngst die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) in Berlin mit.

„Die Zahl der angestellten Zahnärzte hat sich binnen zweier Jahre weit mehr als verdoppelt. Damit werden die Praxen größer und das Praxisnetz dünner. Langfristig muss man aufpassen, dass dadurch nicht die hochwertige wohnortnahe Versorgung gefährdet wird“, so der Vorsitzende des Vorstandes der KZBV, Dr. Jürgen Fedderwitz.

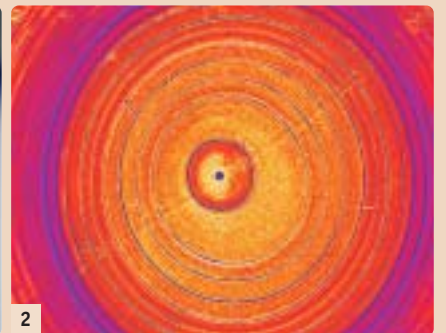
Für die KZBV sei dies auch eine Reaktion auf den wachsenden Kostendruck und die Unsicherheit im Gesundheitswesen. Hier sei die Politik gefordert: „Wir brauchen Planungssicherheit und vernünftige Rahmenbedingungen, damit sich die Kollegen auch zukünftig in ausreichender Zahl in eigener Praxis niederlassen. Versorgungsstrukturen mit Angestellten können eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung allein nicht sichern.“

MAINZ/PEKING – Universitätsmedizin und Johannes Gutenberg-Universität Mainz starteten eine internationale Forschungs Kooperation mit der Tsinghua University und der Chinese Academy of Geological Sciences in Peking. Aufgabe des wissenschaftlichen Exzellenzzentrums „Joint Lab: Bio-Nano-Komposite“ ist die Bündelung der in beiden Ländern unterschiedlich geprägten Kompetenzen auf dem Gebiet der Entwicklung neuartiger auf biometrischen und nano(bio)technologischen Prinzipien basierenden Materialien für den Zahn- und Knochenersatz. Dabei werde auf neuesten Erkenntnissen über die Biosynthese anorganischer Verbindungen durch Tiefseeorganismen aufgebaut, heißt es in einer Presseerklärung der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz.

Zunächst sollen im Rahmen des Projektes die molekularen Mechanismen untersucht werden, die der Bildung von Biomineralien durch Tiefseeorganismen zugrunde liegen. Anschließend sei geplant, die Gene der beteiligten Enzyme zu identifizieren, zu klonieren und zu exprimieren. Sobald das geschehen ist, könnten die rekombinant hergestellten Enzyme bzw. Proteine zur Synthese neuartiger Kompositmaterialien ver-



1



2

Abb. 1: Biosilica-Skelett des Glasschwamms *Euplectella aspergillum*. – Abb. 2: Querschnitt durch die bis zu drei Meter lange Pfahlnadel des Tiefsee-Glasschwamms *Monorhaphis chuni* mit konzentrisch angeordneten Biosilica-Lamellen.



3



4

Abb. 3: Biosilica-Glasnadeln aus Schwämmen sind lichtleitend (hier: Pfahlnadel des Tiefsee-Glasschwamms *Monorhaphis chuni*). – Abb. 4: Gute Bindeeigenschaften des auf Biosilica basierenden osteoinduktiven Kompositmaterials (Autofluoreszenz).

wendet werden, die dann bei Knochenbrüchen und -erkrankungen eingesetzt werden sowie als Zahnersatz dienen. Nach erfolgreicher Durchführung entsprechender klinischer Studien hoffen die Forscher schließlich, dass sie aus ihren Ergebnissen einen neuartigen Thera-

pieansatz für Osteoporose-Patienten entwickeln können.

Das Gemeinschaftsprojekt ist eingebettet in die Initiative des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) „Konzeptions- und Vorbereitungsmaßnahmen deutscher Hochschulen zur Etablierung

gemeinsamer Forschungsstrukturen mit Partnern im asiatisch-pazifischen Forschungsraum“ und steht unter dem Dach des „Deutsch-Chinesischen Jahres der Wissenschaft und Bildung 2009/10“ (DCJWB). Die Koordination liegt in den Händen von Prof. Dr. Werner E. G. Müller vom Institut für Physiologische Chemie und Pathobiochemie der Universitätsmedizin Mainz. Er und sein am selben Institut tätiger Kollege Prof. Dr. Dr. Heinz C. Schröder sind weltweit führende Experten für die Identifizierung, Klonierung und gentechnologische Herstellung von Enzymen, die den Tiefseeschwämmen die Synthese ihres Silikatskelettes ermöglichen. Diese Meeresbewohner

Fortsetzung auf Seite 3 →

ANZEIGE

Asiatische Fertigkeit trifft deutsche Qualität

Viele Vorurteile

Nach 15 Jahren erfolgreich im Markt räumen wir mit den Vorurteilen auf: Denn Qualität ist keine Frage des Standortes sondern der Qualifikation der Mitarbeiter. Das sehen schon heute 2.500 Zahnarztpraxen sowie 50 bedeutende Krankenkassen genau so. Sie vertrauen deshalb in unsere Produkte und Leistungen. Patienten und Zahnärzte profitieren von unserer 5-Jahres-Garantie, unseren regionalen Kundenbetreuern und den Service-Laboren vor Ort.

Imex – der Zahnersatz. Einfach intelligenter.

Kostenlos anrufen: 0800 8776226 oder www.kostenguenstiger-zahnersatz.de



Kilmer, Walter, Weinberg



Zahlen klagen Funktionärsversagen an Jürgen Pischel spricht Klartext

Ein Drittel der Zahnärzte verdient im Schnitt 200.000 Euro – zwei Drittel kommen gerade auf durchschnittlich 50.000 Euro.

Zahnarzt- und Kassenfunktionäre sparen Hand in Hand gemeinsam die klassische auf Kassenbehandlung hin orientierte Zahnarztpraxis kaputt. Selber schuld, könnte man argumentieren, jeder Zahnarzt ist doch Angehöriger eines angeblich freien Berufes: Schafft er es nicht, aus seinen Kassenpatienten das herauszuholen, was die Kasse an gerechtem Leistungshonorar aufgrund des Versagens der eigenen, hochdotierten Zwangsfunktionäre verweigern kann, muss er umdenken lernen.

Nichts besser als nachstehende Zahlen kann aufzeigen, wie die Funktionäre einen Großteil der Zahnärzte in den Ruin treibt. Ein Drittel aller Zahnarztpraxen erwirtschaftet pro Inhaber zwei Drittel aller Einnahmen-Überschüsse. In Zahlen ausgedrückt – die KZBV-Statistik offenbart das Desaster – heißt das: 20.000 Zahnärzte kommen in ihrer Praxis auf ein Einkommen von 200.000 Euro im Schnitt, die anderen knapp 40.000 Zahnärzte haben durchschnittlich nur 50.000 Euro Überschuss. Natürlich sind hier die Alt- und Auslauf- wie Startpraxen dabei, aber ein Großteil sind Vollpraxen, die einen kläglichen Praxisüberschuss erreichen. Die Ursachen sind schnell geortet: Vor zehn Jahren gaben die Kassen für Zahnbehandlung pro Kopf 158 Euro aus, 2009 waren es gerade einmal 156 Euro. Wertet man noch die Inflation, dann sind es real noch rund 140 Euro an gerechneter Kopfpauschale. Das heißt, nichts als Verluste, was die KZV-Funktionäre, selbst hauptamtlich mit einem

Vielfachen an Einkommen und Privilegien (Pensionszusagen, Dienstatous, Sitzungsgelder etc.) ausgestattet, in den letzten Jahren für ihre Zwangsmitglieder eingefahren haben.

Ganz anders ist es bei den Ärzten, die konnten eine Prokopf-Steigerung von 25 % in den letzten 10 Jahren erreichen, die Pharmaindustrie hat sogar 40 % mehr an Einnahmen aus dem Arzneimittelverkauf erzielt.

In der Zahnmedizin ist die Zahnarztpraxis, die überwiegend auf Kasse setzt, ohne Zukunft. Vor allem bei diesen KZV-Funktionären, die gemeinsam mit der FDP auf weitere Ausgrenzung der Zahnmedizin aus der GKV zur Teilfinanzsänierung der Kassen auf Kosten der Praxisumsätze setzen.

Die Zukunft liegt im „Kasse Plus-Konzept“, der von mir schon vor 20 Jahren propagierten „200-Prozent-Praxis“. Also, auf 100 % Kasse noch einmal 100 % Privatumsatz obendrauf. Insgesamt ist dies für die Zahnärzteschaft Realität, denn nur noch 50 % der Praxisumsätze kommen aus der GKV, der andere Teil ist vom Patienten privat. Diese Umsätze erzielen aber ganz überwiegend eben nur das eine Drittel der Zahnärzteschaft, die den Patienten in den Mittelpunkt ihrer Praxisbemühungen stellen. Sie wissen auch mit der GOZ richtig umzugehen, hat sich doch der Anteil der 3,5-fach-Multiplikator-Abrechnungen im Gesamtvolumen in den letzten Jahren auf über 20 % verdoppelt.

Conclusio: Kassenpatienten ja, Kassenleistung ja, aber nur als Fundament besserer Zahnmedizin und mehr Freude am Beruf, frei von Funktionären und ihren Zwängen,

toi, toi, toi
Ihr J. Pischel

← Fortsetzung von Seite 1

Kopfpauschale in Höhe von 29 Euro im Monat.

Die CSU ist strikt gegen ein solches Modell. Die Regierungskommission soll den Streit nun schlichten und Reformvorschläge unterbreiten. Dem Gremium gehören neben Rösler sieben weitere Minister an – darunter Finanzminister Wolfgang Schäuble (CDU) und Verbraucherschutzministerin Ilse Aigner (CSU).

Söder lehnte alle Varianten einer Kopfpauschale ab – ob groß oder klein. Dazu gehöre auch das Modell einer Extraprämie von 29 Euro. Auch der Parlamentarische Geschäftsführer der Unions-Fraktion, Peter Altmaier (CDU), zeigte Grenzen für Röslers Reformvorhaben auf. Es wird in dieser Wahlperiode keine Gesundheitsprämie geben, stellte er klar.

Der FDP-Politiker Garg konterte, es sei vorgeschoben und wenig konstruktiv, wenn Teile der Union bereits vor der ersten Sitzung der Regierungskommission verkündeten, dass alles nicht möglich sei. Von der CSU habe er bisher keinen einzigen Vorschlag zu diesem Thema gehört. Wenn die Partei



Die Debatte um die Kopfpauschale nimmt kein Ende (Foto © Deutscher Bundestag/Werner Schüring).

Röslers Reformpläne grundsätzlich ablehne, erwarte er von ihr ein Alternativkonzept.

Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) warnte die Regierung vor einer kopflosen Politik gegen das Volk. Die Kopfpauschale sei unabhängig von der Höhe sozial ungerecht, sagte DGB-Vorstandsmitglied Annelie Buntenbach.

Die SPD-Gesundheitspolitikerin Angelika Graf kritisierte, das Ziel der Kopfpauschale sei weder christlich noch liberal, sondern eine kaum versteckte Umverteilung von unten nach oben. Die Linke-Gesundheitsexpertin Martina Bunge sagte, das Hickhack der Koalitionäre in der Gesundheitspolitik wirke wie ein abgekartetes Spiel zur Verwirrung

und Desinformation der Bürger. Diese Verschleierungstaktik wird nun hinter verschlossenen Türen fortgesetzt.

Die gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen, Biggi Bender, tat die Reformkommission als reinen Debattierclub ab. Grünen-Chefin Claudia Roth spottete, es gehe bei dem Gremium allein darum, dass sich ganze acht Minister nun mehrere Monate darum kloppen, aus der kleinen eine möglichst große Kopfpauschale zu machen. Das ist absurdes Regierungstheater und wird die Versicherten am Ende teuer zu stehen kommen. **DT**

Quelle: ddp

ZWP online Weitere Informationen auf www.zwp-online.info

Wo bleibt der zahnärztliche Sachverstand?

Freie Zahnärzteschaft weist auf gefährliche Neuerung im Gesundheitswesen hin.

GERMERING – Die seit dem 1. April 2010 gültige Regelung für den sogenannten Basistarif in der privaten Krankenversicherung (PKV) benachteiligte Basistarif-Patienten unangemessen, so der zweite Vorsitzende der Freien Zahnärzteschaft (FZ) und Experte für Gebührenrecht, Dr. Peter Klotz. Ein Arzt habe für eine Untersuchung bei diesem Pseudo-Privatpatienten dann nur noch halb so viel Zeit zur Verfügung wie bei einem Sozialhilfe-Patienten. Das müsse zulasten der Qualität gehen, so Klotz weiter.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) haben sich jetzt auf Höchstmultiplikatoren des PKV-Basistarifs geeinigt. Laut Wettbewerbs-Stärkungsgesetz (WSG) von 2007 der da-

maligen großen Koalition gilt für Privatversicherte, die den Basistarif gewählt haben, zunächst der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Honorierung der ärztlichen Leistungen in diesem Tarif wollte die PKV den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) der Kassenversorgung ansetzen, die KBV bestand auf einer Abrechnung nach der privaten Gebühren-

renordnung für Ärzte (GOÄ). Nun wird zwar die GOÄ Grundlage der Abrechnung bleiben, jedoch mit in-diskutablen Steigerungssätzen.

Die Freie Zahnärzteschaft kritisiert, dass zahnärztlicher Sachverstand bei den Verhandlungen völlig außen vor geblieben ist. „Hat man bei den Kassenzahnärzt-



Dr. Peter Klotz, zweiter Vorsitzender der Freien Zahnärzteschaft (FZ)

lichen Vereinigungen und den Ärzte- und Zahnärztekammern geschlafen? Zumindest ein deutlicher Hinweis an die Versicherten in diesem Tarif wäre nötig gewesen, wenn man sich schon nicht in die Verhandlung einbringen kann oder will“, so der FZ-Vize. Die Zahnärzte als Pflichtbeitragszahler bei den Kammern sollten eigentlich zumindest erwarten können,

dass die Kammern als zuständige Stelle für die Gebührenordnung und Patienteninformation als erste dieses für Patienten und Zahnärzte gleichermaßen wichtige Thema mit Pressemitteilungen öffentlich machen. Doch auch hier ist bisher nichts geschehen. **DT**

Quelle: Freie Zahnärzteschaft e.V.

Gleiche Honorare für gleiche Arbeit

Gehälter in Ostdeutschland führen zu Abwanderung von jungem Praxispersonal.

DRESDEN – Die Kammerversammlung der Landeszahnärztekammer Sachsen fordert in einer Entschließung die im Koalitionsvertrag der Bundesregierung festgeschriebene und am 3. April 2009 vom Bundesrat verabschiedete Angleichung der Honorare für die vertragszahnärztliche Versorgung ein. Auch die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt hatte auf dem Deut-



Foto: Yuri Arcus

schen Ärztetag im Mai 2009 die Anhebung der Honorare vor allem in den neuen Bundesländern versprochen.

Nach wie vor jedoch müssen Zahnmediziner in den neuen Bundesländern einen Abschlag von zehn Prozent auf die Vergütung ihrer vertragszahnärztlichen Behandlungsleistungen hinnehmen. Bei gleichen Kosten für Miete, Geräte und Material spüren neben den Zahnärzten auch die Mit-

arbeiter in den Praxen die fehlenden Mittel. Die deshalb für sie deutlich geringere ausfallenden Gehälter in Ostdeutschland führen häufig zur Abwanderung von jungem, gut ausgebildetem Praxispersonal.

Gewinner dieser längst überfälligen Angleichung wären auch die Patienten. Würden die Praxisinhaber auf wirtschaftlich sicherere Füße gestellt, fiel für die Patienten bei Therapien oder Versorgung, die über den Kassenzahnärztlichen Leistungsstandard hinausgehen, auch der selbst zu tragende Zahlungsbetrag deutlich geringer aus.

Quelle: Landeszahnärztekammer Sachsen

<p>DENTAL TRIBUNE</p> <p>IMPRESSUM</p> <p>Verlag Oemus Media AG Holbeinstraße 29 04229 Leipzig Tel.: 03 41/4 84 74-0 Fax: 03 41/4 84 74-2 90 kontakt@oemus-media.de www.oemus.com</p> <p>Verleger Torsten R. Oemus</p> <p>Verlagsleitung Ingolf Döbbelcke</p>	<p>Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller</p> <p>Chefredaktion Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner (V.i.S.d.P.) isbaner@oemus-media.de</p> <p>Redaktionsleitung Jeannette Enders (je), M.A. j.enders@oemus-media.de</p> <p>Anzeigenverkauf Verkaufsleitung Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller hiller@oemus-media.de</p> <p>Verkauf Tomas Wiese t.wiese@oemus-media.de</p>	<p>Steffi Katharina Goldmann s.goldmann@oemus-media.de</p> <p>Produktionsleitung Gernot Meyer meyer@oemus-media.de</p> <p>Anzeigendisposition Marius Mezger m.mezger@oemus-media.de Bob Schliebe b.schliebe@oemus-media.de</p> <p>Layout/Satz Franziska Dachsel</p> <p>Lektorat Hans Motschmann h.motschmann@oemus-media.de</p>
---	---	---

Erscheinungsweise
Dental Tribune German Edition erscheint 2010 mit 10 Ausgaben, es gilt die Preisliste Nr. 1 vom 1. 1.2010. Es gelten die AGB.
IWW-Anschluss beantragt.

Druckerei
Vogel Druck und Medienservice GmbH, Leibnizstraße 5, 97204 Höchberg

Verlags- und Urheberrecht
Dental Tribune German Edition ist ein eigenständiges redaktionelles Publikationsorgan der Oemus Media AG. Die Zeitschrift und die enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das 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 geht 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. Für unverlangt eingesandte Bücher und Manuskripte kann keine Gewähr übernommen werden. Mit anderen als den redaktionseigenen Signa oder mit Verfassernamen gekennzeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, welche der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Der Autor des Beitrages trägt die Verantwortung. Gekennzeichnete Sonderteile und Anzeigen befinden sich außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Für Verbands-, Unternehmens- und Marktinformationen kann keine Gewähr übernommen werden. Eine Haftung für Folgen aus unrichtigen oder fehlerhaften Darstellungen wird in jedem Falle ausgeschlossen. Gerichtsstand ist Leipzig.

ANZEIGE

**Professionelles
Qualitätsmanagement
für die Zahnmedizin.**

**Dokumentation • Implementierung
Schulungen/Seminare**

www.quantassdent.de
quantass Managementlösungen eK
90518 Altdorf, Oberer Markt 9
Tel.: 091 87 / 92299-0

Erbgut-Analyse: Fünf Gene für frühes Zahnwachstum identifiziert

Zahnentwicklung in den ersten Lebensjahren spielt auch entscheidende Rolle für die Ausbildung von Gliedmaßen.

LONDON – Englische Wissenschaftler haben neue Erkenntnisse über das Wachstum von Zähnen gewonnen. Sie fanden heraus, dass die Zahn-

entwicklung in den ersten Lebensjahren maßgeblich von einer Gruppe von fünf Genen beeinflusst wird. Wie Marjo-Riitta Jarvelin vom Imperial

College und Kollegen im Fachmagazin *PLoS Genetics* berichten, spielen diese Gene auch eine tragende Rolle bei der Bildung von Gebiss und Gliedmaßen.

In einem Großprojekt erfassten sie statistisch das Zahnen und die Anzahl der Zähne zum Zeitpunkt des ersten Geburtstags von 4.564 nordfinnischen und 1.518 westenglischen Kindern. Zusätzlich wurde das gesamte Genom der über 6.000 Menschen analysiert und über den Zeitraum von der Schwangerschaft bis zum Erreichen des Erwachsenenalters kontrolliert. Bei der Massenuntersuchung sind im Raster der Wissenschaftler fünf Gene hängengeblieben, die für das Zahnwachstum verantwortlich sind.

Defekte bei vier der „Zahn-Gene“ stehen unter dem Verdacht, Krebs auszulösen. Die Zahnentwicklung sei nämlich kein isoliertes Ereignis, sondern folge

den Pfaden des frühen Wachstums von Gliedmaßen und Organen. So unterstützten die fünf Zahn-Gene beispielsweise auch die Ausbildung des Kiefers, der Ohren, Finger und Zehen sowie des Herzens. Der nun

offengelegte Einfluss des Erbguts auf das Zahnwachstum

auch werde sich die Vorsorge verbessern lassen. „Wir hoffen, dass wir genauer beurteilen können, warum das Wachstum des Fötus ein so wichtiger Umstand in der Entwicklung vieler chronischer Krankheiten zu sein scheint“, erklärt Jarvelin. DI

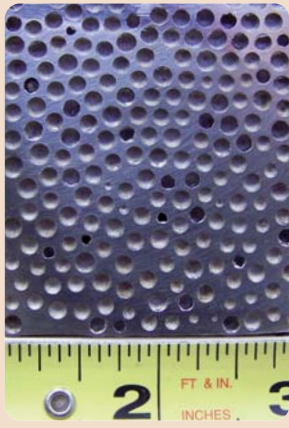
Quelle: ddp

Neuer Metallschaum für Knochenersatz

Das Material könnte den Implantatmarkt revolutionieren.

RALFEIGH – Wissenschaftler der North Carolina State University entwickelten einen Schaum aus Metall, welcher leichter ist als solides Aluminium und aus reinem Stahl oder einer Mischung aus Stahl und Aluminium hergestellt werden kann. In einem Fachbeitrag, der in der Märzausgabe der Zeitschrift *Material Science and Engineering A* nachzulesen ist, wies das Forscherteam auf die Vorteile des Materials hin.

Neben dem leichten Gewicht und dem hohen Absorbierungsvermögen ähnelt das Elastizitätsmodul des Schaumes dem des Knochens. Das Elastizitätsmodul gibt die Möglichkeit eines Materials an, sich unter Druck zu biegen und nach Druckbeendigung wieder in die Ausgangsform zurückzukehren. Die Elastizität sei bei biomedizinischen Implantaten extrem wichtig,



Der Kompositmetallschaum im Maßstab (Foto: NCSU, USA).

wie Dr. Afsaneh Rabiei, assoziierter Professor für Maschinenbau und Dozent für Biomedizintechnik an der North Carolina State University mitteilte. „Wenn ein orthopädisches oder ein Zahnimplantat im Körper Knochen oder einen Teil des Knochens ersetzt, muss es die gleiche Menge wie der umgebende Knochen bewältigen“, so Dr. Rabiei.

Mit dem Metallschaum könnte Knochenverlust verhindert werden. „Falls das Elastizitätsmodul des Implantates größer ist als jenes des Knochens, wird das Implantat die

Hauptlast tragen und der eingebundene Knochen wird absterben. Unser Composite-Schaum kann als Implantat dies verhindern“, sagte Rabiei. Die poröse Oberfläche des Schaumes würde zusätzlich die Osseointegration fördern. DI

Quelle: North Carolina State University

← Fortsetzung von Seite 1

besitzen die einzigartige Fähigkeit, Silikat enzymatisch zu synthetisieren („Biosilikat“). Die „Hybrid-Zusammensetzung“ aus anorganischen und organischen Komponenten verleihe dem Material exzellente mechanische Eigenschaften und macht es hochinteressant, auch für die Nanotechnologie.

Die Universität Mainz profiliert sich auf dem Gebiet der Nanobiotechnologie, die zukünftig vor allem in der Medizin für Furore sorgen könnte. Dementsprechend interessieren sich die Mainzer Forscher insbesondere für die klinischen Erfahrungen der chinesischen Kollegen. So wurde in China bereits 2002 ein nanomedizinisches Knochenersatzprodukt patentiert und in klinischen Studien getestet. Seitdem wurden mehr als 3.000 Patienten erfolgreich mit dem sogenannten „NanoBone“, ein hochporöses und aus extrem feinem Nano-Hydroxylapatit aufgebautes Knochenersatzmaterial, behandelt. Diese Struktureigenschaft ermöglicht ein Anheften der Zellen und Ein-



wachsen in den Knochen. Wie Tierversuche ergaben, ist NanoBone bioaktiv und biologisch abbaubar. Das vielversprechende Material wurde von Prof. Dr. Fu-Zhai Cui entwickelt, dem Direktor des Biomaterials Lab am Department of Materials Science &

Engineering der Tsinghua University in Peking, der sich seit Jahren auf Entwicklungen im Bereich Tissue Engineering konzentriert.

Zukünftig soll das Joint Lab auch für den Beitritt weiterer Partner aus anderen Ländern der Asian Pacific Research Area (APRA) offen stehen. Weitere Informationen über dieses Thema unter: www.biotechmarin.de. DI

Univ.-Prof. Dr. Werner E.G. Müller
Institut für Physiologische Chemie und Pathobiochemie
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Duesbergweg 6
55128 Mainz
Tel.: 0 61 31/3 92 59 10
wmueller@uni-mainz.de



wird nach Meinung von Studienleiter Jarvelin neue Wege öffnen in der frühzeitigen Behandlung von Zahn- und Gebissproblemen,

Foto: Dgrilla

ANZEIGE



Kavitätenspalt-Dichtmixture

Kavitätenspalt-Dichtungsmixture nutzt bei Metallfüllungen und Kronen die Vorteile von Kupfer-Amalgam – ohne dessen Nachteile. Es desinfiziert sicher und schützt das Dentin nachhaltig vor schädlichem Erweichen durch Anaerobier.

sich das aktivierte Kupfer in basische Kupferverbindungen um, die voluminös, bakterizid und schwer löslich sind. Diese füllen jeden sich bildenden Kavitätenspalt aus und dichten ihn dauerhaft ab.

Die praktische Schüttelmixture mit aktiviertem Kupfer wird vor dem Legen einer Metallfüllung direkt auf die Kavität touchiert. Im Laufe weniger Wochen wandelt

Kavitätenspalt-Dichtmixture wurde speziell für Metallversorgungen entwickelt, ist aber auch bei Kunststoff-Füllungen anwendbar, wenn ein eventuell entstehender dunkler Rand nicht stört.

- zuverlässige Abdichtung der Randspalten
- speziell bei Metallfüllungen und Kronen
- verringerte Quecksilber-Dampfemission frischer Amalgamfüllungen in Richtung Dentin
- optimierte Sekundärkariesprophylaxe
- schnelle und einfache Anwendung



siehe auch S. 15



HUMANCHEMIE

Kompetenz in Forschung und Praxis

Humanchemie GmbH • Hinter dem Krüge 5 • D-31061 Alfeld/Leine
Telefon +49 (0) 51 81 - 2 46 33 • Telefax +49 (0) 51 81 - 8 12 26
www.humanchemie.de • eMail info@humanchemie.de

Parodontitis versus Periimplantitis – Ätiologie und Diagnostik

Unbehandelt oder zu spät diagnostiziert führen Parodontitis und Periimplantitis zum Zahn- bzw. Implantatverlust. Die zugrunde liegende Entzündungsreaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen scheint beiden Erkrankungen vergleichbar zu sein.¹ Eine klinische und mikrobiologische Diagnose von Dr. Arndt Güntsch und Priv.-Doz. Dr. Dr. Bernd W. Sigusch.

Die Prävalenz parodontaler und periimplantärer Erkrankungen ist dramatisch hoch. In Deutschland sind nach neuesten epidemiologischen Untersuchungen 73,3 % der 35- bis 44-Jährigen an einer mittelschweren oder schweren Parodontitis erkrankt. Dieser Anteil steigt mit zunehmendem Alter auf 87,8 % bei den Senioren (65 bis 74 Jahre) an. Aber auch 13,3 % der Jugendlichen unter 15 Jahren wiesen parodontale Destruktionen auf.² Trotz der hohen Morbiditätsrate in der deutschen Bevölkerung werden für die Parodontistherapie nur etwa 3,05 % der gesamten jährlichen Ausgaben, die für zahnärztliche Behandlungen zur Verfügung stehen, verwendet.³

Die Daten zur Prävalenz periimplantärer Erkrankungen beruhen auf nur wenigen Studien. Eine relativ neue Übersichtsarbeit gibt für die Perimukositis (Entzündungen des periimplantären Weichgewebes) eine Prävalenz von bis zu 80 % der Patienten mit Implantaten an. Die Angaben zur Prävalenz der Periimplantitis schwanken stark und liegen zwischen 28 und über 56 % (in der Übersichtsarbeit wurden nur Implantate, die mind. zehn Jahre in Funktion waren, berücksichtigt).⁴ Demgegenüber stehen jährlich steigende Zahlen inserierter Implantate in Deutschland, die wahrscheinlich bereits bei ca. 500.000 Implantaten liegen. Parallel zu den steigenden Implantationen ist allerdings auch mit einer Zunahme periimplantärer Erkrankungen zu rechnen. Durch eine Früherkennung von entzündlichen Veränderungen sollte das Auftreten fortgeschrittener Destruktionen vermieden werden.⁵

Die Parodontitis

Die Parodontitis ist eine chronisch verlaufende bakterielle Infektion des parodontalen Gewebes und des alveolären Knochens, die aus einem Ungleichgewicht zwischen parodontalpathogenen Mikroorganismen und der lokalen und systemischen Wirtsabwehr resultiert. Die Auslösung und der Verlauf parodontal entzündlicher Erkrankungen werden dabei durch verschiedene Risikofaktoren beeinflusst.⁶ Die klassischen Risikofaktoren für die Entstehung einer Parodontitis sind das Vorhandensein dentaler Plaque und lokaler Reizfaktoren, wie offene interdentalen Kontakte, Zahnfrakturen und Traumata.⁷ Die Wirtsantwort auf subgingivale Bakterien spielt eine entscheidende Rolle in der Pathogenese der Parodontitis.⁶ Dieser Pathogeneseprozess wird zudem von Umwelt- und erworbenen Risikofaktoren beeinflusst.⁸ Im Vordergrund stehen hier das Rauchen^{9,10} und Diabetes mellitus.^{11,12} Eine Reihe weiterer Risikofaktoren, die mit der Entstehung der Parodontitis in Zusammenhang gebracht werden, aber nicht allein ursächlich scheinen, sind das Alter¹³, die Ethnizität¹⁴, Bildung und Einkommen¹⁵, das männliche Geschlecht^{16,17} und Stress¹⁸. Neben der klinischen Untersuchung ist daher die Anamnese von besonderer Bedeutung.

Alle Parodontitisformen weisen Gewebedestruktionen und damit verbundenen Attachmentverlust auf. Die Diagnose „Parodontitis“ ist primär eine klinische Diagnose. Klinisch stellt sich das Bild der Parodontitis mit erhöhten Sondierungstiefen (parodontale Tasche),

Attachmentverlust, Knochenabbau und Entzündung der Gingiva dar (Abb. 1). Zusätzlich kann es zu Sondierungsblutungen, gingivalen Retraktionen und erhöhter Mobilität bis hin zu Exfoliation kommen.¹⁹ Der Verlust parodontalen Attachments (Sondierungstiefen über 3,5 mm, gemessen von der Schmelz-Zement-Grenze) unterscheidet die Parodontitis klinisch von der Gingivitis, deren Hauptsymptom die positive Sondierungsblutung ist und bei der kein Attachmentverlust diagnostiziert wird. Weitere Symptome können Schmerzen, Ulze-

früh auftretender Parodontitis aufzuheben. Neben diesen beiden Erkrankungsformen unterscheidet man zudem gingivale Erkrankungen (mit der plaque-induzierten Gingivitis als häufigster Form), die Parodontitis als Manifestation einer Systemerkrankung, nekrotisierende Parodontalerkrankungen, Abszesse des Parodonts, die Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen und entwicklungsbedingte oder erworbene Deformationen und Zustände.²⁷

Die chronische Parodontitis ist als infektiöse Erkrankung definiert, die zu

destens drei Zähnen zusätzlich zu den ersten Molaren und Schneidezähnen.²⁹

Mikrobiologie der Parodontitis

Die parodontalpathogenen Bakterien sind der auslösende Faktor der Parodontitis²², deren alleinige Anwesenheit reicht aber noch nicht zur Ausbildung der Erkrankung aus.

Die bakterielle Zusammensetzung des subgingivalen Biofilmes differiert zwischen gesunden und erkrankten Parodontien deutlich. Parodontalpathogene Bakterien wurden katalogisiert und in Komplexen zusammen-

*A. actinomycetemcomitans*³⁹, während *P. gingivalis* häufiger bei Patienten mit chronischer Parodontitis gefunden wird.⁴⁰ Eine alleinige Differenzierung zwischen chronischer und aggressiver Parodontitis anhand des Vorhandenseins von *A. actinomycetemcomitans* und/oder *P. gingivalis* sollte jedoch nicht erfolgen⁴¹, es sind unbedingt die klinischen und radiografischen Befunde sowie die Anamnese hinzuzuziehen.

Das Wissen um das Vorhandensein der parodontalpathogenen Spezies hat eine wichtige Bedeutung für die Planung und Durchführung der Therapie. Das

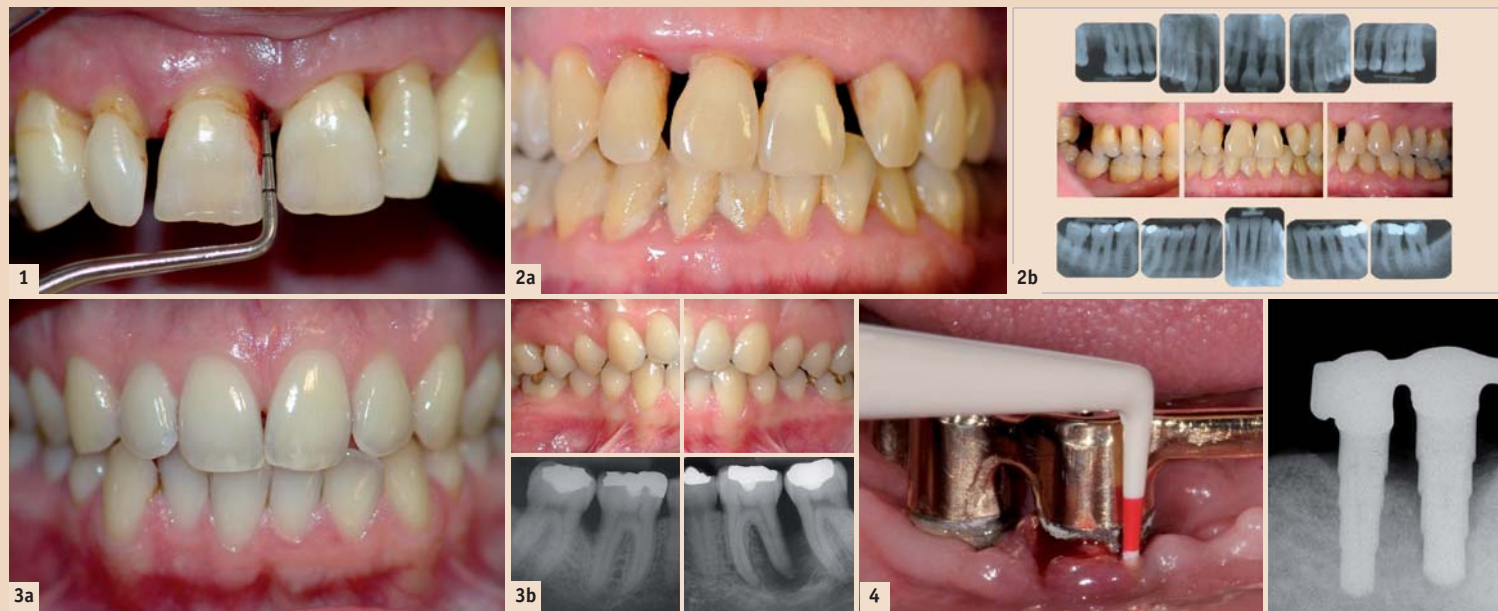


Abb. 1: Die Parodontitis ist charakterisiert durch Attachmentverlust (gemessen von der Schmelz-Zement-Grenze bis zum Taschenfundus), erhöhte Sondierungstiefen (gemessen vom Gingivarand) und Sondierungsblutung. – Abb. 2a: Die Destruktionen bei der chronischen Parodontitis (hier eine generalisierte chronische Parodontitis bei einem 58-jährigen Patienten mit Nachweis von *Porphyromonas gingivalis*) stehen häufig im Zusammenhang mit lokalen Reizfaktoren, wie weiche und harte Beläge. – Abb. 2b: Das Ausmaß der parodontalen Destruktion lässt sich durch entsprechende Röntgenbilder (hier intraorale Aufnahmen in Rechtwinkeltechnik) eruieren. Typisch für die chronische Parodontitis ist primär ein horizontaler Knochenabbau. – Abb. 3a: Die aggressive Parodontitis (hier eine lokalisierte aggressive Parodontitis bei einer 35-jährigen Patientin mit positiver Familienanamnese und Nachweis von *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*) wird rein visuell durch die Beurteilung der Gingiva häufig zu spät erkannt. Ein Merkmal der aggressiven Parodontitis ist die Diskrepanz zwischen vorhandener Plaque und Ausmaß der parodontalen Destruktion. – Abb. 3b: Typisch für die aggressive Parodontitis sind vertikale Knocheneinbrüche. – Abb. 4: Die Periimplantitis ist charakterisiert durch erhöhte Sondierungstiefen, Sondierungsblutung und ggf. Suppuration. Die knöchernen Destruktion des periimplantären Knochens lässt sich radiografisch belegen. Typisch für die Periimplantitis sind schüsselförmige Defekte.

rationen und eine deutlich sichtbare Menge von Plaque und Zahnstein sein.²⁰

Der Verlust des interdentalen Knochens lässt sich durch Röntgenbilder evaluieren. Neben der Sondierungstiefenmessung gehören intraorale Zahnfilme in Rechtwinkeltechnik aller Zähne (Parodontalstatus, siehe auch Abb. 2b) zur Standarddiagnostik. Ein Orthopantomogramm, kombiniert mit einzelnen Zahnfilmen je nach Schweregrad, Darstellung der Frontzähne und Furkationsbefall bei mehrwurzligen Zähnen, kann den Parodontalstatus ersetzen.²¹

Die parodontalpathogenen Bakterien sind zwar der auslösende Faktor²², deren alleinige Anwesenheit führt aber noch nicht zwangsweise zur Ausbildung der Erkrankung. Die „Empfänglichkeit des Wirtes“ eine Parodontitis zu entwickeln und die durch modifizierende Faktoren beeinflusste Wirtsantwort des Patienten spielen in der Pathogenese der Parodontitis eine wesentliche Rolle.^{23–25} Des Weiteren ist der Erkrankungsverlauf nicht bei allen Parodontitiden gleich²⁶, es können verschiedene Formen der Parodontitis diagnostiziert werden.²⁷

Parodontitisformen

Die Parodontitiden wurden auf dem „International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions“ in chronische Parodontitis und aggressive Parodontitis unterteilt, um die bisherige Limitierung durch das Alter bei der bis dahin bestehenden Differenzierung von Erwachsenenparodontitis und

einem langsamen bzw. moderat fortschreitenden Verlust von Attachment und Knochen führt. Es kommt zur Ausbildung von Zahnfleischtaschen, zusätzlich kann sie auch durch gingivale Rezessionen gekennzeichnet sein. Die Prävalenz und Schwere der chronischen Parodontitis nehmen im Alter zu. Nach dem Ausmaß kann man eine lokalisierte (<30% der Zahnflächen befallen) von einer generalisierten Form (>30% der Zahnflächen befallen) unterscheiden. Die Destruktionen stehen häufig mit einem lokalen Reizfaktor im Zusammenhang und es findet sich häufig subgingivaler Zahnstein (Abb. 2).²⁸

Mit der Diagnose aggressive Parodontitis werden die früheren Erkrankungsformen juvenile Parodontitis und rasch fortschreitende Parodontitis ersetzt. Der Patient ist klinisch gesund und es kommt zu rasch fortschreitenden Gewebedestruktionen. Nicht selten wird eine familiäre Häufung der Krankheitsfälle registriert. Im Gegensatz zur chronischen Parodontitis kann bei der aggressiven Form ein deutliches Missverhältnis zwischen den Mengen der bakteriellen Ablagerungen und dem Ausmaß der Gewebedestruktion bestehen (Abb. 3). Auch hier kann man eine lokalisierte Form, die während der Pubertät beginnt und die ersten Molaren und Schneidezähne befällt, von einer generalisierten Form unterscheiden. Die Patienten sind meist jünger als 30 Jahre und es kommt zu einem generalisierten Attachmentverlust an min-

gefasst.³⁰ Diese Bakterienkomplexe sind dabei entsprechend dem Auftreten an der Zahnoberfläche bzw. der Schwere der parodontalen Destruktion strukturiert. Es konnten Mikroorganismen identifiziert werden, die assoziiert sind mit parodontaler Gesundheit, Gingivitis oder Parodontitis.^{31–35} Im sogenannten „Roten Komplex“ werden die parodontalpathogenen Mikroorganismen zusammengefasst, die bei fortgeschrittener Destruktion des Parodonts häufig nachgewiesen wurden. Zum „Roten Komplex“ gehören *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia* (früher *Bacteroides forsythus*) und *Treponema denticola*. Diese Bakterien werden vorwiegend in mittleren bis tiefen parodontalen Taschen gefunden. In flacheren Taschen kann man jedoch auch parodontalpathogene Mikroorganismen wie den *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* nachweisen, die aufgrund ihrer vielen Virulenzfaktoren eine große Bedeutung für die Auslösung und den Verlauf der parodontalen Entzündungen haben.^{30,36}

Aggregatibacter actinomycetemcomitans und *Porphyromonas gingivalis* sind die Mikroorganismen, die am deutlichsten mit den entzündlichen parodontalen Erkrankungen assoziiert sind.³⁷ Beide Bakterienspezies lassen sich manchmal sowohl bei aggressiver Parodontitis als auch chronischer Parodontitis nachweisen.³⁸ Patienten mit aggressiver Parodontitis zeigen jedoch eine deutlich höhere Belastung mit

Ergebnis der nichtchirurgischen Parodontistherapie kann bei fortgeschrittenen Erkrankungen durch den adjuvanten Einsatz von Antibiotika verbessert werden.⁴² Die medikamentöse Therapie sollte die mechanische Wurzeloberflächenbearbeitung aber nie ersetzen.

Entsprechend der Empfehlungen der DGZMK und der DGP sollte die mikrobiologische Analyse der subgingivalen Plaque bei gestellter Indikation einer systemischen adjuvanten Antibiotikatherapie durchgeführt werden.⁴³ Hierzu zählen: (I) die aggressive Parodontitis, (II) die schwere chronische Parodontitis, (III) Parodontitiden, die trotz vorangegangener Therapie progrediente Attachmentverluste aufweisen, und (IV) mittelschwere bis schwere Parodontitiden bei systemischen Erkrankungen oder Zuständen, die die Funktion des Immunsystems beeinträchtigen.⁴⁴

Periimplantäre Erkrankungen

Entzündungen, die sich um die enossalen Implantate entwickeln können, werden allgemein als periimplantäre Erkrankungen zusammengefasst.⁴ Vergleichbar mit der Klassifikation von parodontalen Erkrankungen an Zähnen kann man eine Perimukositis (ohne Knochenverlust) äquivalent zur Gingivitis von einer Periimplantitis (mit Knochenverlust) äquivalent zur Parodontitis unterscheiden.⁴⁵ Die Perimukositis ist dabei als reversible Entzündung des die Implantate umgebenden Weichgewebes

FORTSCHRITT IN DER HART- UND WEICH -GEWEBETRANSPLANTATION
ADVANCING THE WORLD IN TISSUE TRANSPLANTATION

Osteograft[®]
allogene transplantate

Demineralisierte Knochenmatrix (DBM)
sowie allogene Transplantate für das
Weich- und Hart-Gewebemanagement

*OsteoGraft-Produkte sind nach AMG zugelassen

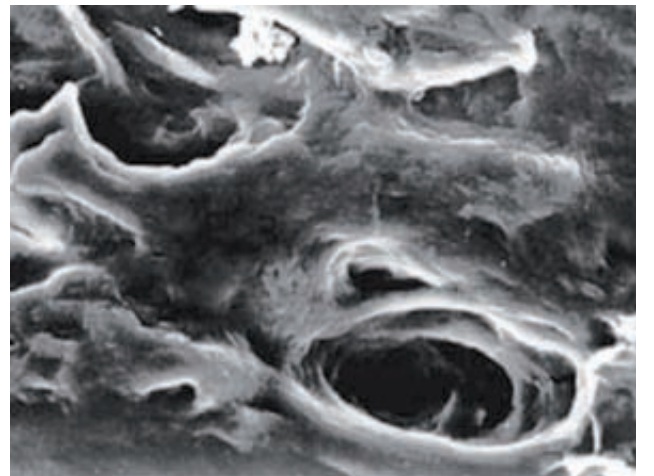
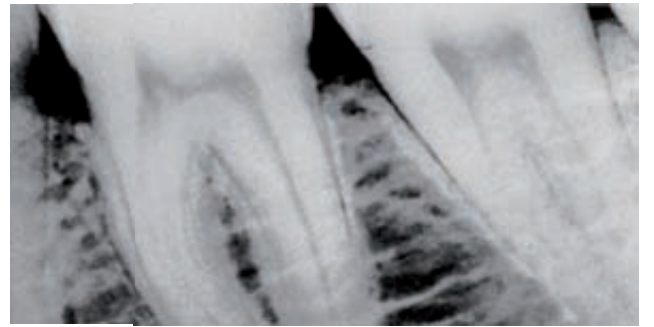
das neue

CortiFlex[®]

formbar/biegsam

lange Standzeit für:

Schalentechnik, Auflagerungsplastik,
vertikale- u. horizontale- Knochenaugmentation,
Parodontaltherapien, exponierte Implantate,
Alternativ Knochenblock



OsteoGraft[®]

ermöglicht neues Knochenwachstum
via Osteoinduktion und Osteokonduktion

INFORMATION & DISTRIBUTION

ARGON DENTAL | MAINZER STR. 346 | D-55411 BINGEN AM RHEIN

FON: 0 67 21/30 96-0 | FAX: 0 67 21/30 96-29 | WWW.OSTEOGRAFT.DE | INFO@OSTEOGRAFT.DE

definiert. Die Periimplantitis beschreibt den Zustand der periimplantären Entzündung mit vorhandenem Knochenverlust. Beide periimplantären Erkrankungen gehen mit einer positiven Sondierungsblutung einher.⁴ Andere klinische Zeichen können Suppurationen, Zunahme der Ausgangssondierungstiefen, Retraktionen der Gingiva, Fistelbildungen und periimplantäre Schwellungen sein. Eine Mobilität des Implantates weist deutlich auf eine fehlende Osseointegration hin.⁵

Undiagnostiziert führen die periimplantären Erkrankungen zum Verlust der Osseointegration und letztlich zum Implantatverlust.⁴⁶ Für die Diagnosestellung ist das Sondieren an sechs Stellen um das Implantat essenziell. Sondiert man mit leichtem Druck (0,25 N), kommt es nicht zur Beschädigung des periimplantären Gewebes. Tritt bei der Sondierung eine Blutung auf, ist dies ein deutlicher Hinweis auf das Vorliegen einer periimplantären Entzündung. Eine zusätzliche Zunahme der Sondierungstiefe im Vergleich zum Ausgangsbefund weist auf einen Attachment- bzw. Knochenverlust hin, der radiografisch evaluiert werden muss (Abb. 4). Zur Früherkennung periimplantärer Erkrankungen sollten regelmäßig Sondierungstiefen (0,25 N), Sondierungsblutung und Suppurationen evaluiert werden. Interessanterweise gibt es kaum Untersuchungen, die den Einfluss von Kunststoff- oder Metallsonden auf die Gewebeintegrität bzw. Implantatober-

flächen beleuchten. Ging man früher davon aus, dass die regelmäßige Sondierung um die Implantate zu Gewebeschäden und zur Beeinträchtigung bzw. Verlust der perimukosalen Integrität führen, weiß man heute, dass ca. fünf Tage nach Sondierung mit einem Sondendruck von 0,25 N (25 g) eine vollständige perimukosale „Versiegelung“ wiederhergestellt ist.⁴⁷ Die Sondierung mit konventionellen Parodontalsonden und mit einem leichten Druck von 0,25 N führt demnach nicht zur Beschädigung des periimplantären Gewebes und wird für die regelmäßige Diagnostik in der Literatur empfohlen.⁴⁶

Wenn die klinischen Symptome (z.B. erhöhte Sondierungstiefe, Sondierungsblutung und/oder Suppuration) vorliegen, sollten unbedingt Röntgenbilder zur Beurteilung des periimplantären Knochens herangezogen werden.⁵ Im Röntgenbild imponiert der periimplantäre Knochenverlust dann meist mit typischen schüsselförmigen Defekten. Zur Verlaufsbeobachtung sollte man den Abstand eines fixen Referenzpunktes (z.B. Implantatschulter oder Implantat-Abutment-Grenze) zum angrenzenden Knochen im Vergleich zur Ausgangssituation beurteilen.⁴⁶ Bei osseointegrierten Implantaten kommt es im entzündungsfreien Zustand nur zu minimalen Veränderungen dieses Abstandes.⁵

Mangelnde Mundhygiene, vorausgegangen bzw. bestehende Parodontitis an den natürlichen Restzähnen und vor allem das Rauchen wurden als Hauptrisikofaktoren für das Auftreten von

periimplantären Erkrankungen identifiziert.^{46,48} Einfluss scheinen aber auch ein schlecht eingestellter Diabetes mellitus und Alkoholismus zu haben. Genetische Risikofaktoren wie bei der Parodontitis sind bisher noch nicht ausreichend untersucht worden.

Mikrobiologie der Periimplantitis

Die Pathogenese der periimplantären Entzündungen scheint der Parodontitisentstehung ähnlich zu sein.⁴⁹ Die gleichen Mikroorganismen, die zur Auslösung einer Parodontitis führen, wurden auch bei Patienten mit Periimplantitis nachgewiesen.⁵⁰ Bei partiell bezahnten Patienten können parodontalpathogene Bakterien von parodontal geschädigten Zähnen den periimplantären Sulkus des enossalen Implantates infizieren.⁵¹ Dies impliziert die Notwendigkeit einer effizienten Parodontitistherapie vor der enossalen Implantation.⁵²

Die üblichen verdächtigen parodontalpathogenen Spezies wie *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* und *Porphyromonas gingivalis* spielen jedoch nicht immer die entscheidende Rolle bei der Auslösung periimplan-

tärer Entzündungen. Mikrobiologische Untersuchungen weisen darauf hin, dass auch andere Mikroorganismen wie *Staphylococcus spp.*, *Candida spp.* und Enterobakterien bei Implantaten mit periimplantären Entzündungen gefunden werden können.⁵³ Sollten also bei der mikrobiologischen Diagnostik nicht

die typischen parodontalpathogenen Spezies nachweisbar sein, dann empfiehlt es sich, die Suche auf andere Mikroorganismen zu erweitern.

Neue diagnostische Aspekte

Seit den 1990er-Jahren ist man auf der Suche nach Biomarkern, die es möglich machen sollen, schnell und einfach zwischen gesunden und pathologischen Veränderungen innerhalb der Mundhöhle zu differenzieren. Die Sulkusflüssigkeit war und ist momentan das Untersuchungsmedium der Wahl, da es die lokalen Entzündungsverhältnisse gut widerspiegelt, Bestandteile der Bakterien und der Wirtsabwehr enthält und zudem noninvasiv gewonnen werden kann.⁵⁴⁻⁵⁶ Inzwischen relativ gut untersucht und auch klinisch praktikabel ist die Bestimmung der aktiven Matrix-Metalloproteinase-8 (aMMP-8), ein Biomarker für entzündliche Abbauprozesse bei Parodontitis und Periimplantitis.⁵⁷ Vor allem für die Verlaufskontrolle und die Früherkennung entzündlicher Veränderungen scheint sich dieser Parameter zu eignen.

Neben der Sulkusflüssigkeit ist auch der Speichel ein beliebtes Untersuchungsmedium und rückt zunehmend in den Fokus wissenschaftlicher Untersuchungen. Die Entwicklung speichelbasierter HIV- und Drogentests deutet auf das Potenzial dieses Untersuchungsmediums hin.⁵⁴ Problematisch bei der Differenzierung oraler Erkrankungen ist die geringe Konzentration der im Speichel befindlichen Biomarker, die bei den parodontalen und periimplantären Entzün-

dungen letztlich aus der Sulkusflüssigkeit stammen.⁵⁸ Die Weiterentwicklung von Proteinchips für die Diagnostik dürfte hier in der Zukunft allerdings einiges erwarten lassen.⁵⁴ Die Neuerungen auf dem Gebiet der radiologischen Diagnostik wie die digitale Volumetomografie ermöglichen sowohl in der Parodontologie⁵⁹ als auch in der Implantologie⁶⁰ eine genauere Beurteilung ossärer Defekte.

Zusammenfassung

Parodontitis und Periimplantitis sind primär klinische Diagnosen. Das Ausmaß der knöchernen Zerstörung lässt sich in beiden Fällen nur durch Röntgenaufnahmen feststellen. Die mikrobiologische Untersuchung der subgingivalen Plaque sichert die Diagnose und erlaubt nach einer suffizienten mechanischen Behandlung die gezielte adjuvante Antibiotikagabe. Aufgrund der hohen Prävalenz parodontaler und periimplantärer Erkrankungen sollte die Prophylaxe und Früherkennung im Vordergrund des zahnärztlichen Handelns stehen. **DT**

ZWP online

Dr. Arndt Güntsch
Priv.-Doz. Dr. Dr. Bernd W. Sigusch
Poliklinik für Konservierende
ZHK
Universitätsklinikum Jena
An der Alten Post 4
07743 Jena

ANZEIGE

Professionelle Implantatpflege



TePe Implant Care™

Eine innovative Bürste mit einem einzigartigen Winkel erleichtert die schwere palatinale und linguale Reinigung bei Implantaten.



„Es gibt viele Universitäten, die unsere Implantate erfolgreich minimalinvasiv einsetzen“

Dr. Armin Nedjat, Zahnarzt, Entwickler des Champions Implant-Systems® und Diplomat ICOI im Interview über Operationen im Flugzeug und den Schlüssel zum Erfolg des MIMI®-Verfahrens.

Mit dem minimalinvasiven Verfahren und dem einteiligen Implantat wirbt das Unternehmen Champions Implants für sich. 2006 gründete Dr. Armin Nedjat, praktizierender Zahnarzt, die Firma. Nur drei Jahre später kann der 41-jährige Spezialist für Implantologie über 40.000 verkaufte Implantate in Deutschland und Österreich vorweisen. Anja Worm, *Dental Tribune Austria*, sprach mit Dr. Nedjat über den Erfolg seines Unternehmens und ungewöhnliche Fortbildungsveranstaltungen.



Dr. Armin Nedjat, Spezialist Implantologie, Diplomat ICOI, CEO Champions-Implants GmbH

„osseointegriert“. Die hohe Kunst an uns Zahnärzten stellt erfahrungsgemäß das prothetische Konzept und die Frage der Sofortbelastung dar. Es gibt übrigens viele Universitäten, die erfolgreich und begeistert unsere Champions-Implantate minimalinvasiv einsetzen und in Sofortbelastung versorgen.

Ein wichtiger Schlüssel zum Erfolg ist auch, dass wir Information und Aufklärung für unsere Patienten betreiben. So haben wir eine extra Home-

page, die unter der Adresse www.mimi-info.de zu erreichen ist. Eine DVD und eine Broschüre für Patienten sind ebenfalls im Umlauf. Und wir informieren natürlich auch die Yellow Press über unser

Dental Tribune: Herr Dr. Nedjat, in den vergangenen Monaten waren Sie in über 50 Städten auf der „(R)Evolution-Tour“ unterwegs. Wie war die Resonanz der Zahnärzte?

Dr. Armin Nedjat: Sensationell gut. Es hat mir Spaß gemacht, vor über 1.000 Teilnehmern über innovative Verfahren im Bereich der zahnärztlichen Implantologie und Prothetik zu referieren, mit ihnen zu diskutieren und persönlich in Kontakt zu treten. Praxisrelevante Themen wie Sofortbelastung, Sofortimplantation und die Möglichkeiten, die wir allgemein als Zahnärzte unseren Patienten anbieten können und sollten, wurden in gut drei Stunden stets abgehandelt und begeistert aufgenommen. Ich habe sehr gutes Feedback erhalten, und glaube, dass der Funke der Begeisterung auf viele übergesprungen ist.

Sie scheinen erfolgreich mit Ihrem Konzept des einteiligen Champions-Implantates und des minimalinvasiven Verfahrens, kurz MIMI®, zu sein. Auch in Anbetracht der großen Konkurrenz auf dem Markt: Was sind Ihrer Meinung nach die Gründe für den Erfolg?

Unser Leitspruch lautet: Aus der Praxis, für die Praxis. MIMI® mit Champions-Implantaten ist einfach, erfolgreich und bezahlbar. Unsere Patienten stürmen seit Jahren unsere Praxen.



Champions-Implantate.

Unser MIMI®-System basiert auf der modernen, knochenphysiologischen Erkenntnis, dass Knochen durchaus Kompression akzeptiert, ja sogar „progressives Knochen-training“ benötigt: Möglichst ohne systematische Aufklappung des Zahnfleisches und Periostverletzung wird transgingival ein klein dimensionierter, leicht konischer Knochenschacht gebohrt, durch den ein größerer Durchmesserdimensioniertes, idealerweise einteiliges, leicht konisches Implantat mit kontrollierter Kraft „hineinkondensiert“ wird. Dadurch wird der umliegende, periimplantäre Knochen „lateral verdichtet“ und das Implantat ist quasi von Beginn an vollends

„Die hohe Kunst an uns Zahnärzten stellt erfahrungsgemäß das prothetische Konzept und die Frage der Sofortbelastung dar.“

einfaches, sicheres und bezahlbares Behandlungskonzept.

Für Mitte Mai kündigen Sie den ersten Champions Kongress an, der im Vergleich zu anderen zahnmedizinischen Fortbildungsveranstaltungen, etwas aus der Rolle fällt. Was erwartet die Teilnehmer denn genau?

Ja, der Kongress wird anders verlaufen als so manche Symposien und Kongresse, die wir an-

sonsten besuchen können. Das Neue und Interessante ist,

dass wir nicht wie üblich hochdekorierte Redner für ein Honorar verpflichten, sondern eben solche, die tagtäglich hochprofessionell unseren Beruf ausüben. Wissenschaftliche Hauptthemen werden Sofortbelastung, Sofortimplantation, Prothetik, Trouble-Shooting, aber auch Marketing und forensische Darstellungsmöglichkeiten einzelner Praxen sein. Wir haben bereits mehrere

Imaging

Intraorale Kameras | Digitales Röntgen | Imaging Software | Kleinbild-Röntgen
Equipment
Pharma



Auf dem Bildschirm können alle Arbeitsschritte kontrolliert und die Aufnahmen sofort angezeigt werden:



Die Speicherfolie kann eingelegt werden



Scanvorgang wird gestartet



Das Bild wird nach wenigen Sekunden angezeigt

ONE, you shoot – TWO, you scan

Komplettes digitales Bildgebungssystem für die intraorale Anwendung

- Die ERLM-Speicherfolien sind extrem dünn und flexibel – für eine einfache und präzise Positionierung mit höchstem Patientenkomfort (erhältlich in 4 Größen)
- In nur 4,3 bis 7,5 Sekunden sind die Aufnahmen eingelesen
- Mit jedem Röntgengerät zur intraoralen Anwendung kompatibel (AC oder DC)
- Vielseitig vernetzbar und TWAIN kompatibel

Neugierig? Demotermin?

HOTLINE: 0800 / 728 35 32

» Weitere Infos bei Ihrem Depot!

Wertigkeit | Vielfalt | Innovation

ACTEON Germany GmbH

Industriestraße 9 • D-40822 Mettmann

Tel.: +49 (0) 21 04 / 95 65 10 • Fax: +49 (0) 21 04 / 95 65 11

info@de.acteongroup.com • www.de.acteongroup.com



Schulung von der Evolutionstour.



fundierte Wissenschaftler aus den eigenen Reihen niedergelassener Kolleginnen und Kollegen, die gerne Wissen aus ihrem reichen Erfahrungsschatz weitergeben, und das industrieunabhängig und ohne Honorar. Auch Themen wie die Lachgas-Anwendung und Ergebnisse der fotodynamischen Therapie mittels Laser werden dadurch praxisnah aufgezeigt. Das war früher auch der Sinn eines Kongresses: Erfahrungsaustausch und konkrete Ergebnisse. Natürlich sind alle Zahnmediziner, ganze Teams, Zahntechniker und auch „Skeptiker“ herzlich zum Kongress willkommen.

Auf der Tagung soll es eine Implantat-Operation während eines Fluges geben, bei der die Presse eingeladen ist. Was steckt hinter dieser Aktion?

ANZEIGE

Langfristige Implantatästhetik durch Laser-Lok®-Mikrorillen

Jetzt neu!

Laddec® und Mem-Lok®
Produkte, die für Sie
Knochenarbeit leisten.
Fordern Sie
weiterführende Informationen
sowie Demo-Material an.
Tel.: 07661 - 90 99 89 - 0

In Kooperation mit Dr. Carl Misch

- **einzigartige Laser-Lok® Mikrorillen*** – hemmen das epitheliale Downgrowth und kreieren die biologische Breite durch Erhalt und Anlagerung des kristallinen Knochens und Epithelgewebes
- anatomisch geformter, konischer Implantatkörper
- patentiertes Reverse Buttress Gewindedesign**
- vormontiertes 3inOne™ Abutment
- drei Implantatdurchmesser
- klinisch erprobte, interne Sechskantverbindung
- sichere Abutmentverbindung durch die Spiralock® Schraubentechnologie
- Lifetime Warranty auf alle Implantate und Prothetikkomponenten

Laser-Lok® ist eine Reihe von präzisionsgefertigten 8µm und 12µm Rillen, die mittels Laser in einem 1.5mm breiten Band um den Implantathals angebracht sind.

Die patentierte Laseroberfläche ist innerhalb der Branche einzigartig, da sie die einzige Oberfläche ist, die durch gezielte Zellführung das epitheliale Downgrowth hemmt, eine attached Gingiva* und die kristalline Knochenanlagerung und -erhaltung fördert und somit eine natürliche biologische Breite* wiederherstellt.

Sprechen Sie uns auf Laser-Lok® an oder erfragen Sie die Termine unserer Events.

BioHorizons GmbH • Marktplatz 3 • 79199 Kirchzarten
Tel. 07661 - 90 99 89 - 0 • Fax 07661 - 90 99 89 - 21 • info@biohorizons.com

Eine Zusammenfassung der klinischen Studienergebnisse finden Sie als Download unter: www.biohorizonsimplants.de/studien.pdf

BIOHORIZONS®
SCIENCE • INNOVATION • SERVICE

Die MIMI-Operation im Flugzeug hat die Botschaft: Die einfache Standard-Implantologie, also gut 80 bis 90 Prozent aller Patientenfälle, kann man in jeder ganz gewöhnlichen Zahnarztpraxis durchführen, ganz ohne Na-

„Ja, der Kongress wird anders verlaufen als so manche Symposien und Kongresse.“

vigation oder technischen Schnickschnack, also sogar in einem Flugzeug. Mir ist auch wichtig zu zeigen, dass jeder Zahnarzt Implantationen durchführen kann und auch sollte. Für den Patienten ist natürlich ganz wichtig: Alles bleibt – im wahrsten Sinne des Wortes – in der Hand seines Zahnarztes des Vertrauens und der gesamte, hochwertige Zahnersatz bleibt für ihn in der Regel finanziell im Bereich des Möglichen. Ebenso wichtig ist die Aufklä-



Im Flugzeug soll die OP stattfinden.

rung, welche phantastischen Möglichkeiten moderner Behandlungskonzepte wir als Zahnärzte unseren Patienten bieten. Zu niedrigeren zahnärztlichen Honoraren bieten wir ja unsere Leistungen nicht an, auch wenn sie, zeitlich gesehen, viel schneller und meistens fast unblutig ablaufen. Denn Patienten müssen lernen: Wir verkaufen unser Know-how und nicht unsere GOZ-Handgriffe! Doch wir ersparen dem Patienten in der Regel die Hälfte der Zeit und Gesamtkosten einer klassischen Implantatbehandlung und Versorgung.

Ist die OP im Flugzeug nicht ganz schön gefährlich?

Nein, solange wir nicht in einen Hurrikan fliegen. Für den Patienten ändert sich ja nichts, nur die Location wird eine andere sein und wir haben – wie bei Kursveranstaltungen – noch ein paar Zuschauer. Der Patient wird übrigens ein Zahnarzt sein, der vor Kurzem bei einem Master-Champions-Kurs war.

Welche weiteren Fortbildungsveranstaltungen planen Sie?

Wir werden unter anderem ein völlig neuartiges Fortbildungskonzept mit dem Titel „Individual-Coaching – Step-by-Step“ im zweiten Halbjahr anbieten. Jeder Teilnehmer kann selbst einen Patienten zum Kurs, der in einer Großstadt seiner Nähe stattfindet, mitbringen, selbst operieren und die Prothetik durchführen, selbstverständlich nach gründlicher Einweisung in Theorie und Praxis. Die Hemmschwelle, mit der Implantolo-

ZWP online

11. EXPERTENSYMPOSIUM INNOVATIONEN IMPLANTOLOGIE

Moderne Konzepte der Knochen- und Geweberegeneration in der Parodontologie und Implantologie

IMPLANTOLOGY START UP 2010

Der sichere Einstieg in die Implantologie

NEU

Programmheft als E-Paper
www.event-iec.de
www.event-esi.de

0277113

30. APRIL – 1. MAI 2010 // DÜSSELDORF // Hilton Hotel

//11. EXPERTENSYMPOSIUM

//IMPLANTOLOGY START UP 2010

REFERENTEN

Vis. Prof. Dr. Dr. Andreas H. Valentin/Mannheim | Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas/Mainz | Prof. Dr. Dr. Frank Palm/Konstanz | Prof. Dr. Jürgen Becker/Düsseldorf | Prof. Dr. Mauro Marincola/Rom (IT) | Prof. Dr. Thomas Weischer/Essen | Prof. Dr. Gregor-G. Zafropoulos/Düsseldorf | Dr. Dr. Rahib Nahas/Bremen | Priv.-Doz. Dr. Florian Beuer/München | Priv.-Doz. Dr. Frank Schwarz/Düsseldorf | Dr. Peter Gehlhar, M.Sc./Essen | Dr. Friedhelm Heinemann/Morsbach | Dr. Andreas Kurrek/Ratingen | Dr. Isabella Rocchietta, DDS/Mailand (IT) | Dr. Mario Rocuzzo/Turin (IT) | Dr. Achim W. Schmidt, M.Sc./München | Milan Michalides/Stuhr-Brinkum

THEMEN

Langzeiterfolgs- und Verluste verschiedener Implantattypen inseriert im regenerierten Knochen | Moderne implantologische Maßnahmen zur Minimierung von augmentativen Konzepten | Horizontale Augmentation des Oberkiefers, beidseitiger Sinuslift und Insertion für zwölf Implantate | Die dreidimensionale Augmentation in der Implantologie – unter Berücksichtigung neuer Materialien | Moderne Konzepte in der Implantologie: Erleichterung vs. Risiken | Implantate und Allgemeinmedizin – was muss man beachten? | Implantology online – information-education-communication | Augmentation oder Implantation – gibt es die evidenzbasierte Indikation? | Rekonstruktion von komplexen atrophischen Situationen – Behandlungswege und Langzeitergebnisse | Ansätze zur Vermeidung von Komplikationen bei Maximallösungen | Reverse Guide Implant Technique (RGIT) – Navigierte Implantation ohne spezielle Software möglich? | Knochenregeneration und Wachstumsfaktoren | Aktuelle Aspekte zur Ätiologie und Pathogenese periimplantärer Entzündungen | Vertikale Augmentation: Indikationen, OP-Techniken und Risiken | Implantatdesign – sind Unterschiede klinisch relevant? | Weichgewebsmanagement bei geschlossener und offener Einheilung im Seitenzahnbereich | Zirkoniumdioxid versus Titan in der Implantatprothetik

WORKSHOPS

1. STAFFEL // 10.00 – 12.00 Uhr

1.1 MIS//Dr. Mathias Plöger/Detmold
Implantatinsertion mit dem MIS-System. Implantatplanung und Diagnostik mit Kodak DVT, med3D-Software und MIS MGuide-System. Augmentationstechniken eindimensional (lateral) bis dreidimensional (humaner Block-P). Referentendemonstration am Schweinekiefer.

1.2 Dentegris//Prof. Dr. Gregor-G. Zafropoulos/Düsseldorf
Sofort- und Spätbelastungskonzepte von Implantaten im weichen und regenerierten Knochen. Vom Einzelimplantat bis zur Gesamtanierung

1.3 CAMLOG//Dr. Peter Bongard/Moers
Weichgewebsmanagement um Implantate für Fortgeschrittene

Bitte beachten Sie, dass Sie in jedem Zeitraum nur an einem Workshop teilnehmen können!

1.4 Sybron Implant Solutions//Dr. Achim W. Schmidt, M.Sc./München
Praxisrelevante Regenerationsmaterialien in der Anwendung (Praktischer Workshop)

2. STAFFEL // 13.00 – 15.00 Uhr

2.1 Henry Schein//Dr. Peter Gehlhar, M.Sc./Essen
Knochenblockentnahme am Unterkiefer und 3-D-Augmentation

2.2 OTmedical//Milan Michalides, Emanuela Michalides/Stuhr-Brinkum
Minimalinvasive Implantation

2.3 Bicon//Prof. Dr. Mauro Marincola/Rom (IT)
Die Anwendung moderner implantologischer Maßnahmen zur Minimierung von augmentativen Konzepten

2.4 DS Dental//Dr. Ronny Gläser, M.Sc., M.Sc./Senden
Augmentationskonzepte

REFERENTEN

Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas/Mainz | Prof. Dr. Dr. Frank Palm/Konstanz | Prof. Dr. Michael Augthun/Mülheim | Prof. Dr. Jürgen Becker/Düsseldorf | Prof. Dr. Jochen Jackowski/Witten | Prof. Dr. Stefan Wolfart/Aachen | Priv.-Doz. Dr. Florian Beuer/München | Priv.-Doz. Dr. Frank Schwarz/Düsseldorf | OÄ Dr. Gabriele Diedrichs/Düsseldorf | OÄ Dr. Gudrun Lübberink/Düsseldorf | Dr. Isabella Rocchietta, DDS/Mailand (IT) | Dr. Mario Rocuzzo/Turin (IT)

THEMEN

Systemische Risikofaktoren – welche sind für die Implantologie relevant? | Aktuelle Verfahren zur Planung von implantatgetragenen Zahnersatz | Augmentative Verfahren – welche sind praxisbewährt? | Herausnehmbarer Zahnersatz auf Implantaten | Implantate in der KFO – welche Perspektiven eröffnen Miniimplantate? Festsitzender Zahnersatz auf Implantaten | Knochenregeneration und Wachstumsfaktoren | Aktuelle Aspekte zur Ätiologie und Pathogenese periimplantärer Entzündungen | Vertikale Augmentation: Indikationen, OP-Techniken und Risiken | Implantatdesign – sind Unterschiede klinisch relevant? | Weichgewebsmanagement bei geschlossener und offener Einheilung im Seitenzahnbereich | Zirkoniumdioxid versus Titan in der Implantatprothetik

WORKSHOPS

15.30 – 17.00 Uhr und 17.30 – 19.00 Uhr

- 1.1 CAMLOG//Dr. Peter Bongard/Moers**
Einfaches Weichgewebsmanagement und voraussagbare Implantation Die Kombination als Schlüssel zum Erfolg
- 1.2 MIS//Dr. Mathias Plöger/Detmold**
Implantatinsertion mit dem MIS-System. Implantatplanung und Diagnostik mit Kodak DVT, med3D-Software und MIS MGuide-System. Augmentationstechniken eindimensional (lateral) bis dreidimensional (humaner Block-P). Referentendemonstration am Schweinekiefer.
- 1.3 Straumann//Dr. Stefan Schnitzer/Konstanz**
Straumann: ein chirurgisches Vorgehen – alle Optionen
Vorstellung des Straumann® Dental Implant Systems mit praktischen Übungen

1.4 Sybron Implant Solutions//Dr. Achim W. Schmidt, M.Sc./München
Der sichere und leichte Einstieg in die Implantologie – das PITT-EASY Implantatsystem

1.5 KSI-Bauer-Schraube//Andrea Bauer/Bad Nauheim Renate Bauer-Küchle/Bad Nauheim
Das K.S.I.-System: Vorteil durch Einteiligkeit Minimalinvasive Implantation und Sofortbelastung (inkl. praktischen Hands-on)

1.6 OTmedical//Milan Michalides, Emanuela Michalides/Stuhr-Brinkum
Implantologie 2.0 – Der einfache Einstieg Das OT medical-Implantologiekonzept: Vorstellung und praktische Übungen am Kunststoffkieferr

HINWEIS: Die Workshops sind zum Teil mit Hands-on.

Bitte beachten Sie, dass Sie in jedem Zeitraum nur an einem Workshop teilnehmen können! Notieren Sie die von Ihnen gewählten Kurse bitte auf dem Anmeldeformular.

Nähere Informationen zu den Spezialpodien, Parallelveranstaltungen und Allgemeinen Geschäftsbedingungen für das EXPERTENSYMPOSIUM und IMPLANTOLOGY START UP 2010 finden Sie unter www.event-esi.de bzw. www.event-iec.de

HELPERINNEN//FREITAG, 30. APRIL 2010

Ute Rabing/Dörverden//10.00 – 18.30 Uhr
Prophylaxe in der Implantologie – auf die richtige Strategie kommt es an | Qualitätsmanagement in der Implantologie – Welche Rolle spielt die Assistenz | Kommunikationsseminar – Kommunikation, Marketing, die Rolle der Mitarbeiterin in einem erfolgreichen Dienstleistungsunternehmen

Veranstaltungsort/Hotelunterkunft



Hilton Hotel Düsseldorf
Georg-Glock-Straße 20
40474 Düsseldorf
Tel.: 02 11/43 77-0
Fax: 02 11/43 77-25 19
www.hilton.de

Zimmerpreise

EZ 129,- € exkl. Frühstück DZ 149,- € exkl. Frühstück
Aufpreis: Deluxe 15,- €, Executive 70,- €
Frühstück: 25,- € pro Person

ORGANISATORISCHES

Kongressgebühren

Zahnarzt 195,- € zzgl. MwSt.
Helferin/Zahntechniker/ 95,- € zzgl. MwSt.
Assistenten (mit Nachweis)
Studenten mit Nachweis nur Tagungspauschale
Teampreise
ZA, ZT oder ZAH (2 Personen) 250,- € zzgl. MwSt.
ZA, ZT, ZAH (3 Personen) 350,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale
Die Tagungspauschale ist für jeden Teilnehmer verbindlich zu entrichten. 95,- € zzgl. MwSt.
(umfasst Kaffeepausen, Tagungsgetränke und Mittagessen)

Veranstalter/Anmeldung

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29 | 04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-3 08
event@oemus-media.de
www.oemus.com

Wissenschaftliche Leitung

IMPLANTOLOGY START UP 2010//
Prof. Dr. Dr. Frank Palm/Konstanz
11. EXPERTENSYMPOSIUM//
Prof. Dr. Jürgen Becker/Düsseldorf

HELPERINNEN//SAMSTAG, 1. MAI 2010

SEMINAR ZUR HYGIENEBEAUFTRAGTEN

Erfolgreiche Umsetzung der Empfehlungen des RKI in der Praxis

09.00 – 16.00 Uhr (inkl. Pausen 10.45 – 11.15 Uhr und 13.00 – 14.00 Uhr)

Referenten: Dr. Regina Becker/Düsseldorf
ZFA Silja Grabitzki/Düsseldorf

Kurs + Praktische Demonstrationen

Ziel des Kurses ist die Vermittlung von aktuellen Entwicklungen auf dem Gebiet der Aufbereitung von Medizinprodukten.

Nähere Informationen zu den Kursinhalten und praktischen Demonstrationen zum Seminar der Hygienebeauftragten finden Sie unter www.event-iec.de bzw. www.event-esi.de



IMPLANTOLOGY START UP
11. EXPERTENSYMPOSIUM

Anmeldeformular per Fax an

03 41/4 84 74-2 90


oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig


Für das IMPLANTOLOGY START UP bzw. 11. EXPERTENSYMPOSIUM am 30. April/1. Mai 2010 in Düsseldorf melde ich folgende Personen verbindlich an:

<input type="checkbox"/> IMPL. START UP	WORKSHOPS 1. Staffel <input type="checkbox"/> 2. Staffel <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Helferinnen FR <input type="checkbox"/> Helferinnen SA
<input type="checkbox"/> EXPERTENSYM.	1. Staffel <input type="checkbox"/> 2. Staffel <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Helferinnen FR <input type="checkbox"/> Helferinnen SA
<small>(Bitte Nummer eintragen bzw. ankreuzen)</small>		
<input type="checkbox"/> IMPL. START UP	WORKSHOPS 1. Staffel <input type="checkbox"/> 2. Staffel <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Helferinnen FR <input type="checkbox"/> Helferinnen SA
<input type="checkbox"/> EXPERTENSYM.	1. Staffel <input type="checkbox"/> 2. Staffel <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Helferinnen FR <input type="checkbox"/> Helferinnen SA
<small>(Bitte Nummer eintragen bzw. ankreuzen)</small>		
Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für das IMPLANTOLOGY START UP bzw. 11. EXPERTENSYMPOSIUM erkenne ich an.		
Praxisstempel/Laborstempel		Datum/Unterschrift
E-Mail		

ANZEIGE



FENDERMATE® Matrize



Wird platziert wie ein Keil

Formung des convexen Kontaktpunktes

Dichte cervikale Marginaladaption vermeidet Überschüsse

Flexible Kerbe separiert die Zähne und sichert den cervikalen Abschluss

The World's Fastest Matrix?

Fender Mate ist konstruiert für Composit-Füllungen

Mehr Informationen unter www.directadental.com

**FENDERWEDGE®
PRACTIPAL® TRAYS
PROPHY PASTE CCS**

**Luxator®
Extraction Instruments**

FenderMate® is a trademark registered by Directa AB. Registered Design and Patent pending.
GERMANY, AUSTRIA & SWITZERLAND
DIRECTA AB Porschestraße 16 D, 92245 Kümmerbruck, Germany
Tel: +49-172-896 18 38, Fax: +49-9621-754 23, gerhard.kiklas@directadental.com, www.directadental.com
HEAD OFFICE
DIRECTA AB P.O. Box 723, SE-194 27 Upplands Väsby, Sweden
Tel: +46 8 506 505 75, Fax: +46 8 590 306 30, info@directadental.com, www.directadental.com

DT Study Club auf der IDEM Singapore

Die Vorträge der DT Study Club-Symposien werden live übertragen.



Die online-Community Dental Tribune Study Club (DTSC) nutzt neueste technische Möglichkeiten und setzt einen hohen Standard in der online-Weiterbildung. Die DTSC Weiterbildungssymposien auf der IDEM in Singapore bieten ein anspruchsvolles Programm zu den verschiedensten Fachbereichen der Zahnmedizin und ermöglichen einen grenzüberschreitenden Austausch von Erfahrungen unter Kollegen.

Am Freitag, dem 16. April 2010, 10.00 Uhr, sowie an den folgenden Kongresstagen finden die Teilnehmer eine Auswahl von Vorträgen führender Experten, die eine erstklassige Möglichkeit bieten, verschiedene Behandlungsmethoden genauer kennenzulernen und dabei Weiterbildungspunkte durch die American Dental Association (ADA) zu erhalten. Das Fortbildungsprogramm ist sowohl vielfältig als auch anspruchsvoll und vermittelt mit jedem Vortrag praxisrelevantes Wissen. Der Study Club befindet sich zentral in der Aus-

stellungshalle der IDEM. Die Teilnahme ist für die Besucher kostenfrei.

Sie können nicht vor Ort sein? Kein Problem, eine Liveübertragung findet im Internet unter www.DTStudyClub.com statt. Schalten Sie sich bequem von zu Hause aus oder von der Praxis ein.

Sie können sogar Fragen an den Referenten stellen, der diese dann in Echtzeit beantwortet. Die ersten 100 Registrierungen sind kostenfrei, danach wird eine Gebühr von USD \$49 pro Person berechnet. Sie erhalten bis zu 16 ADA Weiterbildungspunkte. [DT](#)

Offizieller Start des russischen Dental Tribune Study Club

Weiterbildungssymposien auf der Dental Salon Moskau.

Der russische Dental Tribune Study Club wird bei der kommenden Dental Salon in Moskau mit einem anspruchsvollen Vortragsprogramm – kostenfrei für alle Besucher der Dental Salon – über vier Tage starten. Kursbeginn ist Montag, der 26. April 2010, 11 Uhr. Die Vorträge umfassen u.a. die Themen „Ästhetische Restauration

mit CEREC AC“, „Eine Einführung zu Dioden-Lasern“, „Praxismanagement“, „Moderne Lasertechnik“, „Endodontie“ sowie „Implantologie mit 3-D-Technologie“. Sämtliche Seminare werden live von den Referenten aus allen Teilen der Welt ca. 4,5 h über Internet gehalten. Für weitere Informationen besuchen Sie uns auf www.DTStudyClub.com

Infos im Hand(y)umdrehen

Scrollen statt blättern etabliert sich als einer der Zukunftstrends.

2010 wird ein spannendes, manche sagen sogar ein wegweisendes Jahr für alle Internetnutzer. Mobile Geräte, die das Internet als festen Produktbestandteil sehen, erobern in breiter Masse den Markt. iPhones, e-

Books oder internetfähige Smartphones beenden ihr Nischendasein und werden 2010 zum gängigen Standard. Dadurch werden diese Geräte in Zukunft viel stärker beeinflussen, wie Webseiten gestaltet und konzipiert werden.



ANZEIGE

Hu-Friedy is one of the largest and most respected dental instrument manufacturers in the world.

We are currently seeking a

PREVENTIVE & POWER SCALING PRODUCT MANAGER

(3 years in marketing or related business discipline/ medical or dental.) Experience within a dealer distribution channel. MBA preferred. To be based at Hu-Friedy's European Head Office in Rotterdam.

For more information and application, please apply online www.hu-friedy.com



Aufgrund dieses Einflusses wird eine alte Grundregel für Webseiten völlig auf den Kopf gestellt. Früher lautete diese Regel, dass eine Internetseite möglichst kurz sein soll, denn die Nutzer scrollen nicht gerne. Informationen, die weiter unten auf der Seite nur durch Scrollen zu erreichen sind, galten als verloren. Diese Regel hat ausgedient. Internetseiten werden 2010 wieder länger, Scrollen ist in. Das Scrollrad ist bei jeder Maus inzwischen Standard und die innovative Gestensteuerung bei den Mobile Devices macht Scrollen und Zoomen zum Kinderspiel.

Diese Webtrends hat ZWP online, das Nachrichtenportal der OEMUS MEDIA AG, erkannt und bietet mit der neuen Mobilseite unter m.zwp-mobil.info jetzt auch Zugriff auf umfangreiches Video- und Bildmaterial. Auf der neuen Mobilseite sind neben dem gewohnten Inhalt eine Vielzahl an Interviews, Behandlungsvideos und Werbetrailer im Videocenter sowie Bildergalerien von aktuellen Veranstaltungen und unterschiedlichen Fachbeiträgen zu finden.

Als erstes Nachrichten- und Fachportal der Dentalbranche in Deutschland bietet www.zwp-online.info jetzt auch die Möglichkeit, über die Mobilseite nach einem Zahnarzt in Ihrer Nähe zu suchen. Neben einer übersichtlichen Suchfunktion finden Sie eine detaillierte Datenbank aller registrierten Zahnärzte mit Namen, Kontaktdaten, Öffnungszeiten, Kurzbeschreibung der Praxis und einer direkten Weiterleitung zu Google Maps. [DT](#)

Viele weitere Informationen ab sofort auf www.zwp-online.info **ZWP online**

LITETOUCH

Der Kraftzweig unter den Erbium-Lasern durch revolutionäre
Laser-im-Handstück-Technologie



- *Anwendungsstark*
- *Leicht transportabel*
- *Profitabel*



Training, Fortbildung und umfangreiche Serviceleistungen durch unser Zentrum für sanfte
Laserzahnheilkunde (www.ZentrumfuersanfteLaserzahnheilkunde.de)
Außerdem: Gebrauch- und Demosysteme aller Wellenlängen zu attraktiven Preisen
(www.nmt-muc.de)



ANTWORTFAX 0 89/6 10 89 38-7

Datum, Praxisstempel

Bitte um Terminvereinbarung:

- zur unverbindlichen Beratung Konzeption Laser/Wirtschaftlichkeit
- für einen kostenfreien Demotermin in der Praxis

Bitte Unterlagen:

- LiteTouch
- Opus Duo Aqualite
- Kompaktdiodenlaser Wiser

4. Mittelmeer-Symposium des BDIZ EDI an der türkischen Riviera

„Avoiding Treatment Errors – Managing Complications“ lautet das Thema der Kurswoche für Implantologie in Belek bei Antalya.



BONN – Der BDIZ EDI setzt sein bewährtes Konzept, Fortbildungskurse im Ausland anzubieten, auch 2010 fort. Dazu gehört der Austausch innerhalb Europas. Im Jahr 2010 steht die Türkei auf dem Programm. Vom 21. bis 28. Mai 2010 (Pfingsten) findet in Belek bei Antalya das 4. Mittelmeer-Symposium mit einer Kurswoche und kombiniert mit einem Familienurlaub statt.

Der BDIZ EDI bietet einen Kongress mit hochkarätigen internationalen Re-

ferenten sowie eine Woche Workshops und interaktive Fortbildung rund um das Thema: Behandlungsfehler vermeiden – Komplikationen beherrschen. Für Zahntechniker und/oder an der Zahn-technik interessierte Zahnärzte gibt es ein eigenes Halbtages-Symposium mit Referenten aus der Türkei und Deutschland.

Die rasche Entwicklung in der Implantologie birgt auch Gefahren. Mit der stetig wachsenden Zahl an Implantatversorgungen wächst rein statistisch

auch die Häufigkeit an Komplikationen und sogar Misserfolgen. Wie lassen sich komplizierte Fälle rechtzeitig erkennen, aufgetretene Komplikationen richtig einschätzen und vermeidbare Misserfolge verhindern? Das A und O sind Planung und Diagnostik, Teamwork und Dokumentation und vor allem die eigene kontinuierliche Fortbildung. Gibt es zuverlässige Lösungsmöglichkeiten bei drohendem Misserfolg? Anhand von klinischen Fällen und wissenschaftlichen Daten wird der BDIZ EDI ein Thema behandeln, bei dem es um individuelle Lernkurven, abgesicherte Verfahren und das Troubleshooting in der Implantologie geht.

Das Programm am Samstag und Sonntag erfolgt in englischer Sprache. Die Workshops und Video-Fortbildungen finden in deutscher Sprache statt. Pro Tag sind bis zu 8 Fortbildungspunkte gemäß BZÄK/DGZMK möglich.

Begleitet wird die Fortbildung an Pfingsten mit einer exklusiven Woche Entspannung mit der Familie im 5(+)-Sterne Hotel Kempinski the Dome, ein luxuriöses Golf- und Wellness-Hotel mit schöner Strandlage an einer der malerischsten

Ecken der türkischen Riviera. In der Hotelarchitektur spiegelt sich der Seldschuk-Stil wider. Gäste haben den privilegierten Zutritt zum Antalya Golf Club. [DI](#)

BDIZ EDI

An der Esche 2

53111 Bonn

Tel.: 02 28-93 59-2 44

Fax: 02 28-93 59-2 46

office-bonn@bdizedi.org, www.bdiz.de



Weitere Informationen stehen unter www.zwp-online.info/kammern_verbaende_bereit.

3. Internationaler CAMLOG Kongress in Stuttgart



Die bewährte Tagung findet vom 10. bis 12. Juni 2010 unter dem Motto „From science to innovation and clinical advances“ statt.

Liederhalle Stuttgart

BASEL – Nach den vielbeachteten CAMLOG Kongressen 2006 in Montreux und 2008 in Basel findet in diesem Jahr der 3. Internationale CAMLOG Kongress in der Stuttgarter Liederhalle statt.

Den Auftakt des mit Top-Referaten ausgerichteten Kongresses bilden Workshops mit theoretischer und praktischer Kenntnisvermittlung zu aktuellen Themen wie schablonengeführte Implantologie, 3-D-Planung, CAD/CAM-Technologie und Verfahren zur Optimierung des Weichgewebsmanagements.

International renommierte Vortragende aus Wissenschaft und Praxis referieren über „State of the Art“ der Implantologie. Unter anderem werden die Themenbereiche Fortschritte in der Implantologie sowie die Indikationen für Standard- und Platform Switching-Verfahren dargestellt.

Gegenstand intensiver Betrachtungen sind auch praxisrelevante Innovationen im Bereich der chirurgischen Aufbereitung des Implantatlagers und das Komplikationsmanagement.

Prothetische Vorgehensweisen und technische Lösungen mit ihren vielfältigen Facetten bilden einen weiteren Fokus der Präsentationen. Das wissenschaftliche Programm wird komplettiert durch die Präsentation der von der CAMLOG Foundation geförderten Forschungsprojekte. Im Kongressteil „Meet the experts“ wird der Möglichkeit der intensiven Diskussion zwischen Auditorium und Referenten gebührend Raum gegeben.

Damit die kollegiale Beziehungspflege der ungezwungenen Art keinesfalls zu kurz kommt, findet am Abend des 11. Juni die inzwischen schon tra-

ditionelle CAMLOG Party in festlichem Ambiente statt.

Für diejenigen, die sich nicht nur für dentale Implantologie, sondern auch für Automobilgeschichte und Kfz-Hightech begeistern können, rundet ein Abstecher in die weltweit einmaligen Mercedes-Benz- und Porsche-Museen die Kongressteilnahme perfekt ab. Interessierte erhalten im Internet (www.camlogcongress.com) weitere Informationen und können sich online anmelden. [DI](#)

CAMLOG Foundation

Margarethenstr. 38

4053 Basel

Schweiz

foundation@camlog.com

www.camlogfoundation.org



Weitere Informationen dazu finden Sie ebenfalls auf www.zwp-online.info

SSO Kongress 2010 in Basel

„Was beeinflusst die Zahnmedizin?“. Experten geben Antworten.

BASEL (JoE) – „Orale Medizin: eine multidisziplinäre Herausforderung“ lautet das Motto des SSO Kongresses vom 27. bis 29. Mai 2010. Themen und Referenten lassen schnell erkennen, dass die Teilnehmer weniger über „Zahn“ und dafür mehr über „Medizin“ erfahren werden. Gut die Hälfte der 26 Vorträge stammt aus anderen Disziplinen, die aber alle mit Mundgesundheit assoziiert sind.

Eröffnet wird der Kongress am Donnerstag mit dem Referat von Prof. Dr. Sandro Palla, Zürich, der die „Zahnmedizin am Scheideweg“ sieht. Gespannt sein dürfen die Zuhörer auf den Hypnotherapeuten Dipl.-Psych. Georg Milzner aus Münster, der in seinem Vortrag auf das Unbewusste im Zusammenhang mit Zahn und Mund eingeht. Es folgen psychosomatische Aspekte und ihr Einfluss auf die Zahnmedizin: Depressionen, neuropathische Gesichtsschmerzen, Anorexie und Bulimie. Am Nachmittag referieren u.a. Dr. B. Zimmerli, Bern; Dr. M. Perrier, Lausanne; Prof. Dr. Ch. Katsaros, Bern; Priv.-Doz. Dr. Michael Bornstein, Bern; Prof. Dr. K. Grätz, Zürich, und Prof. Dr. Jacky Samson, Genf, zu zahnmedizinischen Themen wie orale Modetrends, Fehlbehandlungen, Zahn(fehl)stellungen, den Einfluss zahnärztlicher Materialien auf die Mundgesundheit, Mundschleimhauterkrankungen und Vitamin B12-Mangel.

Am Freitagvormittag stellt Priv.-Doz. Dr. G. E. Salvi, Bern, zu Beginn die Frage: Gesundes Parodont – gesunder Körper? Weitere Referate behandeln: Antibiotika-Prophylaxe, endokrinologische Beschwerden, orale Manifestationen bei HIV-Infektionen und den Zusammenhang zwischen Stress und oraler Gesundheit.

Höhepunkte der Nachmittags-Session sind Vorträge über Non-Compliance im Kindes- und Erwachsenenalter (Dr. Hubertus van Waas, Zürich, und Dr. Dr. Norbert Enkling, Bern). Weitere Referate beinhalten allergologische Probleme in der Zahnmedizin, Erkrankungen, Ernährung und medizinisch-psychosozialen Einschätzung alternder Menschen und Halitosis.

Der Samstagvormittag steht im Zeichen des Schmerzes. Themen wie interdisziplinäre Gesichtsschmerztherapie (Präsentation an einem Fallbeispiel), komplementäre Schmerztherapie und Arbeit am Schmerz in Hypnose stehen auf der Tagesordnung. Anmeldung und Informationen unter: www.sso.ch. [DI](#)



Eingang Halle 1 Messe Basel

ANZEIGE



4 Jahre



4 Jahre



6 Jahre



12 Jahre

AUSGEWÄHLTE FORSCHUNGSPROJEKTE

Schulte, J., Flores, A., and Weed, M. Crown-to-implant ratios of single tooth implant-supported restorations. *Journal of Prosthetic Dentistry*. 2007; 98 (1): 1-5.
Gentile, M., Chuang, S.K., and Dodson, T. Survival Estimates and Risk Factors for Failure with 6 x 5.7mm Implants. *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*. 2005; 20(6): 930-937.

SHORT IMPLANTS



VERANSTALTUNGEN 2010

Hannover	14. April	Rom	22. Mai
Essen	16. April	Essen	11. Juni
Sohren	18. April	Essen	2. Juli



2. Osteology Symposium in Luzern: Regeneration – Ein Update

Referenten auf dem Osteology Symposium zeigten, dass auch in Zukunft spannende Neuerungen bei der regenerativen Therapie zu erwarten sind. Ein Beitrag von Dr. Birgit Wenz.

LUZERN – Knochenersatz kann den Verlust von Knochenvolumen in frischen Extraktionsalveolen und bei autologen Transplantaten verhindern. Weichgewebe um Implantate und Zähne wird in Zukunft vermutlich mit Kollagenen augmentiert werden können. Dies waren zwei der Kernaussagen am 2. nationalen Osteology-Symposium, das vor rund 350 Teilnehmern am 22. und 23. Januar 2010 im Luzerner Verkehrshaus stattfand.

Erhalten oder extrahieren und implantieren?

Niklaus P. Lang (Universität Hongkong), plädierte für den Zahnerhalt auch bei starker parodontaler Schädigung. Zähne können mit erfolgreicher, antiinfektiver Therapie selbst bei sehr ausgeprägter Knochenresorption über viele Jahre erhalten werden. Sogar Furkationen der Klasse II lassen sich durch regenerative Therapien mit guter Voraussagbarkeit in Klasse I-Defekte transformieren. Lang zeigte anhand der Literatur, dass regenerative Therapien signifikante Verbesserungen bei intraossären Defekten ermöglichen.

Knochenverlust nach Extraktion kompensieren

Bei den meisten Menschen sind die bukkalen Knochenwände mit durchschnittlich 0,5 mm eher dünn; lediglich bei 15 % der Menschen ist der bukkale Knochen mehr als 1 mm dick, wie **Maurício Araújo** (Maringá, Brasilien) aus der Gruppe von Jan Lindhe anhand neuer Studiendaten präsentierte. Dünne Knochenlamellen bestehen überwiegend aus Bündelknochen, der als Teil des Parodontiums nach Zahnextraktion verloren geht. Dies hat Formveränderungen (Modelling) und einen Volumenverlust des Kieferkammes zur Folge. Der Knochenverlust kann weder durch Extraktion ohne Lappenbildung noch durch eine Sofortimplantation verhindert werden. Werden frische Alveolen mit einem osteokonduktiven, sehr langsam resorbierenden Knochenersatzmaterial wie Geistlich Bio-Oss® gefüllt, kann zwar nicht die Resorption der bukkalen Wand verhindert werden, durch den neu-

gebildeten Knochen wird aber der Volumenverlust kompensiert und so die Dimensionen des Alveolar-kammes erhalten.

Resorption autologer Blöcke reduzieren

Wie kann man die Resorption autologer Knochenblöcke verhindern? **Luca Cordaro** (Rom) präsentierte neue Daten einer von der Osteology-Stiftung unterstützten Humanstudie zur Behandlung von ausgeprägten horizontalen Defekten.

Stiftung: Erstmals revolutionierten die Kollagenmembranen die GBR, als sie in den 90er-Jahren ihren Siegeszug antraten und die nicht resorbierbaren ePTFE-Membranen ersetzten. Parallel dazu etablierte sich die Defektfüllung mit osteokonduktiven Knochenersatzmaterialien, die das Volumen unter der Membran erhalten und das Einwachsen von Knochen fördern. Auf Implantatseite veränderten die Sofortimplantation und die transmukosale Heilung die Implantattherapie.



Freuten sich über den großen Erfolg des Symposiums: Andreas Geistlich, Verwaltungsrat, und Mario Mucha, COO Geistlich, Dr. Kay Horsch, Executive Director der Osteology Foundation (v.l.n.r.).

Die Kombination von Blocktransplantat, Knochenersatz und Kollagenmembran (Geistlich Bio-Oss®, Geistlich Bio-Gide®) zeigte eine signifikant geringere Resorption als Blocktransplantat allein und stellt für Cordaro heute die bevorzugte Option bei großen vertikalen Augmentationen in Einzelzahnücken, bei horizontalen Augmentationen und bei großen dreidimensionalen Rekonstruktionen im Seitenzahnbereich dar.

Revolutionen in der GBR

Hat sich eigentlich in den letzten Jahren irgendetwas Neues in der GBR getan? Ja, und zwar eine ganze Menge, meinte **Christoph Hämmerle** (Zürich), Präsident der Osteology-

Eine Zeit lang schienen dann quervernetzte Kollagenmembranen zu einem weiteren Meilenstein in der Regeneration werden zu können. Aber die Verlängerung der Degradationszeit durch die künstliche Quervernetzung ging mit reduzierter Gewebeatmung, erhöhter Fremdkörperreaktion und häufigen Wunddehiszenzen ohne Spontanheilung einher. Und bei den neuen synthetischen Membranmaterialien fehlt gemäß Hämmerle bisher die breite klinische Dokumentation, sodass native Kollagenmembranen auch weiterhin als Membran der Wahl gelten. Die nächste große Revolution in der Regeneration erwartet Christoph Hämmerle von den Wachstumsfaktoren: Diese sind zwar derzeit zu teuer

Osteology Foundation



oder noch nicht genügend dokumentiert, könnten aber in Zukunft in der Lage sein, klinische Ergebnisse signifikant zu verbessern, Indikationen zu erweitern, die Belastung für die Patienten zu reduzieren und letztlich die Therapiekosten zu senken.

Rekonstruktionen von Kiefer und Gesicht

Dennis Rohner (Aarau) zeigte anhand beeindruckender klinischer Fälle, was in der Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie mithilfe autologer Knochentransplantate möglich ist. Während er kleinere Defekte mit freien Transplantaten aus Ramus oder Kinn füllt und mit Knochenersatz und einer Kollagenmembran in Doppellage konturiert, verwendet er für ausgedehntere Defekte häufig Beckenkammtransplantate in Kombination mit langsam resorbierendem Knochenersatz. Aber auch kraniale Transplantate setzt Rohner aufgrund der geringeren Morbidität an der Spenderregion ein. Da diese aus Kortikalis bestehen, weisen sie weniger Resorption auf, sind jedoch nur schwer formbar und benötigen längere Einheilungszeiten. Für sehr komplexe Rekonstruktionen ganzer Kiefer- und Gesichtsbereiche nach großen Tumorresektionen verwendet Rohner meist vaskularisierte Transplantate von der Fibula, die er bei ausreichender Zeit präformiert, um eine optimale Anpassung an die Empfängerregion zu erzielen. Gaumendefekte rekonstruiert er mithilfe von Temporalismuskel-Transplantaten. Die Prothesen werden mit Zygomaimplantaten verankert.

Keratinisiertes Weichgewebe augmentieren

Das Thema Weichgewebe leitete **Klaus Lang** (Hongkong) mit einer Übersicht über die Grundlagen und die Dynamik von Weichgewebeaufbau und -heilung ein. Bei der Aug-

mentation von Weichgewebe müsse berücksichtigt werden, dass die genetische Information zur Keratinisierung im Bindegewebe liegt, betonte er. Am Implantat ist eine ausreichende Breite der keratinisierten (mastikatorischen) Schleimhaut für ein optimales ästhetisches Ergebnis nötig, erklärte **Rino Burkhart** (Zürich). Im Frontzahnbereich sollte daher immer auf den Erhalt des keratinisierten Weichgewebes geachtet werden und gegebenenfalls mit freien Schleimhauttransplantaten augmentiert werden. Können Kollagenmaterialien in Zukunft die Weichgewebettransplantate ersetzen? **Søren Jepsen** (Bonn) präsentierte erste Ergebnisse einer multizentrischen Studie zur Rezessionsdeckung: Eine neue dreidimensionale Kollagenmatrix (Mucograft®) konnte in Verbindung mit dem koronalen Verschiebelappen bessere Ergebnisse bei der Rezessionsdeckung und beim Gewinn von keratinisiertem Gewebe erzielen als der koronale Verschiebelappen allein. Auch **Ronald Jung** (Zürich) konnte in Studien mit dieser Kollagenmatrix um Implantate eine sehr gute makroskopische und mikroskopische Gewebeatmung sowie eine Verbreiterung der keratinisierten Gingiva feststellen. [1]

Der vollständige Originalbeitrag ist in der Dental Tribune Schweiz Nr. 3/2010 erschienen.

Erfolgreiche Stiftung in der Regeneration

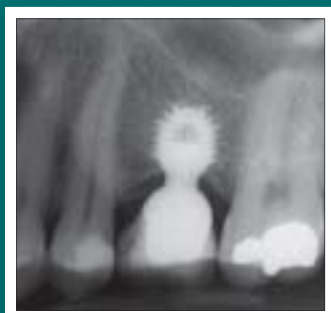
Die Osteology Stiftung unterstützt die Forschung und Lehre in der Regeneration im oralen Bereich. Seit ihrer Gründung 2003 durch Dr. Peter Geistlich und die Geistlich Pharma AG fanden bereits 16 internationale und nationale Osteology-Symposien mit insgesamt über 12.000 Teilnehmern statt, 20 wissenschaftliche Forschungsprojekte wurden bisher unterstützt. Die jährlich stattfindenden „Expert Meetings“ fördern den Austausch von Know-how und Ideen auch mit Experten aus völlig anderen Forschungsbereichen.

www.osteology.org

ANZEIGE



7 Jahre



7 Jahre

DAS BICON DESIGN zeichnet sich durch seine Einfachheit aus. Der Grundstein der Einfachheit sind Kurzimplantate. Als das Bicon System 1985 vorgestellt wurde, galten die 8mm Implantate als „sehr kurz“ – wobei die Längen der anderen Implantate mindestens 12–14 mm, manchmal sogar 18–20 mm betragen! Seit dem entstanden aus der natürlichen Entwicklung der Bicon „Design Philosophie“ 5,0 mm, 5,7 mm und 6,0 mm kurze Implantate mit nachgewiesenem klinischen Erfolg!



BICON'S 1.5° LOCKING TAPER VERBINDUNG

- ▶ Zeitbewährte und stabile Konnektion
- ▶ Geprüfte Bakterienversiegelung

ABGESCHRÄGTE IMPLANTATSCHULTER

- ▶ Platz für Knochen oberhalb des Implantates
- ▶ Optimale Kraftverteilung der okklusalen Kräfte
- ▶ Erhält den kristallinen Knochen (Knochenkammerhaltung)

BICON'S PLATEAU DESIGN

- ▶ 30% mehr Knochenoberfläche
- ▶ Kein Verblocken notwendig
- ▶ Ausformung eines kallusartigen Knochens
- ▶ Kortikalähnlicher Haverscher Knochen zwischen den Fins (Rippen) des Implantates



Frankf. a. M. 22. September
Essen 24. September
Karlsruhe 8.–9. Oktober

Essen 6. Oktober
Münster 5. Oktober
Sohren 10. Oktober

Rom 16. Oktober
Rom 11. Dezember



Bicon Europe Ltd. ■ Michael-Felke-Straße 9a ■ 55487 Sohren
Telefon: 06543/81 82 00 ■ Fax: 06543/81 82 01
www.bicon.com

Seit 1985 » Einfach. Berechenbar. Wirtschaftlich.

Neue Kompositgeneration

Erstes fließfähiges Komposit mit integriertem Adhäsiv verfügbar.

Nach vierjähriger intensiver Forschungsarbeit im selbstadhäsiven Restaurationsbereich ist Vertise Flow seit Anfang des Jahres erhältlich. Bei dem auf der renommierten OptiBond Adhäsivtechnologie von Kerr basierenden fließfähigen Komposit Vertise Flow ist das Adhäsiv bereits in das Füllungsmaterial integriert.

Angesichts des Zeitdrucks und der großen Vielfalt der Adhäsivprodukte in modernen Zahnarztpraxen stellt dies eine bedeutende Vereinfachung direkter Restaurationen dar. Für Vertise Flow liegen aus klinischen Studien und aus In-vitro-Tests für unterschiedliche Indikationen 6-Monats-Daten vor; diese Daten finden Sie auf unserer Webseite www.vertiseflow.com/eu/clinical_data.

Besonders charakteristisch für Vertise Flow sind die vielseitigen Anwendungen, bei denen dem Zahn-

arzt neue, vereinfachte Möglichkeiten geboten werden. Vertise Flow ist indiziert für kleine Klasse I-Restaurationen und als Unterfüllungs- bzw. Auskleidungsmaterial für Klasse I- und Klasse II-Restaurationen.

Weitere Anwendungsgebiete sind Fissurenversiegelung, Ausblockung von Unterschnitten, kleine Okklusalaufbauten in Bereichen ohne Kaubelastung sowie inzisale Abrasionen und die Reparatur von Schmelzdefekten und Keramik-Restaurationen ohne Anwendung von Flusssäure oder Silan Primer.



Kerr GmbH
Murgstraße 1b
76437 Rastatt
Tel.: 0 72 22/96 89-70
Fax: 0 72 22/96 89-7 22
www.kerr.de



Innovatives Extraktionsprinzip für die Praxis

Luxatoren sind die ideale Synthese aus traditionellem Hebel und Periotom.

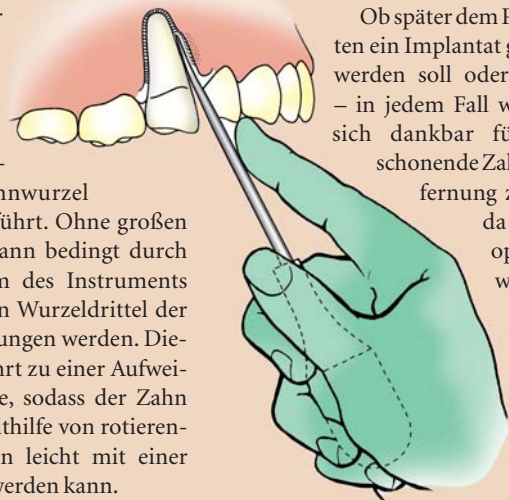
Generell werden für die Extraktion von Zähnen der Bein'sche Hebel sowie eine dem Zahn entsprechende Extraktionszange benutzt. Durch die starke Kraftanwendung kommt es jedoch häufig zur Zahnfraktur mit entsprechenden Folgeproblemen.

Das Benutzen von Luxatoren des schwedischen Herstellers Directa kann eine atraumatische Zahnextraktion verhindern.

Die traditionellen Extraktionshebel nach Bein, Heidenbrink oder Cryer dienen vor allem als Werkzeuge zur horizontalen und nur bedingt zur vertikalen Aushebung. Dies birgt eine hohe Bruchgefahr und kann zu weiteren Komplikationen, wie beispielsweise Aufklappung, Herausfräsung des Wurzelrestes und entsprechenden Nachschmerzen, für den Patienten führen.

Mit der Konstruktion von Luxatoren fand nun ein neues Extraktionsprinzip Zugang in die zahnärztliche Praxis. Ihre Wirkungsweise basiert auf der Möglichkeit der Knochendehnung.

Der Luxator wird parallel zur Längsachse des zu entfernenden Zahnes zwischen Knochen und Zahnwurzel rotierend eingeführt. Ohne großen Kraftaufwand kann bedingt durch die Klingensform des Instruments bis zum apikalen Wurzeldrittel der Alveole vorgedrungen werden. Dieses Vorgehen führt zu einer Aufweitung der Alveole, sodass der Zahn anschließend mithilfe von rotierenden Bewegungen leicht mit einer Zange entfernt werden kann.



Ob später dem Patienten ein Implantat gesetzt werden soll oder nicht – in jedem Fall wird er sich dankbar für die schonende Zahnentfernung zeigen, da postoperativ weniger oder keine

Schmerzen sowie eine geringere Schwellung zu erwarten sind. Mehr Informationen zu Luxatoren von Directa finden Sie auf www.hentschel-dental.de.

Vorteile Zahnextraktion durch Luxator

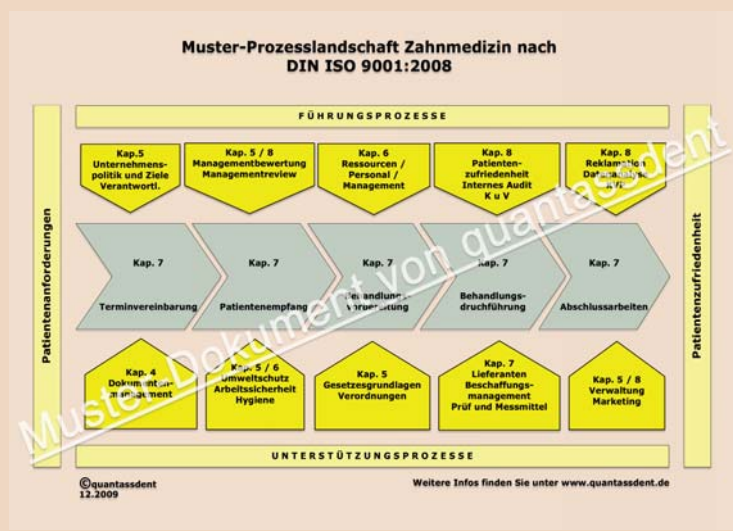
- Knochenschonende und atraumatische Extraktion
- Durchtrennung des zirkulären Ligaments ohne Kraftaufwand
- Einfache vertikale Aushebung des Zahnes durch vorsichtige Rotation mit anschließender Entfernung

Directa AB
P.O. Box 723
194 27 Upplands Väsby, Schweden
Tel.: +46 8 506 505 75
Fax: +46 8 590 306 30
www.directadental.com

quantass unterstützt Sie bei der Implementierung des Qualitätsmanagementsystems in Ihrer Praxis oder auch in speziellen Schulungen und führt Sie in nur 6 Monaten zur Zertifizierung nach DIN ISO 9001:2008.

Unser Qualitätsmanagementsystem steht für Sie im Web mit geschütztem und gesichertem Zugang zu Ihrer individuellen Verfügung. Es wird auf Ihre Praxis abgestimmt und ist stets aktuell: Anstelle von aufwendigen Handbüchern und überflüssigen Dokumentationen wird nur das, was wirklich wichtig ist, geliefert.

Die Gesamtübersicht des von quantass entwickelten Web-basierenden Qualitätsmanagementsystems ist auch in der Prozesslandschaft dargestellt. Unterteilt ist diese in:



1. Kernprozesse

2. Führungsprozesse, und
3. Unterstützungsprozesse.

Aus dieser Web-basierenden quantass-Prozesslandschaft heraus können alle QMS-Einzelinformationen vom jeweiligen Benutzer mit den entsprechenden Zugangsdaten abgerufen werden – dies macht es einfach für den geforderten Nachweis beim Gesetzgeber, den Verbänden und Zertifizierern. Schon die Darstellung und Funktion reichen aus, die Grundlagen der QMS-Dokumentation für den Zahnarzt zu erfüllen.

Wenn Sie mehr über unser Web-basierendes Qualitätsmanagementsystem wissen wollen, dann setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung. Sie erhalten dann die Möglichkeit, über einen Testzugang auf Auszüge unseres Qualitätsmanagementsystems zuzugreifen und sich unverbindlich selbst ein Bild über unsere Dienstleistung zu machen.

quantass e.K.
Oberer Markt 9
90518 Altdorf
Tel.: 0 91 87/9 22 99-0
Fax: 0 91 87/9 22 99-19
www.quantassdent.de

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

ANZEIGE



Flexibilität in Form und Service



QUALITÄT

Die komplette Fertigung in Deutschland ist einer der wesentlichen Qualitätsmerkmale unserer Möbellinien. Hinzu kommen Langlebigkeit sowie zeitloses und unverwechselbares Design.



FLEXIBILITÄT

Ihre räumlichen Gegebenheiten sind für uns eine Herausforderung. Wir planen mit Ihnen gemeinsam, transportieren und montieren pünktlich zum gewünschten Termin.



SERVICE

Schaffen Sie in Ihrer Praxis ein individuelles Ambiente – unsere Mitarbeiter beraten Sie vor Ort. Wählen Sie aus 180 RAL Farben – nur bei uns und ganz ohne Aufpreis.

Dichtung mit wertvollem Nebeneffekt

Lösung mit aktiviertem Kupfer zum Ausfüllen und Dichten von Kavitätenspalten.

Die Kavitätenspalt-Dichtungsmixtur von Humanchemie nutzt bei Metallfüllungen und Kronen die dauerhaft bakterizide und karieshemmende Wirkung kleinster Kupferkonzentrationen, wie sie von Kupferamalgam bekannt sind, bei Vermeidung von dessen Nachteilen.

Die desinfizierende Wirkung kleinster Cu-Konzentrationen wurde bereits bei Kupferamalgam erkannt. Die von ihm ausgehenden Korrosionsprodukte, wie z.B. basisches Kupferacetat, zeigen einen hervorragenden Karieschutz nicht nur für den versorgten Zahn, sondern ebenso für die Nachbarzähne. Auch Zinkphosphat-Zemente mit CuO-Dotierung schützen die versorgten Kavitäten- und Kronenstümpfe vor Sekundärkaries. Ein positiver Nebeneffekt der Kupferionen ist zudem, dass sie die Bildung von Sekundärdentin stimulieren.

Die bereits fertige Schüttelmixtur mit aktiviertem, metallischem



Kupfer wird vor dem Legen der Füllung einfach auf die Kavität touchiert. Nach Verdunsten der Suspensionsflüssigkeit bildet sich an den Kavitätenwänden und am Kavitätenboden ein Film aus aktiviertem Kupfer, welches mit dem Speichel im Laufe weniger Wochen zu basischen Kupferverbindungen reagiert. Diese füllen voluminös, bakterizid und schwerlöslich alle – auch sich später durch Fließmecha-

nismen bildenden – Kavitätenspalten aus und dichten diese dauerhaft ab. Als wertvoller Nebeneffekt führen sie gleichzeitig zu einer stärkeren Verankerung der Metallfüllung in der Kavität. Zusätzlich wirkt bei frisch aufbereiteten Amalgamfüllungen die vorherige Behandlung mit Kavitätenspalt-Dichtungsmixtur als Barriere und reduziert so die Quecksilberabgabe in Richtung Dentin deutlich.

Zur Sekundärkariesprävention unter Nichtmetallfüllungen empfiehlt Humanchemie das Produkt Dentin-Versiegelungslíquid.

HUMANCHEMIE GmbH
 Hinter dem Krüge 5, 31061 Alfeld
 Tel.: 0 51 81/2 46 33
 Fax: 0 51 81/8 12 26
 info@humanchemie.de
 www.humanchemie.de

Wirkungsvoll gegen Parodontitis

Mukoadhäsives Gel bekämpft wirksam Bakterien.

Parodontitis gehört zu den am weitesten verbreiteten Erkrankungen in der Mundhöhle – jeder 3. Bundesbürger über 40 Jahren ist betroffen. Patienten in dieser Altersgruppe verlieren mehr Zähne durch Parodontitis als durch Karies. Wichtig ist es deshalb, den akuten Bakterienbefall und Entzündungen wirksam, gezielt und schnell zu behandeln. ChloSite gilt hier als das erste Mittel der Wahl.

Das Paro-Schutzmaterial besteht aus einem patentierten, mukoadhäsiven Xanthan-Gel mit subgingivaler Haftung, das 1,5%iges, bakterizides Chlorhexidin enthält. Die spezielle Beschaffenheit des Gels erlaubt eine Verweildauer von wissenschaftlich belegten 2–3 Wochen im behandelten Defekt. Über diesen Zeitraum wird parallel zum Abbau des

Gels kontinuierlich CHX freigesetzt, um Bakterien während der gesamten Phase wirksam zu bekämpfen. Das



Xanthan-Gel selbst wird allmählich abgebaut und muss nicht aus der Tasche entfernt werden. Nach nur einer Behandlungsphase ist bereits eine deutliche Verringerung der Taschentiefe und eine Erholung der Gingiva sichtbar. In einigen Fällen tritt bereits eine voll-

ständige Heilung ein. Dank einer seitlich geöffneten, abgerundeten Nadel lässt sich ChloSite ohne Traumatisierung des Weichgewebes angenehm, schnell und präzise in der benötigten Menge applizieren.

Die exakte Dosierbarkeit führt zu einer sparsamen Anwendung des Produktes. Eine Spritze mit 0,25 ml reicht für die Behandlung von etwa 5 Taschen, die Applikationsnadeln lassen sich einfach tauschen.

ChloSite enthält keine Antibiotika, ist also ohne Gefahr einer bakteriellen Resistenz anzuwenden.

zantomed GmbH
 Ackerstraße 5, 47269 Duisburg
 Tel.: 02 03/8 05 10 45
 Fax: 02 03/8 05 10 44
 info@zantomed.de
 www.zantomed.de



Klassiker im neuen Design

Zahnlinie Bonartic® II NFC in neuen Größen und Farben erhältlich.

Bonartic® II NFC entspricht den bereits seit Jahren bestehenden Candulor Bonartic®-Zahnlinien. Lediglich minimale morphologische und ästhetische Veränderungen an Zahnhälsen und Höckern wurden vorgenommen, um diese bewährte und allseits beliebte Zahnlinie zu optimieren. Nach wie vor werden die Bonartic® II NFC Seitenzähne klassisch in einer Zahn-zu-zwei-Zahn-Beziehung (Mittelwert) aufgestellt. Somit besticht Bonartic® II NFC durch die Bandbreite seiner Einsatzmöglichkeiten.

Ein neues Herstellungsverfahren ermöglicht es, dass die Zähne harmonische Übergänge in den einzelnen Blenden aufweisen. Das auf dem Markt einzigartige Material Nano-FilledComposite® wurde in den vergangenen Jahren in verschiedenen In-vivo-Studien klinisch getestet und zeigt rundum beste Ergebnisse.



Bonartic® II NFC ist in drei verschiedenen Zahngrößen erhältlich. Das Farbangebot umfasst alle 16 A–D sowie zwei Bleach-Farben und bietet somit ein Optimum für eine patientengerechte Farbauswahl. Fordern Sie nähere Details an oder besuchen Sie uns unter www.candulor.com.

Candulor AG
 Pünten 4, Postfach 89
 8602 Wangen/ZH, Schweiz
 Tel.: +41-44/805 90 00
 Fax: +41-44/805 90 90
 candulor@candulor.ch
 www.candulor.com

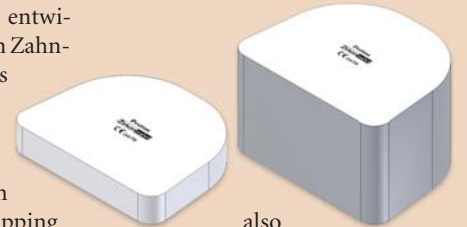
Keine Grenzen gesetzt

Hoch transparentes Prettau Zirkon in weiteren Höhen verfügbar.

Mit dem von Zirkozahn entwickelten Prettau Zirkon stellen Zahn-techniker weltweit bereits beeindruckende Vollzirkonbrücken, sogenannte „Prettau Brücken“ her. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass kein Keramik-Chipping auftreten kann.

Durch eine Weiterentwicklung des hauseigenen Pressverfahrens ist es nun gelungen, Zirkonblöcke mit 30, 40 und sogar 50 mm Höhe herzustellen. Damit können nun auch überdimensionierte Restaurationen problemlos realisiert werden. In Bezug auf Festigkeit, Verarbeitungsqualität und Bioverträglichkeit stehen diese Blöcke den normalen Blockgrößen selbstverständlich in nichts nach.

Der zahntechnischen Leidenschaft sind in Hinblick auf die Höhe



Grenzen mehr gesetzt. Weitere Informationen hierzu finden Sie unter www.zirkozahn.com.

Zirkozahn GmbH
 An der Ahr 7
 39030 Gais, Italien
 Tel.: +39-04 74/06 66 60
 Fax: +39-04 74/06 66 61
 Verkaufsabteilung Deutschland:
 Tel.: 0 79 61/93 39 90
 info@zirkozahn.com
 www.zirkozahn.com

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

ANZEIGE

Schleif- & Poliersystem für Oxidkeramiken



EVE
 Rotary Grinding and Polishing Instruments

EVE DIASANT PLUS

Diamantschleifer in synthetischer Bindung zum Abtragen von Metall, Keramik und insbesondere Oxidkeramiken. Seine hochtemperaturstabile Bindung mit ausgewählter Diamantkörnung und zusätzlich verstärkter Kantenstabilität ermöglicht dem neuen Diasant Plus ein sehr breites Einsatzgebiet. Er garantiert neben seiner extrem hohen Abtragsleistung und hohen Standzeit eine minimierte Wärmeentwicklung. Dadurch ist der Diasant Plus in seiner Anwendung sehr materialschonend und vermindert die Gefahr der Mikrorissbildung.

EVE DIACERA

Vervollständigt wird das Schleif- und Poliersystem durch das zweistufige Diacera Hochglanzpoliersystem. Die Polierer sind speziell für die Anwendung auf Oxidkeramiken konzipiert worden. Die Instrumente haben eine sehr lange Standzeit. In Verbindung mit der hohen Abtragsleistung erlauben sie eine wirtschaftliche und schnelle Bearbeitung und verleihen Hochglanz in Sekundenschnelle.

Kostenloses Muster anfordern! Diasant Plus

EVE · Ernst Vetter GmbH
 Rastatter Strasse 30
 D-75179 Pforzheim, Germany
 Tel. +49 72 31 97 77 - 0
 Fax +49 72 31 97 77 - 99
 info@eve-rotary.com
 www.eve-rotary.com

beyond™

Innovation und Exzellenz in
der ästhetischen Zahnmedizin



BEYOND™ Power Whitening Accelerator

Unser originelles Bleachingsystem
– über 80.000 im Einsatz weltweit.

THE DENTAL
ADVISOR
++++½

Drei-jährige Gewährleistung

Testen Sie uns...Gratis
Präsentationen in Ihrer Praxis



beyond® POLUS®

Unsere nächste Generation des
Bleachingsystems – die Zukunft
von Power Whitening ist
angekommen.



BEYOND™ Max5 & Max10
Behandlungskit



BEYOND™ Complete® Professional
Whitening Kit für Tetracyclin und
schwierige Verfärbungen



BEYOND™ Economy-Kit

beyond™ Dental & Health
www.beyonddent.com/de

BEYOND™ USA HEADQUARTERS
12503 Exchange Dr. Suite 558
Stafford, TX 77477 USA
Tel: +1-281-277-4352
Fax: +1-281-277-4350
E-mail: beyondusa@beyonddent.com

BEYOND™ EUROPEAN HEADQUARTERS
Melkerstr. 4
14167 Berlin, Germany
Tel: +49-301-389-88-12
Fax: +49-301-389-88-11
E-mail: europe@beyonddent.com

BEYOND™ ASIA PACIFIC HEADQUARTERS
No. 69 Bei Chen West Rd. D-2008/2011
Beijing, China 100029
Tel: +86-10-5877-2600
Fax: +86-10-5877-2700
E-mail: info@beyonddent.com

www.bleaching-pro.de

BEYOND™ DEUTSCHLAND
Schöppinger Str. 12
12207 Berlin
Telefon: 030 34668150
Fax: 030 34668151
Mobil: 0179 7569024
m.ochman@bleaching-pro.de

Questions? Call +1-866-695-6452 M-F 9:00 a.m. – 5:30 p.m. CST

IMPLANT TRIBUNE

The World's Implant Newspaper · German Edition

No. 4/2010 · 7. Jahrgang · Leipzig, 7. April 2010



Therapie mittels Navigationschirurgie
DZOI-Beratungszahnarzt Dr. Dr. Ralf Luckey M.Sc. demonstriert die Möglichkeit einer feststehenden Seitenzahnversorgung im Oberkiefer bei parodontaler Erkrankung des Patienten. ▶ Seite 20f



Ein perfektes Chirurgie-Team
Ob Sägen, Fräsen, Schrauben, Meißeln: Alle präimplantologischen Chirurgiemaßnahmen lassen sich mit den Geräten Piezotome 2 und ImplantCenter 2 präzise und komfortabel abdecken. ▶ Seite 22



Studie zur Dichtigkeitsprüfung
Die Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde der Uni Jena überprüfte an insgesamt zwölf Trias®-Implantaten die Dichtigkeit der Implantat/Abutment-Verbindung. ▶ Seite 23

Implantation im Frontzahnbereich

Dr. Vivianne Chappuis und Prof. Dr. Daniel Buser, Universität Bern, stellen vier Behandlungsmöglichkeiten zur Therapie nach Einzelzahnextraktion vor.

Die Implantation nach der Extraktion von Einzelzähnen im ästhetischen Bereich ist heute eine häufige Indikation zur Implantattherapie. Primäres Ziel der Implantatbehandlung ist ein erfolgreiches Behandlungsergebnis aus funktioneller und ästhetischer Sicht, welches mit größtmöglicher Voraussagbarkeit und geringem Risiko für Komplikationen erzielt werden soll.

Dem Kliniker stehen grundsätzlich vier Behandlungsoptionen zur Verfügung, die vom ITI (=International Team for Implantology) erstmals 2003 anlässlich einer ITI-Konsensuskonferenz definiert worden sind.¹ Diese reichen von der Sofort-, über die Früh- bis zur Spätimplantation, welche sich primär durch den Zeitpunkt der Implantation unterscheiden. Im letzten Jahr wurden diese vier Optionen im ITI Treatment Guide, Volume 3, im Detail vorgestellt (Abb. 1).² Es ist wichtig zu verstehen, dass diese vier Behandlungsmöglichkeiten je nach klinischer Situation und Erfahrung des Behandlers verwendet werden können. Jede dieser Behandlungsmöglichkeit weist gewisse Risiken auf, welche bei der Implantatplanung zu beachten sind. Die vier Behandlungsoptionen sollen in diesem Artikel einzeln vorgestellt und ihre Vor- und Nachteile diskutiert werden.

Ästhetische Erfolgskriterien

Im ästhetischen Bereich genügen die klassischen Erfolgskriterien¹⁴ nicht mehr, um am Ende das Implantat als erfolgreich integriert zu bezeichnen. Aufgrund der deutlich ge-

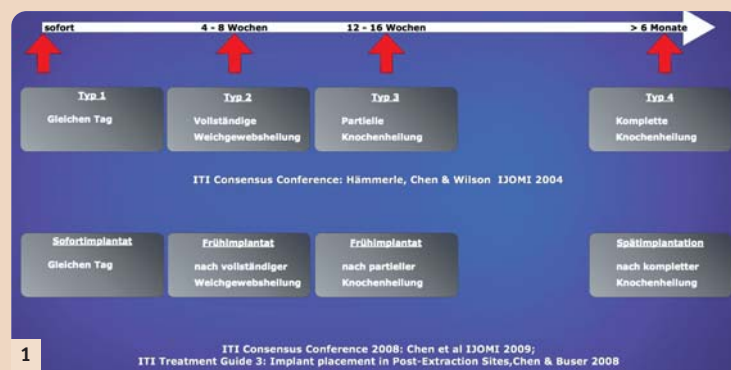


Abb. 1: Dem Kliniker stehen grundsätzlich vier Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, die vom ITI erstmals 2003 anlässlich einer ITI-Konsensuskonferenz definiert worden sind: Sofortimplantation, Frühimplantation nach Weichgewebshheilung, Frühimplantation nach partieller Knochenheilung und Spätimplantation.

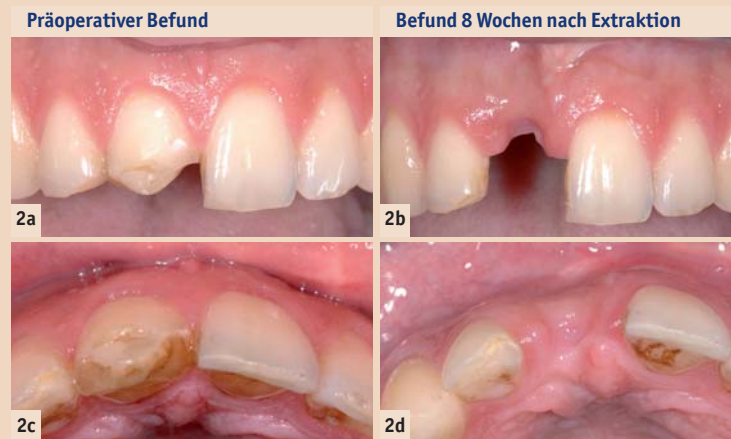


Abb. 2: Die Kammveränderungen nach Extraktion betreffen in der Einzelzahnlucke vor allem die dünne faciale Alveolenwand. Nach einer Abheilphase von 4-8 Wochen ist eine Abflachung des Kammes erkennbar, bedingt durch die Resorption des Bündelknochens. Im approximalen und palatinalen Bereich der Alveole sind die Kammveränderungen minimal.

stiegenen Anforderungen sind heute auch ästhetische Parameter bei der Implantatbeurteilung zu berücksichtigen. Diese Parameter werden heute durch ästhetische Indizes definiert und sollten routinemäßig bei klinischen Studien zur Anwendung kommen. Initiiert durch Führhauser

et al.¹⁵ haben Belser et al.¹⁶ die ästhetischen Erfolgskriterien vor Kurzem mit dem Pink Esthetic Score (PES) und White Esthetic Score (WES) verfeinert und optimiert. Der WES beurteilt primär die restaurativen Aspekte

Fortsetzung auf Seite 18 →

Fundierte Fortbildung beugt Behandlungsmisserfolgen vor

Statement von Christian Berger, Präsident des Bundesverbandes der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI)



Die dentale Implantologie boomt. Immer neue Materialien und Methoden verheißen eine einfachere Umsetzung und noch bessere Ergebnisse und führen zu einem Hype bei Behandlern und Patienten. Je mehr Implantate bei je mehr Patienten in Deutschland gesetzt werden – derzeit ist die Rede von 1 Million pro Jahr –, desto häufiger kommen natürlich auch Komplikationen vor – gerade bei ungünstiger Ausgangssituation.

Das Vermeiden von Behandlungsfehlern, das Management der Komplikationen, wenn sie einmal eingetreten sind, erfordern Verständnis für die biologischen Zusammenhänge und langjährige Erfahrung. 2010 geht es für den BDIZ EDI darum, dieses Wissen weiterzugeben.

Den Anfang hat die Europäische Konsensuskonferenz (EuCC) Mitte Februar in Köln bereits gemacht. Erfahrene Praktiker und Hochschulvertreter aus Deutschland und Europa haben sich darauf verständigt, was beim Umgang mit Komplikationen in der prä-, intra- und postoperativen Phase zu beachten ist.

Der Leitfaden zeigt auf, dass insbesondere chirurgische Komplikationen, die vor allem bei ungünstiger anatomischer Ausgangssituation und/oder reduziertem

Knochenangebot auftreten, zur Verletzung von benachbarten Geweben und Strukturen führen können. Durch den Einsatz von Knochenersatzmaterial verursachte Komplikationen können anatomische Defekte vergrößern. Eine sachgerechte prothetische Versorgung erfordert daneben eine ausreichende präoperative Planung unter funktionalen Aspekten. Biologische und mechanische Grenzen müssen berücksichtigt werden.

Der Konsensus basiert auf aktuellen wissenschaftlichen Publikationen zum Umgang mit Komplikationen in der oralen Implantologie. Grundsätzlich wird festgestellt, dass bereits vor Beginn implantologischer Behandlung eine ausreichende Fortbildung auf diesem Gebiet notwendig ist – und genau darauf gilt es abzielen: Wir brauchen eine fundierte postgraduale Fortbildung auf dem Gebiet der Implantologie.

Keiner zeigt gerne Komplikationen oder seine eigenen Misserfolge. Es ist aber angesichts der steigenden Zahl an Implantationen in Deutschland an der Zeit, auch offen über solche Probleme zu sprechen, weil nur so neue Fehler vermieden und überholte Therapiekonzepte verändert werden können.

ANZEIGE

8. DIZ - Symposium

24. + 25. September 2010

Detmold

Modul 2 - Chirurgie

„Hart- und Weichgewebsmanagement“

15 Fortbildungspunkte

- Live-OP's und Vorträge
- prä-op DVT-Planung mit Kodak DVT 9500, med3D-Software von C.Hafner und MGuide vom MIS Implant Technologies
- mit Gastreferenten
- Prüfung TSP und Spezialist Implantologie



Deutsches Implantologie Zentrum GmbH
Lemgoer Str. 20, 32756 Detmold
Telefon: 05231 - 302055

www.diz-dt.de



← Fortsetzung von Seite 17

der Krone, und damit primär die Qualität des Zahntechnikers, während der PES die periimplantären Weichgewebe beurteilt. Um einen hohen PES-Wert zu erreichen, müssen folgende Punkte beachtet werden (Abb. 3, 4):

1. Intakte Papillen mesial und distal

Bei der Einzelzahnücke wird die Höhe der Papillen hauptsächlich von den benachbarten Zähnen bestimmt. Das proximale Knochenniveau der Nachbarzähne ist entscheidend, ob am Ende der Therapie eine intakte Papille vorhanden ist oder nicht.¹⁷ Dies kann bereits präoperativ abgeklärt und mit dem Patienten besprochen werden.

2. Harmonischer Weichteilverlauf ohne abrupte Höhenunterschiede und Asymmetrien

Der Weichteilverlauf hängt primär von der fazialen Knochenunterlage ab. Die periimplantären Weichgewebe weisen wie beim Zahn eine relativ konstante Breite auf, welche auch als biologische Breite bezeichnet wird.^{18,19} Klinische Studien zeigten, dass die biologische Breite bei Implantaten etwas größer ist als um natürliche Zähne: Bei einem natürlichen Zahn beträgt sie fazial 3 mm und interdental 4,5 mm – beim Implantat liegt sie fazial bei 3,5–4 mm und approximal 5–6 mm.²⁰ Für den Weichteilverlauf ist aber auch eine korrekte dreidimensionale Positionierung des Implantates von großer Bedeutung.²¹ Wird das Implantat zu nahe an benachbarte Zähne gesetzt, führt dies bedingt durch die biologische Breite unmittelbar zur Knochenresorption entlang der Zahnwurzel. Diese Knochenresorption führt zur Rezession der Papillen. Ein ähnlicher Mechanismus ist zu beobachten, wenn das Implantat zu tief oder in einer zu fazialen Fehlposition inseriert wird. Auch hier führt die Knochenresorption unweigerlich zur Rezession des fazialen Weichgewebes und damit zu einer langen Implantatkrone.

3. Konvexe faziale Kontur des Alveolarfortsatzes

Qahash²² forderte, dass die faziale Knochenwand eine Dicke von mindestens 2 mm haben sollte. Einerseits imitiert die konvexe Kontur die Rugae alveolaria und vermittelt ein natürliches Erscheinungsbild. Andererseits sorgt eine genügend dicke faziale Knochenwand für eine ausreichende Durchblutung und Unterstützung der fazialen Weichgewebe.

Behandlungsempfehlungen

Bei der Therapieplanung von Implantaten nach der Extraktion von Einzelzähnen im ästhetischen Bereich müssen all diese Aspekte berücksichtigt werden. Es können folgende Empfehlungen abgegeben werden, die mit den Empfehlungen der 4. ITI Konsensuskonferenz identisch sind⁶:

Sofortimplantation (Typ 1)

Die Sofortimplantation weist ein erhebliches Risiko für eine faziale Mukosarezession auf. Diese Komplikation kann durch mehrere Risikofaktoren begünstigt werden. Zum einen durch eine faziale Fehlposi-

tion des Implantates, welche bei Sofortimplantaten oft beobachtet wird. Zum anderen erschwert der Extraktionsdefekt in der Weichteildecke einen problemlosen Primärverschluss,

heute gelegentlich die Implantation ohne Aufklappung verwendet, was für den Patienten wegen der geringen Morbidität attraktiv ist. Die lappenfreie Implantation ist jedoch schwie-

plantation. Da die Extraktion meist ohne Aufklappung durchgeführt wird, haben die Patienten nach der Extraktion in der Regel nur geringe Beschwerden.

Risiko für eine ausgedehnte faziale Kammatrophie (Abb. 9). Häufig ist eine Implantatinsertion mit simultaner Knochenaugmentation nicht mehr möglich. In solchen Fällen ist deshalb eine vorgängige Kamm-augmentation nötig mit einer Einheilphase von ca. sechs Monaten und anschließender Implantation in einem Zweiteingriff. Eine Spätimplantation kann bei ausgedehnten Zystendefekten oder aber auch bei jugendlichen Patienten mit traumatischem Zahnverlust notwendig sein. Hier empfiehlt es sich, eine „Ridge Preservation Technik“ mit einem Knochenfüller mit geringer Substitutionsrate durchzuführen, um die Kammbreite möglichst gut zu erhalten. Diverse klinische Studien konnten zeigen, dass diese Techniken zur Kammerhaltung durchaus erfolgreich sind.²⁴

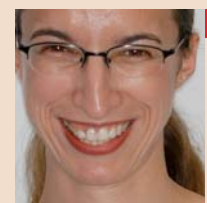
Zusammenfassung

Heute ist die Implantatbehandlung in vielen klinischen Situationen eine Standardtherapie und tägliche Routine, nicht zuletzt dank der guten klinischen Dokumentation mit unzähligen Langzeitstudien. Die zunehmende Bedeutung und Popularität der Implantattherapie innerhalb der Zahnmedizin hat nicht nur ihre Vorteile, sondern birgt auch Risiken.

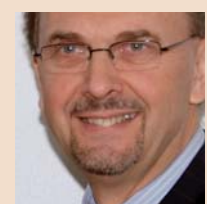
Die vier Behandlungskonzepte, der Sofortimplantation (Typ 1), der Frühimplantation nach Weichgewebsheilung (Typ 2), der Frühimplantation nach partieller Knochenheilung (Typ 3) und der Spätimplantation (Typ 4), haben ihre Indikationen. Je nach klinischer Situation und Erfahrung des Behandlers haben diese vier Behandlungskonzepte ihre Anwendungsbereiche. Die Risiken der jeweiligen Behandlungskonzepte sind jedoch zu beachten und gegeneinander abzuwägen. Unsere Gruppe bevorzugt das Konzept der Frühimplantation nach Weichgewebsheilung (Typ 2). Damit erzielt man ein erfolgreiches Behandlungsergebnis mit hoher Zuverlässigkeit und einem geringen Risiko für Komplikationen. IT

Der vollständige Originalbeitrag ist in der Dental Tribune Schweiz Nr. 9/2009 erschienen.

ZWP online Originalbeitrag und Literaturliste stehen unter www.zwp-online.info/fachportal/implantologie/aesthetik/beitrag.



Dr. med. dent. Vivianne Chappuis
ZMK der Universität Bern, Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie
Freiburgstr. 7
3010 Bern, Schweiz
vivianne.chappuis@zmk.unibe.ch



Prof. Daniel Buser
Geschäftsführer der ZMK der Universität Bern, Direktor der Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie
daniel.buser@zmk.unibe.ch
www.dentcms.unibe.ch

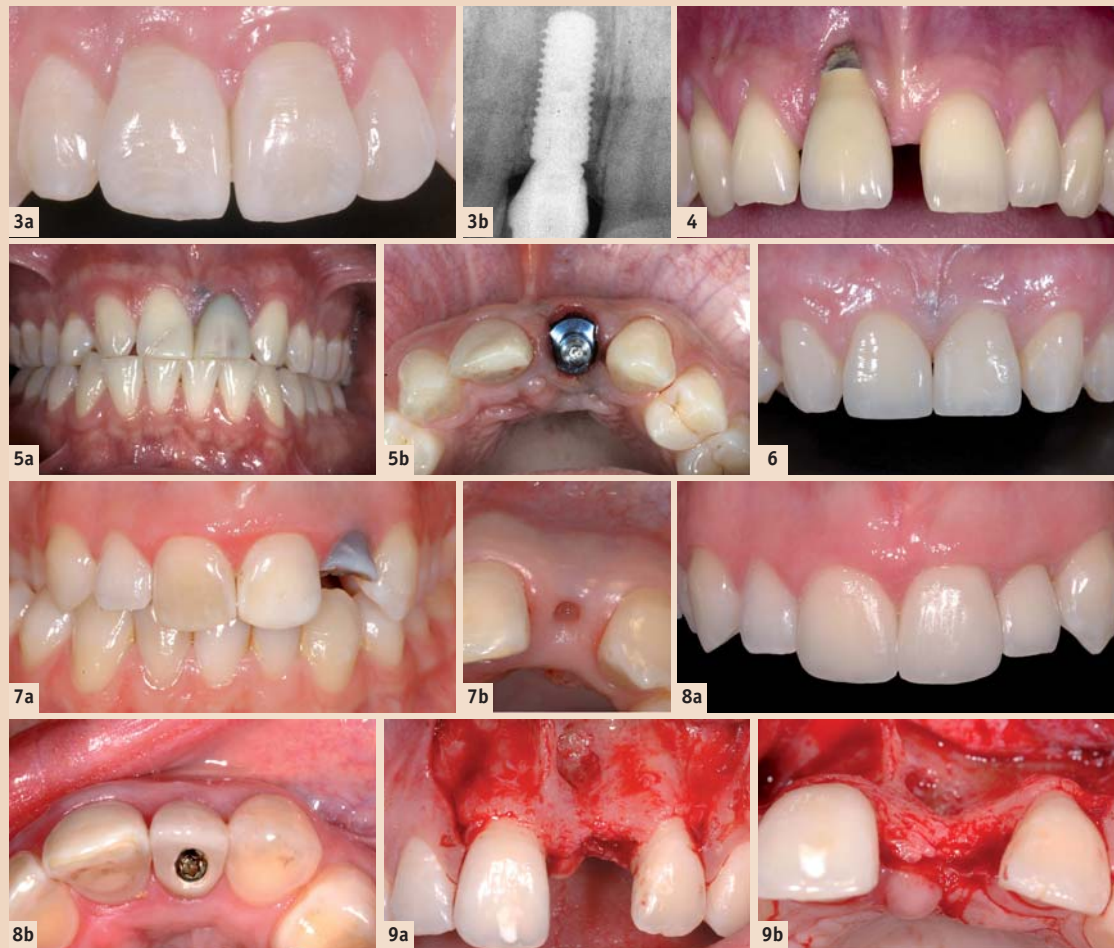


Abb. 3: Das Ziel im ästhetischen Bereich ist eine Harmonie der roten und weißen Ästhetik (PES/WES) zu erreichen. Um einen hohen PES-Wert zu erreichen, müssen folgende Punkte beachtet werden: 1. Intakte Papillen mesial und distal, 2. Harmonischer Weichteilverlauf ohne abrupte Höhenunterschiede und Asymmetrien, 3. Konvexe faziale Kontur des Kammes.

Abb. 4: Ein deutlicher Höhenunterschied im Gingivaverlauf und eine vollständig fehlende konvexe Kontur der fazialen Gewebe im Bereich des Implantates sind erkennbar. Dieses Implantat ist deshalb als ästhetischer Misserfolg zu beurteilen.

Abb. 5: Die Sofortimplantation birgt große Risiken und sollte nur bei ausgesuchten Patienten zur Anwendung kommen: Eine intakte, dicke faziale Knochenwand, ein dicker gingivaler Biotyp, keine akuten oder chronischen Infektionen und eine tiefe Lachlinie des Patienten. Dieser Patient wurde von Dr. Claude Andreoni und Dr. Thomas Meier (Zürich) behandelt. Es liegt eine tiefe Lachlinie, mit einem dicken Biotyp der Gingiva und eine intakte, dicke faziale Knochenwand vor.

Abb. 6: Die prothetische Versorgung zeigt ein sehr schönes Ergebnis.

Abb. 7: Frühimplantation nach Weichgewebsheilung: Eine intakte Weichteildecke erleichtert bei simultaner Knochenaugmentation den primären Wundverschluss. Ein weiterer Vorteil liegt darin, dass die Pathologie, welche zum Verlust des Zahnes geführt hat, vollständig abgeheilt ist. Zusätzlich ist nach der Abheilphase von 4–8 Wochen der Bündelknochen weitgehend resorbiert, sodass gut abgeschätzt werden kann, an welchen Stellen Knochen augmentiert werden muss.

Abb. 8: Ästhetisches Schlussergebnis nach Frühimplantation mit simultaner GBR und prothetischer Versorgung mit einer verschraubten Krone.
Abb. 9: Spätimplantation: Eine Patientin mit Zahnverlust im 15. Lebensjahr. Sechs Jahre später zeigt die intraoperative Darstellung deutlich das Ausmaß der Kammveränderungen. Eine Implantatinsertion mit simultaner Knochenaugmentation ist in dieser Situation nicht mehr möglich. Eine vorgängige Kammaugmentation ist nötig, um die Kammsituation zu verbessern.

welches die Zuverlässigkeit der Knochenaugmentation im fazialen Bereich beeinträchtigen kann. Wird ein koronaler Verschiebelappen durchgeführt, um das Weichteildefizit zu decken, bewirkt dies zudem eine Verschiebung der Mukogingivallinie, welches wiederum die Weichteilästhetik beeinträchtigt. Um das Weichgewebsdefizit zu kompensieren, werden oft Bindegewebstransplantate verwendet, welche zusätzlich die Morbidität des Eingriffs erhöhen. Dies alles sind schwerwiegende Nachteile der Sofortimplantation, weshalb diese Methode nur bei idealen Verhältnissen und bei ausgewählten Patienten zur Anwendung kommen sollte (Abb. 5–6). Die Sofortimplantation ist bei Patienten möglich mit einem geringen Risikoprofil; wenn eine intakte und dicke faziale Knochenwand vorhanden ist, ein dicker gingivaler Biotyp und eine tiefe Lachlinie vorliegen, und wenn die Alveole keine akute oder chronische Infektion aufweist. Solche Situationen sind in der täglichen Praxis jedoch selten. Falls Sofortimplantate geplant werden sollen, ist die Patientenselektion deshalb außerordentlich wichtig. Bei idealen Voraussetzungen – wie oben dargelegt – wird

riger als die konventionelle Implantation mit Aufklappung, weshalb sie nur von sehr begabten und routinierten Kollegen angewandt werden sollte.

Frühimplantation nach Weichgewebsheilung (Heilung von 4–8 Wochen, Typ 2)

Die Frühimplantation nach Weichgewebsheilung ist heute im ästhetischen Bereich klar das bevorzugte Vorgehen unserer Gruppe (Abb. 7–8). Im Gegensatz zur Sofortimplantation hat sie den großen Vorteil einer intakten Weichteildecke. Eine intakte Weichteildecke erleichtert bei simultaner Knochenaugmentation den primären Wundverschluss. Ein weiterer Vorteil liegt darin, dass die Pathologie, welche zum Verlust des Zahnes geführt hat, vollständig abgeheilt ist. Zusätzlich ist nach der Abheilphase von 4–8 Wochen der Bündelknochen weitgehend resorbiert, sodass gut abgeschätzt werden kann, an welchen Stellen Knochen augmentiert werden muss.⁵ Der einzige Nachteil der Frühimplantation nach Weichgewebsheilung besteht darin, dass zwei Eingriffe notwendig sind, zum einen die Extraktion, zum andern die Im-

Frühimplantation nach partieller Knochenheilung (Heilung von 12–16 Wochen, Typ 3):

Ein solches Vorgehen ist im ästhetischen Bereich nur dann indiziert, wenn mit der Typ 1- oder Typ 2-Implantation aufgrund ausgedehnter periapikaler Knochendefekte keine ausreichende Primärstabilität erzielt werden kann. Dies ist im ästhetischen Bereich sehr selten der Fall, weshalb die Typ 3-Implantation nur in Ausnahmefällen erwogen werden muss. Im Unterkieferseitenzahnbereich wird das Vorgehen von unserer Gruppe nach der Extraktion von Molaren jedoch sehr gerne benutzt. Eine Molarenalveole mit intakter bukkaler Knochenwand zeigt innerhalb von vier Monaten nur eine geringe bukkale Abflachung. Die Alveole wird aber nach dieser Heilungszeit soweit knöchern regeneriert sein, dass in den meisten Fällen eine Standardimplantation ohne GBR möglich ist. Damit können die Behandlungskosten deutlich reduziert werden, was von vielen Patienten bevorzugt wird.

Spätimplantation (Heilung von mehr als sechs Monaten, Typ 4):

Eine Spätimplantation im ästhetischen Bereich birgt das größte

sticky granules

«the ⁺swiss jewel...»



bionic



easy-graft®CRYSTAL

Genial einfach das easy-graft®CRYSTAL Handling!

Soft aus der Spritze • direkt in den Defekt • die gewünschte Form modellieren
• härtet in Minuten zum stabilen Formkörper aus • stützt mobilisierte Knochenlamellen • in der Regel keine Membran notwendig!

Genial innovativ!

Die synthetische Alternative easy-graft®CRYSTAL, mit der biphasischen Biomaterial-Formel (60 % HA / 40 % β -TCP). Das Hydroxylapatit beschleunigt die Osteokonduktion und sorgt für eine nachhaltige Volumenstabilität. Der β -TCP-Anteil löst sich und bewirkt eine optimale Porosität und Osteointegration.

Vertrieb Deutschland



Hager & Meisinger GmbH
Hansemanstraße 10
41468 Neuss
Telefon 02131 20120
www.meisinger.de



paropharm GmbH
Julius-Bührer-Straße 2
78224 Singen
Telefon 0180 137 33 68
www.paropharm.de

DS
DENTAL

Degradable Solutions AG
Wagistr. 23, CH-8952 Schlieren
Telefon +41 43 433 62 60
dental@degradable.ch
www.degradable.ch

synthetic bone graft solutions - Swiss made

Navigationschirurgie mit dem Robodent®-System

Das folgende Behandlungskonzept demonstriert die Möglichkeit einer festsitzenden implantatgetragenen Versorgung im Oberkiefer bei einem Patienten mit parodontaler Erkrankung. Ein Fallbericht von Dr. Dr. Ralf Luckey M.Sc.



Der 70-jährige Patient stellte sich mit einer insuffizienten Oberkieferversorgung mit drei Restzähnen in unserer Praxis vor mit dem Wunsch nach einer festsitzenden implantatgetragenen Oberkieferversorgung. Der Allgemeinzustand des Patienten war gut, es lag keine Erkrankung und keine Medikation vor. Die Anamnese zeigte weiterhin, dass der Patient weder Nikotin noch Alkohol konsumierte. Im Oberkiefer war eine erhaltungswürdige Restbezaugung (12, 11 und 21) mit Lockerungsgrad II vorhanden, im Unterkiefer eine generalisierte Parodontitis marginalis profunda, mit erhaltungswürdiger Restbezaugung. Der extraorale Befund war unauffällig.

Zahnstatus

f	f	f	f	f	f	w	w	f	f	f	f	f	f	f	f
1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
f	f	k	b							k	k	b	b	k	k

Die Initialbehandlung umfasste die Motivation und Instruktion zur effektiven Mundhygiene sowie eine supra- und subgingivale Zahnreinigung.

Röntgenbefund

Das OPG des Ausgangsbefundes zeigte eine beidseitige Freundsituation im I. und II. Quadrant generalisierter Knochenabbau an allen Zähnen im Sinne einer Parodontitis marginalis profunda. Der Zahn 46 zeigte eine vollständige Wurzelfüllung ohne apikale Beherdung (Abb. A).

Diagnose

Beidseitige Freundsituation im Oberkiefer Klasse IIa – Angel Klasse I Relation, prothetisch insuffizient versorgtes Restgebiss bei bestehender Parodontitis marginalis profunda.

Therapie

Behandlungsplanung

Der Patient wurde dahingehend aufgeklärt, dass die Oberkieferzähne 12, 11 und 21 erhaltungswürdig waren. Im Folgenden wurden die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten mit dem Patienten diskutiert. Eine konventionelle Modellgussprothese kam für den Patienten nicht in Betracht, da die Restbezaugung von drei Zähnen im Oberkiefer parodontal geschädigt waren und somit die Parodontitis eine Kontraindikation für einen klammergetragenen herausnehmbaren Zahnersatz dargestellt hätte. Eine teleskopierende Prothesenversorgung wäre möglich gewesen, ebenso eine stegetragene Versorgung. Dies lehnte der Patient aber aufgrund der Herausnehmbarkeit ebenfalls ab. Der Patient wünschte unbedingt eine festsitzende Versorgung.

Durch die Implantation wird die weitere Resorption des Knochens vermieden. Da sich schon im OPG abschätzen ließ, dass das vertikale Knochenangebot im Oberkiefersei-

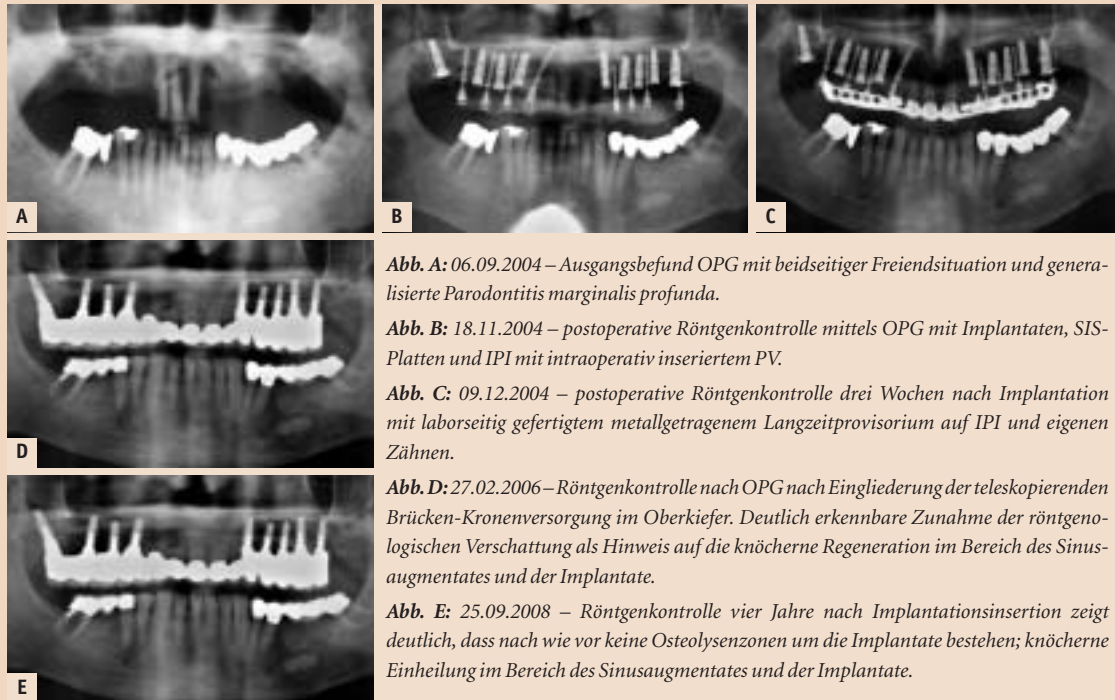


Abb. A: 06.09.2004 – Ausgangsbefund OPG mit beidseitiger Freundsituation und generalisierte Parodontitis marginalis profunda.

Abb. B: 18.11.2004 – postoperative Röntgenkontrolle mittels OPG mit Implantaten, SIS-Platten und IPI mit intraoperativ inseriertem PV.

Abb. C: 09.12.2004 – postoperative Röntgenkontrolle drei Wochen nach Implantation mit laborseitig gefertigtem metallgetragenen Langzeitprovisorium auf IPI und eigenen Zähnen.

Abb. D: 27.02.2006 – Röntgenkontrolle nach OPG nach Eingliederung der teleskopierenden Brücken-Kronenversorgung im Oberkiefer. Deutlich erkennbare Zunahme der röntgenologischen Verschattung als Hinweis auf die knöcherne Regeneration im Bereich des Sinus-augmentates und der Implantate.

Abb. E: 25.09.2008 – Röntgenkontrolle vier Jahre nach Implantationsinsertion zeigt deutlich, dass nach wie vor keine Osteolysenzonen um die Implantate bestehen; knöcherne Einheilung im Bereich des Sinus-augmentates und der Implantate.

tenzbereich für eine Standardimplantation nicht ausreichte, wurde der Patient im Rahmen des Behandlungsablaufes über den Sinuslift aufgeklärt. Aufgrund des großen Zeitvorteils und des einzeitigen Eingriffs entschied sich der Patient für den Sinuslift mit simultaner Implantation von jeweils 4 Implantaten im I. Quadranten und 5 Implantaten im II. Quadranten. Weil der Patient in der Einheitszeit von insgesamt sieben bis acht Monaten auf keinen Fall eine herausnehmbare Versorgung akzeptieren wollte, mussten zudem

Übergangsimplantate in Regio 13, 16, 23, 24, 25 und 27 inseriert werden, die dann mit einem Langzeitprovisorium unter Einbeziehung der Zähne 12, 11 und 21 versorgt werden sollten. Durch diese Versorgung war der Patient weder in seinem beruflichen noch in seinem privaten Umfeld eingeschränkt.

Ätiologie und Prognose

Im Rahmen der Risikoaufklärung muss darauf hingewiesen werden, dass die Anfertigung einer festsitzenden Versorgung bei Patienten mit

parodontaler Erkrankung kritisch zu betrachten ist, da sie nach dem Verlust eines Implantates zumeist neu angefertigt werden muss. Weiterhin ist eine große Anzahl von Implantaten notwendig, die oftmals durch das reduzierte Knochenangebot aufgrund des ausgedehnten Abbaus des Alveolar-knochens nicht ohne größere chirurgische Eingriffe möglich sind. Eine abnehmbare prothetische Versorgung kann dagegen auf einer geringeren Anzahl von Implantaten erfolgen, da die zahnlosen Kieferabschnitte mitbelastet werden können. Beim even-

tuellen Verlust eines Implantates ist diese Versorgung ausbaufähig und somit weiter verwendbar. Bei der Sofortimplantation ist zu beachten, dass Mikromobilitäten zu einem Misserfolg führen können. In den Fällen der Sofortimplantation ist es deshalb sehr wichtig, dass das Knochenvolumen apikal der Restalveole genügend groß ist, um eine adäquate Primärstabilität zu erreichen. Beim Sinuslift mit simultaner Implantation ist auf den Totalverlust von Transplantat und Implantat hinzuweisen, welcher beim zweizeitigen Vorgehen nicht eintreten kann. Bei Berücksichtigung von Patientenauswahl, exakter Planung mittels Denta-CT, Navigation und umfassender Aufklärung des Patienten hat sich der Sinuslift mit simultaner Implantation bewährt und zeigt auch in der Langzeitbeobachtung in der Literatur einen überzeugenden Erfolg und damit in vielen Fällen einen Ausweg aus der Problematik des unzureichenden Knochenangebotes im Oberkieferseitenzahnbereich. Wenn die Indikation und Kontraindikation bei der Sofortimplantation respektiert werden, kann man exzellente Resultate mit prognostizierbaren gingivalen Verhältnissen erzielen.

Behandlungsablauf

Dieses sogenannte Top-down-Treatment gilt insbesondere für die präimplantatprothetisch-chirurgischen Augmentationsmaßnahmen zur Wiederherstellung ausreichender Knochenstrukturen, um die Implantate in die prothetisch optimale Position integrieren zu können.

Nachdem die vorbereiteten Maßnahmen abgeschlossen waren, wurde unter Antibiotikaschutz (Amoxicillin 500, 3 Tabl. täglich, für 7 Tage) der Eingriff in Intubationsnarkose vorgenommen. Als Schnittführung wählten wir einen leicht nach palatinal bzw. lingual verlagerten Kieferkammschnitt. Nach entsprechender Aufbereitung des Implantatbettes erfolgte die weitere Präparation des Knochens. Im Oberkiefer erfolgte der Sinuslift nach klassischem Protokoll: Bildung eines Knochendeckels mit einer diamantierten Kugelfräse, Anheben des Knochendeckels und der Schleimhaut mit einem Sinusliftinstrumentarium nach kranial. Die Auffüllung der Kieferhöhle erfolgte mittels autolog-orthotropen Knochen, der aus den Retromolarregionen entnommen wurde und alloplastischem Knochen (Biogran, synthetisches Material, Mischung aus Silizium, Kalzium, Natrium, Phosphor, das Material ist resorbierbar, 3i Implant Innovations). Die Implantate (Osseotite) 18, 16, 15, 14 sowie 23, 24, 25, 26 und 27 wurden mit einer Länge von 13 mm und einem Durchmesser von 4,1 mm navigiert implantiert. Die Implantate 18 und 27 wurden dann mit einer SIS-Platte (Mondeal) im Sinne einer Osteosyntheseplatte mit zwei 8 mm langen Schrauben nach dem soge-



Abb. 1: Röntgenschablone aus transparentem Kunststoff nach Tiefziehprinzip mit eingezeichneten Positionierungspunkten für die spätere Implantationsnavigation.

Abb. 2: Ausgangssituation – links lateral, II. und III. Quadrant.

Abb. 3: Ausgangssituation – rechts lateral, I. und IV. Quadrant.

Abb. 4: Ausgangssituation – Frontalansicht der Ober- und Unterkiefer.

Abb. 5: Langzeit-PV – Oberkiefer in Dorsalansicht.

Abb. 6: Langzeit-PV – Oberkiefer in Okklusallansicht.

Abb. 7: Langzeit-PV – Oberkiefer rechts lateral einartikuliert.

Abb. 8: Langzeit-PV – Oberkiefer links lateral einartikuliert.

Abb. 9: Langzeit-PV – Oberkiefer Frontalansicht einartikuliert.

Abb. 10: Langzeit-PV – in situ Lippenschild.

Abb. 11: Primärteleskope in der Okklusallansicht auf Meistermodell.



Abb. 12: Teilansicht Primärteleskope auf Meistermodell.
 Abb. 13: Teilansicht Primärteleskope auf Meistermodell.
 Abb. 14: Modellansicht mit Sekundärgerüst in Okklusalan-sicht auf Meistermodell.
 Abb. 15: Modellsituation mit keramikverblendeten Brückenteleskopen in der Okklusalan-sicht auf Meistermodell.
 Abb. 16: Primärteleskope in situ in Frontalan-sicht.
 Abb. 17: Primärteleskope in situ in Okklusalan-sicht.
 Abb. 18: Keramikverblendete sekundär teleskopierende Brücken- und Kronenkonstruktion in der Okklusalan-sicht in situ.
 Abb. 19: Keramikverblendete sekundär teleskopierende Brücken- und Kronenkonstruktion in der Frontalan-sicht in situ.
 Abb. 20: Situ nach Fertigstellung – Lippenschild.
 Abb. 21: Situ nach Fertigstellung – Lachlinie.
 Abb. 22: En Face.

nannten Göttinger Satellitenmodell fixiert, um eine zusätzliche Primärstabilität und sichere Einheilung der Implantate zu gewährleisten. In die SIS-Platte wurde in Regio 27 distal ein IPI (Übergangsimplantate, Nobel Biocare) eingesetzt und ansonsten wurden acht IPI inseriert, um dort später die langzeitprovisorische Versorgung zu befestigen.

In der Abheilphase erfolgte eine routinemäßige einstündige Prophylaxe und der Patient wurde ins regelmäßige einmonatige Recall genommen. Nach 7 Monaten erfolgte die Abnahme des Oberkieferprovisoriums, die Entfernung IPI und die Implantatfreilegung. Mithilfe eines individuellen Löffels wurden die Implantate in der Offenlöffel-Technik abgeformt. Der Zahntechniker stellte die Gerüste für die verschraubte teleskopierende Brückenversorgung auf den individuellen zugeschnittenen Ästhetikabutments her. Auf dem Meistermodell wurden teleskopierend abnehmbare Brücken mit sekundärer palatinaler Verschraubung angefertigt. In den darauf folgenden zwei Behandlungssitzungen wurde eine Gerüst- und Rohbrandanprobe durchgeführt, bevor in der definitiven Behandlungssitzung die Restauration eingegliedert wurde. Die Pfosten wurden mit einem Drehmoment von 35 N/cm² wie vom Hersteller angegeben verschraubt. Die sekundäre Versorgung wurde mit Frialitschrauben und 15 N/cm² von palatinal verschraubt. Eine Röntgenkontrolle erfolgte nach Eingliederung der implantat-prothetischen Versorgung.

Schlussbefund

Der Patient ist mit dem erzielten Resultat sehr zufrieden. Er ist schmerzfrei, Zähne und Implantate

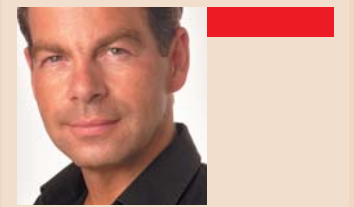
sind subjektiv und objektiv fest. Die gesamte Therapie lief für ihn problemlos und erfolgreich. Die verbliebenen natürlichen Zähne sind gefestigt worden, sodass eine Extraktion vermieden werden konnte, insbesondere bei den ursprünglich gelockerten Zähnen 12, 11 und 21. Der DMF-T-Index liegt bei 100 %. Die parodontologischen Parameter sind im Unterkiefer zeitweise auffällig, da die Plaqueentfernung nicht restlos gelang und auch längere Unterbrechungen im Recall entstanden, da der Patient im Ausland lebt.

Epikrise

Das dargestellte Behandlungskonzept zeigt anschaulich die Möglichkeit einer festsitzenden Seitenzahnversorgung im Oberkiefer bei parodontaler Erkrankung. Die Langzeiterfolge von osseointegrierten Implantaten sind durch viele Studien belegt worden. Inwiefern die bei parodontal gesunden Personen erzielten positiven Ergebnisse auf Patienten mit einer profund verlaufenen Parodontalerkrankung übertragbar sind, ist bisher noch nicht ausreichend geklärt. Eine periimplantäre Infektion aufgrund von Plaqueansammlung und die biomechanische Überlastung sind bei Implantaten unter funktioneller Belastung ursächliche Faktoren für einen progressiven Knochenverlust. Untersuchungen zeigen, dass nach Extraktion parodontal erkrankter Zähne und parodontaler Sanierung vor einer Implantatbehandlung die nachfolgenden periimplantären Mikroorganismen nur Bakterien umfassen, die mit parodontaler Gesundheit oder Gingivitis assoziiert sind.

Obwohl Untersuchungen berichten, dass starke parodontale

Erkrankungen, wie auch Implantate im Typ D4-Knochen in der Vergangenheit geringere Erfolgsquoten aufwiesen, zeigt sich im dargestellten Fall eine positive Langzeitprognose. Diese lässt sich auf die parodontale Sanierung vor Behandlungsbeginn, raue Implantatoberflächen, Knochenverdichtung, die korrekt prothetisch inserierten Implantatachsen und das zentrische Okklusionskonzept zurückführen. Früher war bei parodontal geschädigten Patienten besonderes Augenmerk darauf gerichtet, durch intensive und aufwendige Maßnahmen die eigene restliche Bezahnung für Zahnersatz abstützend heranzuziehen. Dank des Erfolges der Implantologie beschränkt sich die heutige Parodontaltherapie auf die Entfernung stark entzündeter Bereiche und deren Ersatz durch Implantate. Grundsätzliche Voraussetzung ist die antibiotische Abschirmung im Vorfeld der Behandlung. Die Entfernung parodontal schwer geschädigter Zähne und deren Ersatz durch Implantate (Sofortimplantation) führt zu einer Verbesserung der Gesamtfunktion, der Ästhetik und des Komforts mittels einer implantatgetragenen Versorgung. Anders als bei parodontal vorgeschädigten Zähnen vermögen Implantate eine stabile Langzeitprognose für



Dr. med. dent. Dr. h. c. Ralf Luckey
 M.Sc. Implantologie
 DIG – Diagnostikzentrum für Implantologie und Gesichtsästhetik
 Richard-Wagner-Straße 28
 30177 Hannover
 info@implantatzentrum-hannover.de
 www.implantatzentrum-hannover.de

den neu hergestellten Zahnersatz zu ermöglichen.

Die positiven Langzeitergebnisse sind bei diesem Vorgehen in der Literatur entsprechend beschrieben worden und bescheinigen dem klinischen Einsatzbereich in der Praxis vorhersagbare Resultate, und dies auch nach Jahren der funktionellen Belastung.

Dies belegt auch das Röntgenbild vier Jahre nach Implantatinser-tion mit osteolysefreier Einheilung ohne erkennbare periimplantäre Infektionszonen (Abb. E). **IT**

ZWP online Weitere Informationen stehen für Sie unter www.zwp-online.info/kammern_verbaende_zur_Verfuegung.

ANZEIGE

'Summer of 69'-Aktion

einfach, erfolgreich & bezahlbar
 minimal-invasiv statt kostenintensiv

Made in Germany
 € 69

- Champions® begeistern in allen Indikationen
- Sparen Sie am Preis, nicht an der Qualität
- Beste Primärstabilität durch kreistales Mikrogewinde → sichere Sofortbelastung
- Geniales Prothetik-Konzept

- Bereits über 1000 Champions®-Praxen/Kliniken in Deutschland
- Servicegarantie: Gutschrift & Austausch von Champions®, die zum Kondensieren benutzt werden
- Kommissionslieferungen für die ersten zwei Fälle
- Spaß und Erfolg bei der Arbeit

Dr. Armin Nedjat
 Zahnarzt, Spezialist Implantologie, Diplomate ICOI, Entwickler & Referent

Alle Infos & Kurstermine:
 Service-Telefon (0 67 34) 69 91
 Fax (0 67 34) 10 53
 Info & Online-Bestellung:
www.champions-implants.com

€ 0297
 510(k) registriert
 bei der FDA

Dieses Highlight 2010 sollte kein Zahnarzt verpassen:

Der 1. Champions-Kongress für alle Zahnärzte, die das moderne und patienten-freundliche MIMI®-Implantations-Verfahren mit Champions®-Implantaten kennenlernen möchten: interessante Vorträge, Austausch mit Kollegen etc. Infos und Anmeldung über unser Service-Telefon.

Fortbildungs-Highlight 2010
 „Innovation, Erfolg & Visionen“
 13.-16. Mai
 in Mainz und im Flugzeug ...

Implantatentfernung leicht gemacht

Entfernungsinstrumente erleichtern Implantatextraktion.



Bei der Extraktion von Implantaten wird abwechselnd das rechte und das linke Entfernungsinstrument ohne Druck eingesetzt. Die Knochenwände

müssen dabei vorher nicht durchbrochen werden. Das Entfernungsinstrument wird mit einer Dentalratsche bewegt und ist mit rechteckigem oder sechskantigem Einsatzstück erhältlich. Das Instrument ist zur Entfernung von Implantaten, Implantat-Verschlusskappen, gebrochenen Implantatschrauben und Heilungsabutmentschrauben sowie zur natürlichen Wurzelentfernung geeignet.

PRODONT-HOLLIGER S.A.S.

1156, route de la Sine
06140 Vence, Frankreich
info@prodont-holliger.fr
www.prodont-holliger.com

Zwei Systeme – Ein Konzept

FOURBYFOUR® Innen-Verbindung sichert prothetische Positionierung.

Eine identische Innen-Verbindung der beiden gänzlich unterschiedlichen Implantatsysteme FIT2® und FIT-OT3 vereint diese zu einem umfassenden Konzept, das nahezu jeden Indikationsbereich zuverlässig abdeckt.

Die FOURBYFOUR® Innen-Verbindung zeichnet sich durch eine einfache, sichere Positionierung der vielfältigen prothetischen Komponenten aus.

Plattform Switching, konisches Eintrittsprofil und eine hochpräzise Rotationssicherung sind überzeugende Merkmale dieser hochmodernen Konzeption.

Das FIT2® Implantat bietet alle Eigenschaften, die von einem fortschrittlichen Schraubimplantat gefordert sind und setzt sowohl zahnmedizinisch wie auch produktionstechnisch innovative Maßstäbe.

Mit der Entwicklung eigener zukunftsweisender, produktionstechnischer Verfahren ist es OT medical gelungen, das FIT-OT3 als Press-Fit-Implantat grundlegend neu zu konzipieren und vergleichbare Produkte unter Einbeziehung der von langjährigen Anwendern geschätzten Vorteile entscheidend zu perfektionieren.

Die Kompatibilität beider Systeme hinsichtlich ihrer prothetischen Komponenten ist leicht verständlich und kostengünstig. Das umfangreiche Prothetiksortiment sorgt für Übersichtlichkeit und Anwenderfreundlichkeit.

OT medical GmbH

Konsul-Smidt-Straße 8b
28217 Bremen
Tel.: 04 21/55 71 61-0
Fax: 04 21/55 71 61-95
www.ot-medical.de



Mehr Piezo-Power und Licht für Implantologen und Oralchirurgen

In der Knochenchirurgie sind sowohl Spezialisten als auch spezielle Instrumente gefragt.

ImplantCenter2 und Piezotome2 überzeugen durch noch mehr Piezo-Power und erstmals auch LED-Licht. So verfügen die beiden Generatoren über eine dreimal höhere Ultraschallleistung für eine einzigartige Schnelligkeit und zwei autoklavierbare LED-Licht-Handstücke (Piezotome und Newtron) für eine optimale Sicht in das Operationsgebiet. Gleichzeitig profitieren sie von der hohen Qualität, Präzision und Schnittselektivität, die alle bewährten Ultraschallgeräte von Satelec auszeichnet.

Seitdem das erste duale Ultraschallsystem für Parodontal- und Piezochirurgie, Piezotome, im März 2006 eingeführt wurde, steigt die Nachfrage nach dem Hochleistungsgerät beständig weiter an. Der piezoelektrische Ultraschallgenerator Piezotome 2 besticht nicht nur durch seine klinische Vielseitigkeit, sondern auch durch seine extrem hohe Leistungskraft und Beleuchtungsstärke.

Volle Leistung am Knochen – null Risiko fürs Weichgewebe

Das Gerät bietet zwei innovative Therapieansätze: Im „Chirurgie-Modus“ (moduliertes Piezo-Signal) schneidet Piezotome 2 bei minimaler Schnittbreite exakt, zuverlässig und blutungsfrei im Knochen, während das Weichgewebe sicher geschont wird. Die vier voreingestellten Betriebsarten entsprechen dabei der Klassifizierung der Knochendichte und den Einsatzbereichen Osteotomie, Osteoplastik, Sinusbodenelevation und Bone Splitting. Im „Newtron-Modus“ (sinusförmiges Piezo-Signal) lassen sich bei perfekt kontrollierter Spitzenleistung dagegen konventionelle Anwendungen in der Parodontologie und der Endodontie durchführen. Ein wichtiger Hinweis: Aufgrund der höheren Anforderung an die Leistungsfähigkeit der Spitzen können im Chirurgie-Modus nur die neuen speziellen Piezotome 2-Ansätze verwendet werden.

Mit seinem benutzerfreundlichen 5,7“-Touchscreen, den beiden neuen Lichthandstücken mit je sechs ultrastarken LEDs (100.000 Lux) und den



präzise laufenden Peristaltikpumpen ist Piezotome 2 für die spezialisierte Zahnarztpraxis und den Operationstisch bestens geeignet. Einen funktionellen Gewinn stellt auch die progressive Regelung der Ultraschallleistung in Echtzeit dar, die bequem über den neuen Stufenfußschalter mit integriertem „PiezoTouch“ bedient werden kann – ohne dass die voreingestellte Leistungsstärke überschritten wird und der Bildschirm berührt werden muss.

Ein perfektes Chirurgeteam: Ultraschall und Mikromotor

Ob Sägen, Fräsen, Schrauben oder Meißeln: Alle präimplantologischen Chirurgiemaßnahmen lassen sich mit dem ImplantCenter 2 sicher, präzise und komfortabel abdecken. Es verfügt wie Piezotome 2 über eine dreimal höhere Ultraschallleistung und zwei autoklavierbare Lichthandstücke, die

mit einem langlebigen Lichtring mit sechs LEDs ausgestattet sind. Dabei kombiniert das Chirurgiegerät zwei Antriebseinheiten mit drei Betriebsarten: Auf Basis der neuesten piezoelektrischen Ultraschalltechnologie (Newtron- und Piezotome-Modus) und dem integrierten leistungsstarken Mikromotor I-Surge (Drehzahlbereich: 100 bis 40.000 UpM, Drehmoment: 6 Ncm) erhält der Behandler größtmögliche Sicherheit und kontrollierte Power für eine verlässliche Schnittführung.

Die Formel für Spezialisten: Mehr Power plus Licht

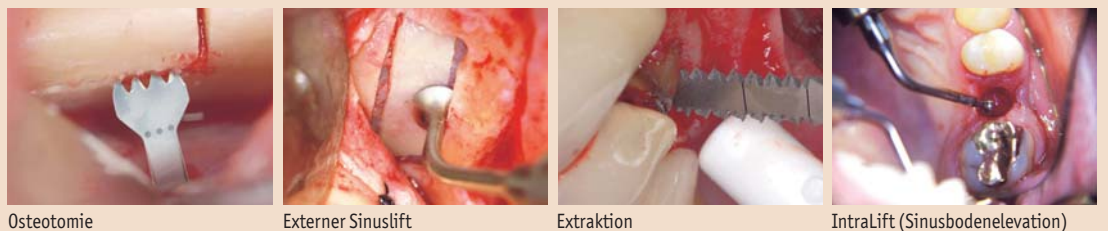
Je nach klinischer Anforderung lassen sich in den drei Programmen „Piezotome“, „Motor“ und „Newtron“ die Spülung, die Ultraschallstärke bzw. die Drehzahl und das Drehmoment sowie das Winkelstück individuell über den 5,7“-großen Touchscreen steuern.

Darüber hinaus verfügt das kombinierte Chirurgiegerät über einen speziellen Doppelfußschalter zur Regelung der Leistungsstufen des Mikromotors und des Ultraschallgenerators.

Alles in allem garantieren die beiden ultrastarken Piezochirurgiegeräte Piezotome 2 und ImplantCenter 2 mit ihrer neuesten Hochleistungstechnologie ein perfektes Sicherheits-/Leistungsverhältnis für alle Implantologen und Oralchirurgen; denn Spezialisten sollten einfach mehr (leisten) können. **IT**

Acteon Germany GmbH

Industriestraße 9
40822 Mettmann
Tel.: 0 21 04/95 65 10
Fax: 0 21 04/95 65 11
info@de.acteongroup.com
www.de.acteongroup.com



ANZEIGE

08/15 ...?!?

- oder besser für jede Indikation, Knochenqualität und Preisklasse

ab 45 €



CV1

CV2

CV3



Mini Single

Mini

Caps



- alle Durchmesser
- alle Längen
- alle proth. Möglichkeiten
- Bohrstopps
- Bone Spreader



Entwicklung Produktion Vertrieb
Info-phon: +49 (0) 541 / 3 50 20 12
info@wolf-dental.com
www.btlock.com

Studie zu Dichtungssystemen durchgeführt

Untersuchungsergebnisse belegen bakteriendichte Versiegelung zwischen Implantat und Abutment.



Abb. 1: Die Trias®-Implantate verfügen über eine Dichtung aus Gold.

Vielfach sind die Ursachen für Komplikationen in der implantologischen Therapie mikrobiologischer Natur. So konnte unter anderem ein Zusammenhang zwischen der mit der Insertion initiierten Bakterienkontamination des Implantatinnenraums und damit des Mikrospalts zum Abutment und dem Auftreten von periimplantären Infektionen beziehungsweise Rezidiven dokumentiert werden. Unterstützt wird der Effekt des Medienaustausches zwischen Implantatinnenraum und dem umgebenden Gewebe zusätzlich von den durch die Kaubewegung verursachten Mikrobewegungen des Abutments.

Für die hieraus resultierende Forderung, die Ursache potenzieller Infektionen/Reinfektionen durch Versiegelung der Implantatinnenräume zu beseitigen, wurden verschiedenste Lösungsansätze entwickelt. Ein Ansatzpunkt, dem unter anderem die Entwicklung der Trias®-Implantate der m&k gmbh folgt, liegt in der Konstruktionsweise der Implantate selbst. Als Dichtungssystem wurde in diesem Fall eine Golddichtung gewählt, welche den Mikrospace zwischen Implantat und Abutment und somit den Implantatinnenraum verschließt (Abb. 1). Die Dichtigkeit der Implantat/Abutment-Verbindung bei Trias®-Implantaten wurde nun durch eine aktuelle Untersuchung der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde der Friedrich-Schiller-Universität Jena bestätigt.

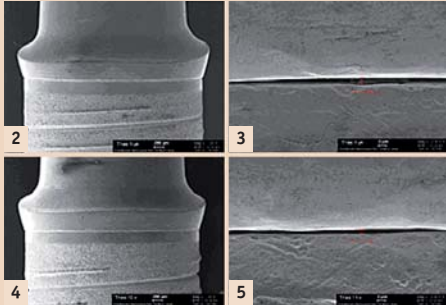


Abb. 2: Angefertigt wurden sowohl Übersichts-... Abb. 3: ... als auch Detailaufnahmen der Verbindungsstellen (hier bei einem der unbelasteten Implantate). – Abb. 4: Auch nach maximaler Belastung der Prüfkörper (hier Implantat 10 in der Übersichtsaufnahme nach Belastung mit 500 N) ... Abb. 5: ... wurden keine Deformationen festgestellt (hier Implantat 11 in der Detailaufnahme nach Belastung mit 500 N).

Die Dichtigkeitsprüfung ...

... wurde an insgesamt zwölf Implantaten des Systems Trias® durchgeführt. Hierbei handelte es sich um Implantate mittleren Durchmessers (Ø 4,4 mm) mit vormontierten Abutments, die in vier Gruppen à drei Prüfkörper unterteilt wurden.

Während die Gruppe eins als Kontrollgruppe unbelastet blieb, wurden die Implantate der Gruppen zwei bis vier zunächst einem Belastungstest unterzogen. Unter einem Lastwinkel von 60° wurden die Prüfkörper der zweiten Gruppe mit je 200 N, der dritten Gruppe mit je 400 N und der vierten Gruppe mit je 500 N belastet. Anhand von REM (Rasterelektronenmikroskop-) Aufnahmen der lastangreifenden Seite wurde anschließend die Verbindungsstelle jedes der zwölf Prüfkörper exakt vermessen und auf eventuelle Deformationen überprüft (Abb. 2–5). Hierbei wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen nachgewiesen. Die Breite des Mikrospaltes lag – auch bei maximaler Krafteinwirkung von 500 N – bei allen zwölf Prüfkörpern im Normbereich, Deformationen wurden in keinem der Fälle festgestellt.

In einem zweiten Schritt erfolgte nun die Überprüfung der Dichtigkeit der Implantat/Abutment-Verbindung. Hierzu wurde ein eingefärbtes Epoxidharz (SpeciFix-20, Struers, DE-Willich) verwendet, das aufgrund seiner sehr dünnflüssigen Konsistenz selbst in feinste Risse und Undichtigkeiten mit einer Größe von

< 0,5 µm eindringt. Um sicherzustellen, dass das Material nicht an anderer Stelle als durch den Mikrospace in das Implantatinnere gelangt, wurden die Schraubenkanäle der Abutments aller zwölf Prüfkörper vor Testbeginn sorgfältig mit transparentem Epoxidharz abgedichtet.

Nach Aushärtung des Materials und dichtem Verschluss der Schraubenkanäle wurden alle zwölf Implantate für rund 30 Minuten und bei einem Überdruck von 2,0 bar in niedrigviskösem Harz gelagert. Für die metallografische Untersuchung mittels Auflichtmikroskopie in den Implantatinnenräumen wurden anschließend Längsschliffe der Prüfkörper angefertigt. Die

mikroskopische Kontrolle zeigte keinerlei Harzeinlagerungen im Inneren der geprüften Implantate (Abb. 6–9).

Fazit

Bei jedem zweiteiligen Implantatsystem entstehen konstruktionsbedingt zwischen Implantat und prothetischem Aufbau Hohlräume der Mundhöhle aufweisen. Diese bilden einen idealen Schlupfwinkel für Bakterien und Keime der Mundflora. Die geprüften Trias®-Implantate (Ø 4,4 mm) mit Golddichtung ermöglichen eine bakteriendichte Versiegelung zwischen Implantat und Abutment.

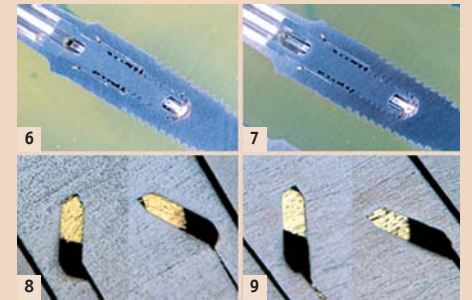


Abb. 6: Anhand der Längsschliffe (hier am unbelasteten Implantat) ... Abb. 7: ... wurden keine Harzeinlagerungen in den Implantatinnenräumen nachgewiesen (hier ein mit 500 N belastetes Implantat). – Abb. 8: Detailaufnahmen der Golddichtungen am unbelasteten Implantat nach Dichtigkeitsprüfung. – Abb. 9: Detailaufnahmen der Golddichtungen am mit 500 N belasteten Implantat nach Dichtigkeitsprüfung.

m&k gmbh Bereich Dental

Tel.: 03 64 24/8 11-0, Fax: 03 64 24/8 11-21
mail@mk-webseite.de, www.mk-webseite.de

ZWP online
www.zwp-online.info

ANZEIGE

Langfristige Implantatästhetik

durch Laser-Lok®-Mikrorillen

Jetzt neu!
Laddec® und Mem-Lok®
Produkte, die für Sie
Knochenarbeit leisten.
Fordern Sie
weiterführende Informationen
sowie Demo-Material an.
Tel.: 07661 - 90 99 89 - 0

In Kooperation mit Dr. Carl Misch

- **einzigartige Laser-Lok® Mikrorillen* –** hemmen das epitheliale Downgrowth und kreieren die biologische Breite durch Erhalt und Anlagerung des krestalen Knochens und Epithelgewebes
- anatomisch geformter, konischer Implantatkörper
- patentiertes Reverse Buttress Gewindedesign**
- vormontiertes 3inOne™ Abutment
- drei Implantatdurchmesser
- klinisch erprobte, interne Sechskantverbindung
- sichere Abutmentverbindung durch die Spiralock® Schraubentechnologie
- Lifetime Warranty auf alle Implantate und Prothetikkomponenten

Laser-Lok® ist eine Reihe von präzisionsgefertigten 8µm und 12µm Rillen, die mittels Laser in einem 1,5mm breiten Band um den Implantathals angebracht sind. Die patentierte Laseroberfläche ist innerhalb der Branche einzigartig, da sie die einzige Oberfläche ist, die durch gezielte Zellführung das epitheliale Downgrowth hemmt, eine attached Gingiva* und die krestale Knochenanlagerung und -erhaltung fördert und somit eine natürliche biologische Breite* wiederherstellt.

Sprechen Sie uns auf Laser-Lok® an oder erfragen Sie die Termine unserer Events.

BioHorizons GmbH • Marktplatz 3 • 79199 Kirchzarten
Tel. 07661 - 90 99 89 - 0 • Fax 07661 - 90 99 89 - 21 • info@biohorizons.com

BIOHORIZONS®
SCIENCE • INNOVATION • SERVICE

Eine Zusammenfassung der klinischen Studienergebnisse finden Sie als Download unter: www.biohorizonsimplants.de/studien.pdf

Ostseekongress

3. Norddeutsche Implantologietage

4./5. Juni 2010 in Rostock-Warnemünde » Hotel NEPTUN

Langzeiterfolg von Implantaten – Diagnostik, Planung, Funktion und Ästhetik

0377773



Wissenschaftliche Leitung
Prof. Dr. Dr. Bernhard Frerich/Rostock
Dr. Peter Gehrke/Ludwigshafen

Seminare | Firmenworkshops
Freitag, 4. Juni 2010

Programm
Samstag, 5. Juni 2010

Veranstaltungsort | Kongressgebühren
Organisatorisches

- 1 Basisseminar 2010**
Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht mit Live- und Videodemonstration | 09.00 – 15.30 Uhr
Dr. Kathrin Ledermann
- 2 Perfect Smile**
Das Konzept für die perfekte Frontzahnästhetik – Veeners von konventionell bis No Prep – Step-by-Step
13.00 – 19.00 Uhr
Dr. Jürgen Wahlmann/Edewecht
- 3 Qualitätsmanagement – Seminar 2010**
QM für Nachzügler
14.00 – 18.30 Uhr
Christoph Jäger/Stadthagen
- 4 Smile Esthetics**
Minimalinvasive Verfahren der orofazialen Ästhetik – Von Bleaching bis Non-Prep Veeners
Kombinierter Theorie- und Demonstrationskurs | 15.30 – 19.00 Uhr
Dr. Jens Voss/Leipzig

Die detaillierten Informationen/Seminarinhalte zu diesen Kursen finden Sie unter www.ostseekongress.com

15.30 – 17.00 Uhr Workshops 1. Staffel



1.1 Dr. Uwe Herzog/Rostock
Augmentationstechniken mit synthetischem Knochenaufbaumaterial in Granulat- und Blockform, Hands-on-Übungen am Schweinekieferr

1.2 Dr. Andreas Huber/Erding
Minimalinvasive Augmentationskonzepte innovativ gelöst | Rich Socket Preservation und OK-Augmentation durch Sinuslift-Elevation | Rich Socket Preservation – ein Kammvolumenerhalt leicht gemacht dank easy-graft. Der interne Sinuslift mit dem Balloon-Lift-Control System (BLC) gelöst
Im Workshop werden dazu die Theorie, Infos zum Werkstoff-Konzept, klinische Ergebnisse sowie Übungen am Gips- und Tiermodell vermittelt.

17.00 – 17.30 Uhr Pause

17.30 – 19.00 Uhr Workshops 2. Staffel

2.1 Dirk Unkelbach/Courtaboeuf (FR)
NTI-tss, Innovationsschiene gegen orofaziale Schmerzen – Workshop mit Theorie und Praxis

2.2 Dr. Dr. Karl Heinz Heuckmann/Chieming
Tunnelcontrol | Die einzigartige Tunneltechnik für eine Auflagerungsplastik – in wenigen Minuten erfolgreich auflagern! Die Theorie, Hintergrund, Anwendung und praktische Übungen am Tiermodell prägen den Workshopinhalt

2.3 Dr. Winfried Walzer/Berlin
Die minimalinvasive Implantatlösung – Langzeit-Prothesenstabilisierung mit Mini-Implantaten

20.00 Uhr **Abendveranstaltung**
Im Teepott-Restaurant/Schusters Strandbar

Seminare

Samstag, 5. Juni 2010

Seminar zur Hygienebeauftragten

09.00 – 18.00 Uhr | **Iris Wälter-Bergob/Meschede**

Rechtliche Rahmenbedingungen für ein Hygienemanagement | Anforderungen an die Aufbereitung von Medizinprodukten | Wie setze ich die Anforderungen an ein Hygienemanagement in die Praxis um? | Überprüfung des Erlernten

Parodontologie-Symposium

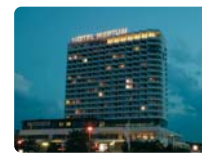
Patientengerechte Parodontologie – Hands-on
Referent: *Priv.-Doz. Dr. Rainer Buchmann/Düsseldorf*

► 09.00 – 16.00 Uhr (inkl. Pausen 10.45 – 11.15 Uhr und 13.00 – 14.00 Uhr)

Seminarinhalt

Patientengerechte Behandlungsplanung • Lappen- und Nahttechniken im ästhetischen Bereich • Instrumente und Nahtmaterial • Knochentaschenregeneration • Plastisch-ästhetische Therapie • Rezessionsdeckung • Bindegewebstransplantate • Tunneltechnik

- 09.00 – 09.05 Uhr **Prof. Dr. Dr. Bernhard Frerich/Rostock**
Eröffnung
- 09.05 – 09.35 Uhr **Dr. Michael Sachs/Oberursel**
Ästhetische, regenerative Medizin und Zahnmedizin als Element des globalen Gesundheitsmarktes – Die Chancen interdisziplinärer Zusammenarbeit
- 09.35 – 10.05 Uhr **Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz/Wiesbaden**
Von der Kontraindikation zum Langzeiterfolg – Implantate bei Risikopatienten (Radiatio, BP etc.)
- 10.05 – 10.35 Uhr **Prof. Dr. Dr. Bernhard Frerich/Rostock**
Langzeiterfolg der Implantatversorgung bei bestrahlten und rekonstruktiv rehabilitierten Tumorpatienten
- 10.35 – 10.45 Uhr Diskussion
- 10.45 – 11.15 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung
- 11.15 – 11.45 Uhr **Prof. Dr. Hans Vinzenz Behrbohm/Berlin**
Implantate und Sinusitis – was tun?
- 11.45 – 12.15 Uhr **Prof. Dr. Karl Günter Wiese/Göttingen**
Grundlagen des Knochenremodeling und dessen Bedeutung für den Langzeiterfolg von Implantaten
- 12.15 – 12.45 Uhr **OA Dr. Dr. Jan-Hendrik Lenz/Rostock**
Technik und Langzeitergebnisse der implantologischen Versorgung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumen-spalten
- 12.45 – 13.00 Uhr Diskussion
- 13.00 – 14.00 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung
- 14.00 – 14.30 Uhr **Dr. Peter Gehrke/Ludwigshafen**
CAD/CAM-generierte Implantataufbauten und Suprastrukturen: Alles digital oder was?
- 14.30 – 15.00 Uhr **Siegfried Leder/Erding**
Was sollte der Implanteur/Prothetiker von der Funktionslehre wissen? – Ein wissenschaftliches Update vom Praktiker für den Praktiker
- 15.00 – 15.30 Uhr **Prof. Dr. Thomas Sander/Hannover**
Marketing als Erfolgsfaktor für die Zahnarztpraxis
- 15.30 – 15.45 Uhr Diskussion
- 15.45 – 16.15 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung
- 16.15 – 16.45 Uhr **Dr. Dr. Karl Heinz Heuckmann/Chieming**
Tunneltechnik – ein innovatives Augmentationsverfahren speziell für den Unterkiefer. Konzept, Technik, klinische Ergebnisse, histologische Befunde, Benefit
- 16.45 – 17.05 Uhr **Dr. Winfried Walzer/Berlin**
Die minimalinvasive Implantatlösung – Langzeit-Prothesenstabilisierung mit Mini-Implantaten
- 17.05 – 17.25 Uhr **Prof. (Griffith Univ.) Dr. Torsten Remmerbach/Leipzig**
Zahnärztliche Implantate und allgemeinmedizinische Risikofaktoren
- 17.25 – 17.45 Uhr Abschlussdiskussion



Hotel NEPTUN
Seestraße 19
18119 Warnemünde
Tel.: 03 81/7 77-0
Fax: 03 81/5 40 23
www.hotel-neptun.de

Zimmerpreise

EZ 135,- € DZ 199,- € Die Zimmerpreise verstehen sich inkl. Frühstück und MwSt.
Hinweis: Informieren Sie sich vor Zimmerbuchung bitte über eventuelle Sondertarife. Es kann durchaus sein, dass über Internet oder Reisebüros günstigere Konditionen erreichbar sind.

Zimmerbuchungen in unterschiedlichen Kategorien

PRS PRS Hotel Reservation
Tel.: 02 11/51 36 90-61, Fax: 02 11/51 36 90-62
E-Mail: info@prime-con.de

Freitag, 4. Juni 2010

Seminare für das gesamte Praxisteam

1 Basisseminar „Unterspritzungstechniken“ 195,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale** 45,- € zzgl. MwSt.

*inkl. Demo-DVD

2 Perfect Smile 455,- € zzgl. MwSt.
(Mitglieder der DGKZ erhalten 45,- € Rabatt auf die Kursgebühr)

3 Qualitätsmanagement – Seminar 2010 395,- € zzgl. MwSt.
Teampreis (zwei Personen aus einer Praxis) 495,- € zzgl. MwSt.
Weitere Personen aus der Praxis 150,- € zzgl. MwSt.
In der Kursgebühr ist ein auf die Praxis personalisiertes QM-Navibuch enthalten.

4 Smile Esthetics 95,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale** 25,- € zzgl. MwSt.

Abendveranstaltung für Teilnehmer kostenlos
für Begleitpersonen 45,- € zzgl. MwSt.

Die Teilnahme an den Firmenworkshops ist kostenfrei.

Samstag, 5. Juni 2010

Zahnärzte 100,- € zzgl. MwSt.
Assistenten (mit Nachweis) 55,- € zzgl. MwSt.
Helferinnen (Hygieneseminar) 55,- € zzgl. MwSt.

Parodontologie-Symposium 130,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale** 45,- € zzgl. MwSt.

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

Veranstalter/Anmeldung

OEMUS MEDIA AG, Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-3 08, Fax: 03 41/4 84 74-2 90

Allgemeine Geschäftsbedingungen

1. Die Kongressanmeldung erfolgt schriftlich auf den vorgedruckten Anmeldekarten oder formlos. Aus organisatorischen Gründen ist die Anmeldung so früh wie möglich wünschenswert. Die Kongresszulassungen werden nach der Reihenfolge des Anmeldeeingangs vorgenommen.
2. Nach Eingang Ihrer Anmeldung bei der OEMUS MEDIA AG ist die Kongressanmeldung für Sie verbindlich. Sie erhalten umgehend eine Kongressbestätigung und die Rechnung. Für OEMUS MEDIA AG tritt die Verbindlichkeit erst mit dem Eingang der Zahlung ein.
3. Bei gleichzeitiger Teilnahme von mehr als 2 Personen aus einer Praxis an einem Kongress gewähren wir 10% Rabatt auf die Kongressgebühr, sofern keine Teampreise ausgewiesen sind.
4. Die ausgewiesene Kongressgebühr und die Tagungspauschale versteht sich zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.
5. Der Gesamtrechnungsbetrag ist bis spätestens 2 Wochen vor Kongressbeginn (Eingang bei OEMUS MEDIA AG) auf das angegebene Konto unter Angabe des Teilnehmers, der Seminar- und Rechnungsnummer zu überweisen.
6. Bis 4 Wochen vor Kongressbeginn ist in besonders begründeten Ausnahmefällen auch ein schriftlicher Rücktritt vom Kongress möglich. In diesem Fall ist eine Verwaltungskostenpauschale von 25,- € zu entrichten. Diese entfällt, wenn die Absage mit einer Neuanmeldung verbunden ist.
7. Bei einem Rücktritt bis 14 Tage vor Kongressbeginn werden die halbe Kongressgebühr und Tagungspauschale zurückerstattet, bei einem späteren Rücktritt verfallen die Kongressgebühr und die Tagungspauschale. Der Kongressplatz ist selbstverständlich auf einen Ersatzteilnehmer übertragbar.
8. Mit der Teilnahmebestätigung erhalten Sie den Anfahrtsplan zum jeweiligen Kongresshotel und, sofern erforderlich, gesonderte Teilnehmerinformationen.
9. Bei Unter- oder Überbelegung des Kongresses oder bei kurzfristiger Absage eines Kongresses durch den Referenten oder der Änderung des Kongressortes werden Sie schnellstmöglich benachrichtigt. Bitte geben Sie deshalb Ihre Privattelefonnummer und die Nummer Ihres Faxgerätes an. Für die aus der Absage eines Kongresses entstehenden Kosten ist OEMUS MEDIA AG nicht haftbar. Der von Ihnen bereits bezahlte Rechnungsbetrag wird Ihnen umgehend zurückerstattet.
10. Änderungen des Programmablaufs behalten sich Veranstalter und Organisatoren ausdrücklich vor. OEMUS MEDIA AG haftet auch nicht für Inhalt, Durchführung und sonstige Rahmenbedingungen eines Kongresses.
11. Mit der Anmeldung erkennt der Teilnehmer die Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG an.
12. Gerichtsstand ist Leipzig.

Achtung! Sie erreichen uns unter der Telefonnummer +49-3 41-4 84 74-3 08 und während der Veranstaltung unter den Telefonnummern +49-1 72-8 88 91 17 oder +49-1 73-3 91 02 40.

Nähere Informationen zu den Anfahrtsmöglichkeiten finden Sie auf www.oemus.com



Anmeldeformular per Fax an
03 41/4 84 74-2 90
oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig

DTG 4/10

Für den Ostseekongress/3. Norddeutsche Implantologietage am 4./5. Juni 2010 in Rostock-Warnemünde melde ich folgende Personen verbindlich an: (Zutreffendes bitte ausfüllen bzw. ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Freitag	<input type="checkbox"/> Samstag	<input type="checkbox"/> Basisseminar	<input type="checkbox"/> Perfect Smile*	<input type="checkbox"/> QM-Seminar	<input type="checkbox"/> Smile Esthetics	<input type="checkbox"/> 1. Staffel	<input type="checkbox"/> 2. Staffel	<input type="checkbox"/> Paro-Seminar	<input type="checkbox"/> Hygieneseminar
Titel, Name, Vorname, Tätigkeit		Seminare (Bitte ankreuzen)		Workshops (Bitte Nr. eintragen)					
<input type="checkbox"/> Freitag	<input type="checkbox"/> Samstag	<input type="checkbox"/> Basisseminar	<input type="checkbox"/> Perfect Smile*	<input type="checkbox"/> QM-Seminar	<input type="checkbox"/> Smile Esthetics	<input type="checkbox"/> 1. Staffel	<input type="checkbox"/> 2. Staffel	<input type="checkbox"/> Paro-Seminar	<input type="checkbox"/> Hygieneseminar
Titel, Name, Vorname, Tätigkeit		Seminare (Bitte ankreuzen)		Workshops (Bitte Nr. eintragen)					

*Sollten Sie DGKZ-Mitglied sein, notieren Sie dies bitte auf dem Anmeldeformular.
Abendveranstaltung ____ (Bitte Personenzahl eintragen)

Praxisstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen zum Ostseekongress/3. Norddeutsche Implantologietage erkenne ich an.

Datum/Unterschrift

E-Mail:

Statement: Alumni-Kultur



Foto: Kristian Sekulic

Vernetzen Sie sich bundesweit und werden Sie Teil der zahnmedizinischen Alumni-Kultur.

mehr auf Seite » 27

Keramik versus Komposit



Viele Teilnehmer nutzten auch in diesem Jahr das umfangreiche Fortbildungsangebot der DGKZ.

mehr auf Seite » 29

dent-net® Netzwerk



Seit dem 1. März 2010 ist nun auch die KKH-Allianz neuer Partner im dent-net®-Verbund.

mehr auf Seite » 30f

„Implantology Start Up 2010“ und 11. Expertensymposium

Mit einem wissenschaftlichen Programm der Sonderklasse wartet eine der traditionsreichsten Implantologieveranstaltungen vom 30. April bis 1. Mai 2010 in Düsseldorf auf.

■ (ji) Nichts ist so gut, dass es nicht noch besser gemacht werden kann. Auch wenn es gelungen ist, über die Kombination von Einsteiger- und Expertenkongress in den letzten Jahren weit mehr als 3.000 Zahnärzten den Weg in die Implantologie zu eröffnen und ca. 2.000 von ihnen in der Folgezeit auch als Anwender zu begleiten, so ist es stets auch erklärtes Ziel, neue Wege zu gehen, um diese Veranstaltung noch spannender zu machen. Unter diesem Gesichtspunkt werden das Expertensymposium „Innovationen Implantologie“ und das „Implantology Start Up“, welches auch bekannt ist als Implantologie-Einsteiger-Congress und bereits zum 17. Mal veranstaltet wird, diesmal mit fachlicher Unterstützung von Prof. Dr. Jürgen Becker (Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie und Aufnahme, Düsseldorf)

durchgeführt, der auch die wissenschaftliche Leitung der Veranstaltung und damit ebenfalls die Federführung bei der Programmgestaltung der beiden Kongresse hat. Ihm ist es gelungen, ein Referententeam mit erstklassiger wissenschaftlicher Reputation zusammenzustellen.

Das neue Konzept der Veranstaltung verbindet Expertensymposium und Start Up noch enger miteinander und bietet so auch die Durchlässigkeit beider Programmteile. Insbesondere die Einsteiger partizipieren durch die Einführung des komplett gemeinsamen zweiten Kongresstages mit seinen thematischen Spezialpodien besonders von der neuen Veranstaltungsstruktur. Am ersten Kongresstag werden alle fachlichen Basics vermittelt und im Rahmen von Hands-on-Kursen führende



Düsseldorf, Foto: interlight

Implantatsysteme, von CAMLOG bis Straumann, praktisch vorgestellt. Die Tagungsleitung hat hier der Konstanzer MKG-Chirurg Prof. Dr. Dr. Frank Palm. Im Parallelprogramm stehen für die versierten Anwender in dieser Zeit Seminare zu diversen Spezialthemen der Implantologie, von Augmentation bis computergestützter Diagnostik und Behandlungsplanung, auf dem Programm.

Der Samstag steht dann ganz im Zeichen der Wissenschaft. Sowohl im gemeinsamen Hauptpodium am Vormittag sowie in den drei Spezialpodien – „Prothetik“, „Weichgewebsmanagement“

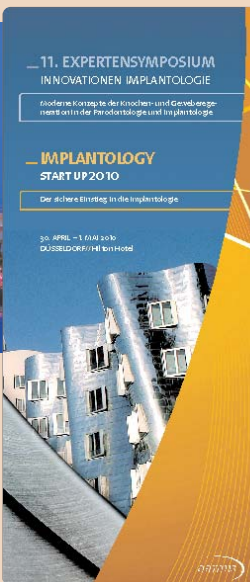
und „Periimplantitis“ – am Samstagmittag werden die aktuellsten Trends der Implantologie sowie das, was heute in dieser Disziplin als State of the Art angesehen wird, auf höchstem fachlichen Niveau vermittelt werden. Ein zweitägiges Helferinnenprogramm mit einem eintägigen Hygieneseminar rundet das Angebot ab, sodass der Kongress zugleich auch ein Fortbildungs-Highlight für das gesamte Praxisteam darstellt.

Mit über 150 Anbietern im nationalen Implantologiemarkt ist es selbst für versierte Anwender kaum mehr möglich, sich einen repräsentativen Überblick

zu verschaffen. Daher erhält jeder Kongressteilnehmer (Zahnarzt und Zahntechniker), in der Kongressgebühr inkludiert, das rund 250

Seiten umfassende Handbuch „Implantologie 2010“. ◀

Oemus Media AG ZWP online
 Weitere Informationen finden Sie ebenfalls auf www.zwp-online.info/events
 Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig
 Tel.: 03 41/4 84 74-3 08
 Fax: 03 41/4 84 74-2 90



ANZEIGE



Für Ihr Wertvollstes das Beste! TÖCHTER und SÖHNE der Ärzte/-innen und Zahnärzte/-innen studieren an der

Danube Private University (DPU) FAKULTÄT MEDIZIN/ZAHNMEDIZIN

- **Diplom-Studium Zahnmedizin zum Dr. med. dent.** Master of Science Fachgebiet (M.Sc.)
- **Bachelor/Master of Arts Medizinjournalismus und Öffentlichkeitsarbeit** (BA/MA)



Die erste Studiengruppe der DPU startete am 21. September 2009.

Das Dental Excellence-Studium ist vom Österreichischen Akkreditierungsrat (ÖAR) akkreditiert, europaweit anerkannt, entspricht voll in allen Punkten den europäischen Bildungsrichtlinien. Mit besonders praxisorientierter Betreuung durch hoch angesehene Wissenschaftler, von 2.000 universitär weitergebildeten praktizierenden Zahnärzten/-innen evaluiert, wird höchster Bildungsanspruch erfüllt. Die Danube Private University (DPU) bildet junge Studierende zu exzellenten Zahnärzten/-innen aus, deren Praxen sich mit „State of the Art“ bei den Patienten auszeichnen. Außerdem bieten wir mit dem



Bachelor/Master of Arts Medizinjournalismus und Öffentlichkeitsarbeit (BA/MA) einen weltweit neuen und einzigartigen Studiengang an, der im Bereich des Gesundheitswesens Spezialisten im Fachgebiet hervorbringt. In landschaftlicher Schönheit der UNESCO Weltkulturerberegion „Wachau“, vor den Toren der Metropole Wiens, bietet das Studieren in kleinen Gruppen Geborgenheit und Sicherheit, erfüllt es kulturelle Ansprüche, junge Menschen aus vielen Ländern Europas und der Welt finden an der Danube Private University (DPU) interkulturellen Austausch.

Mit unseren Professoren/-innen auf dem Weg zur internationalen Spitze. Interessenten wenden sich bitte an die

Danube Private University (DPU)
 Campus West
 Dr.-Karl-Dorrek-Straße 23
 A-3500 Krems an der Donau
www.DP-Uni.ac.at

oder für eine persönliche Beratung an Stefanie Wagner, M. A.,
 Tel.: +43-(0) 27 32/7 04 78.

FAXANTWORT

+43-(0) 27 32/7 04 78-70 60

oder per Post an:
Danube Private University (DPU)
 Campus West
 Dr.-Karl-Dorrek-Straße 23
 A-3500 KREMS

Bitte übersenden Sie mir die Infobroschüre der Danube Private University (DPU) zum:

- Diplom-Studium Zahnmedizin zum Dr. med. dent.
- Studiengang Bachelor/Master of Arts Medizinjournalismus und Öffentlichkeitsarbeit (BA/MA)

Name, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____
 Telefon _____ Fax _____ Unterschrift _____

DGZI Implant Dentistry Award 2010

Der Einsendeschluss für Bewerbungen ist der 15. Mai 2010.



^ DGZI Präsident Dr. Friedhelm Heinemann und Laudator Prof. Dr. Werner Mang mit Preisträgern bei der Verleihung des letzten Awards in Düsseldorf.

■ Anlässlich ihres 40-jährigen Bestehens vergibt die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie (DGZI) erneut den begehrten Implant Dentistry Award für exzellente wissenschaftliche Arbeiten. Diese sollen im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 30. April 2010 in einem peer-reviewed Journal veröffentlicht worden sein. Der Preis ist mit insgesamt 10.000 Euro dotiert und wird im Rahmen des Internationalen Jahreskongresses der DGZI in Berlin verliehen. Nicht habilitierte oder in der Praxis

niedergelassene Kollegen, die DGZI-Mitglieder sind, können die Bewerbung auch als eine zweite Chance wahrnehmen und Artikel einreichen, die von einem solchen Journal abgelehnt wurden. Sowohl Alleinautoren wie auch Forschergruppen steht eine Bewerbung offen.

Die Arbeiten müssen anonym - mit einem Kennwort versehen - in vierfacher Ausfertigung und als PDF-Datei bis zum 15. Mai 2010 an den Vorsitzenden des Wissenschaftlichen Beirates, Dr. med. dent. Roland Hille, Königsallee 49c, 41747 Viersen, eingereicht werden. Der Umfang soll 30 DIN-A4-Seiten nicht überschreiten. Die Bewertung erfolgt durch eine unabhängige Jury im Auftrag des DGZI-Vorstandes.

Die DGZI ist mit nahezu 4.000 Mitgliedern eine der größten wissen-

schaftlichen Fachgesellschaften Europas. Zusammen mit ihren Kooperationspartnern umfasst sie etwa 12.000 Mitglieder. Um besondere Forschungsleistungen auf dem Gebiet der Implantologie oder verwandten Disziplinen der zahnärztlichen Therapie zu fördern, verlieh die DGZI erstmals im Jahr 2005 den DGZI Implant Dentistry Award. Ins Leben gerufen wurde der Preis vom Vorsitzenden des Wissenschaftlichen Beirates der DGZI, Dr. med. dent. Roland Hille. ◀

Interessenten wenden sich für weitere Informationen an die:

Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.
Feldstraße 80
40479 Düsseldorf
Tel.: 02 11/1 69 70-77
Fax: 02 11/1 69 70-66
Tel.: 0800-DGZITEL
(0800-33494835)
sekretariat@dgzi-info.de

ZWP online
Weitere Informationen stehen unter www.zwp-online.info/kammern_verbaende_bereit.



■ Die 5. Europäische Konsensuskonferenz (EuCC) erstellte unter Federführung des Bundesverbandes der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) Mitte Februar in Köln einen Leitfaden für den Umgang mit Behandlungsfehlern und Komplikationen in der Implantologie vor. „Niemand beschäftigt sich gerne mit Komplikationen oder Behandlungsfehlern. Es ist aber angesichts der steigenden Zahl an Implantationen in Deutschland und Europa an der Zeit, auch offen über solche Probleme zu sprechen, weil nur so neue Behand-

lungsfehler vermieden und überholte Therapiekonzepte verändert werden können“, begründet BDIZ EDI-Präsident Christian Berger die Themenwahl für die EuCC. Der BDIZ EDI stellt das Jahr 2010, das mit dem Experten Symposium in Köln eingeleitet wurde, unter dieses Generalthema.

Das Konsensuspapier 2010 definiert und beschreibt insbesondere Komplikationen, die in der intraoperativen Phase entstehen können. Es schlägt zudem konkret Maßnahmen im Fall einer Verletzung vor. ◀

ZWP online
Weitere Informationen stehen unter www.zwp-online.info/kammern_verbaende_bereit.

ANZEIGE

ERFAHRUNG MACHT DEN UNTERSCHIED.

IMPLANTOLOGIE Curriculum

26.04.-02.05.2010 GÖTTINGEN

Drei Gründe, warum immer mehr Kollegen ihr Curriculum Implantologie beim DZOI machen:

- **Dezentrales Chairside Teaching-Praxis**
... praktische Ausbildung in einer Teaching-Praxis eines Kollegen ganz in Ihrer Nähe.
Die Termine stimmen Sie selbst mit der Praxis ab!
- **Blockunterricht**
... konzentrierter Unterricht – 7 Tage an der Universität Göttingen!
- **Testbericht**
... weil die ZWP-Zahnarzt-Wirtschaft-Praxis in ihrem großen Curricula-Vergleichstest festgestellt hat:

LASERZAHNMEDIZIN Curriculum

Modul II

17.09.-19.09.2010 LANDSHUT

Zertifizierte Weiterbildung in Zusammenarbeit mit der SOLA unter der wissenschaftlichen Leitung von Dr. Manfred Wittschier:

- **2 ½ Tage-Intensivkurs basierend auf Modul I**
- **Hospitation beim Einsatz am Patienten (verschiedene Laser)**
- **Live-Übertragung von Therapien, Hands-on Training**
- **Zertifikat „Curriculum Laserzahnmedizin DZOI/SOLA“ nach bestandener Prüfung**

213 Fortbildungspunkte

„Schneller und kompakter gelingt der Einstieg in die Implantologie woanders kaum!“

Informationen und Anmeldung:
Deutsches Zentrum für orale Implantologie e.V.

Hauptstraße 7 a | 82275 Emmering
Tel.: 0 81 41.53 44 56 | Fax: 0 81 41.53 45 46 | office@dzo.de | www.dzo.de

TePe Prophylaxe Contest

Erfolgreicher Fotowettbewerb geht in die dritte Runde.

■ Nach dem großen Erfolg des 2. TePe Prophylaxe-Wettbewerbs im vergangenen Jahr setzen die schwedischen Prophylaxe-Experten ihren Ideen-Contest für alle Zahnmedizinischen Fachangestellten und Zahnarzhelferinnen auch 2010 fort. Gemeinsam mit „praxisDienste“, Deutschlands führendem Dienstleister für Prophylaxe-Konzepte, sucht TePe wieder kreative Vorschläge und praxisnahe Anregungen rund um das Thema Mundhygiene. Diesmal handelt es sich beim Wettbewerb um einen Fotowettbewerb. Gesucht wird dabei das kreativste und schönste Foto bei der Verwendung von TePe-Produkten. Den Ideen der



führt. Weitere Preise wie exklusive TePe Produktkoffer (mit hochwertigem Zahnmodell) und Gutscheine für Anwender- und Wissenskurse motivieren zusätzlich. Und: Bei jedem Einsender bedankt sich TePe mit einer kleinen Überraschung. Petra Mendoza, Brand Managerin bei TePe Deutschland, über den Prophylaxe-Wettbewerb: „Der Erfolg der vergangenen Wettbewerbe zeigt uns,



Teilnehmer sind dabei keine Grenzen gesetzt. Ob interdentale Reinigung beim Kopfstand, morgens, auf dem Weg zur Arbeit, beim Kinobesuch oder beim Marathonlauf ... alles ist erlaubt, Hauptsache ausgefallen & trotzdem alltäglich - wie die Mundhygiene!

Mitmachen lohnt, denn attraktive Preise warten: Die Gewinnerin darf sich über einen Weiterbildungsplatz zur Prophylaxeassistentin (ZMP) im Wert von 3.450 Euro bei „praxisDienste“ freuen. Diese Fortbildung wird in einer Übungspraxis von erfahrenen Referenten im kleinen und lernintensiven Rahmen durchge-

wie viel Interesse bei zahnmedizinischen Angestellten bzgl. Prophylaxe und auch Weiterbildung herrscht. Daher freut uns sehr, auch dieses Jahr wieder die ZMP-Ausbildung zu verlosen und natürlich auch weitere tolle Preise.“ Ausführliche Informationen und die genauen Teilnahmebedingungen zum 3. TePe Prophylaxe-Wettbewerb sind im Internet unter www.tepe.com zu finden. Bis zum 25. Mai 2010 können die Vorschläge per E-Mail an ideenwettbewerb@tepe.com gesendet werden.

Die Preisverleihung erfolgt beim Dental Pearls Kongress in Düsseldorf am 12.06.2010! ◀

Alumni-Kultur der Zahnmedizin in Deutschland – es ist noch ein langer Weg

Ein Statement von Jan-Philipp Schmidt zur Arbeit der Alumni-Vereine und des BdZA.

■ In Amerika sehen es die Alumni als selbstverständlich an, dass sie ihrer Universität für die empfangene fachliche Ausbildung und die reichen Angebote zur Persönlichkeitsbildung als Gegenleistung in vielfältiger Weise Unterstützung zukommen lassen. Alle zahnmedizinischen Fakultäten der USA werden durch eigene Alumni-Vereine unterstützt und nicht selten werden durch Spendenmittel und Nachlässe von ehemaligen Studierenden ganze Abteilungen finanziert und nach den entsprechenden Absolventen benannt.

In Deutschland ist die Alumni-Kultur im Fachbereich der Medizin seit den letzten 10 Jahren kontinuierlich gewachsen – nahezu alle Universitäten haben eigene medizinische Alumni-Vereine gegründet, die systematisch die Absolventen der Universität zu kontaktieren versuchen. Dabei wird auf die Adressen der Ehemaligen zurückgegriffen, die bei ihrem Studienabschluss aktuell waren und in den seltensten Fällen werden die Alumni auf dem Postweg tatsächlich erreicht. Deshalb sind die Vereine im Zuge der stetig steigenden Zahl von Internetnutzern darauf angewiesen, dass sich die ehemaligen Studierenden selbst an ihre Uni-Zeit zurückbesinnen und sich ange-regt durch Fortbildungsveranstaltungen oder Ehemaligen-Treffen bei den Alumni-Vereinen registrieren.

Fehlende Identifikation

In den Gesprächen mit den Studiendekanen der Universitäten und den Vorsitzenden der medizinischen Alumni-Vereine wird immer wieder deutlich, dass sich die Bemühungen sehr auf den „eigenen Universitäts-Vorgarten“ beschränken. Es ist ein treffendes Argument, dass ein Absolvent immer genau einer Universität zugeordnet wird – daher sei ein Austausch der Alumni-Vereine untereinander von untergeordneter Bedeutung.

Diese Sichtweise verlangsamt die Entwicklung einer flächendeckenden Alumni-Kultur merklich – in Deutschland werden mit den Bemühungen der Alumni-Vereine noch zu wenige herausragende Projekte realisiert. Noch schlechter stellt sich die Situation dar, wenn man den Fachbereich Zahnmedizin genauer betrachtet: Abgesehen von Ausnahmen organisieren sich die ehemaligen Studierenden nicht in eigenen Alumni-Vereinen, sodass die Identifikation der Absolventen mit ihrer Alma Mater zusätzlich erschwert wird.

Anfang 2009 haben daher die Bundeszahnärztekammer und der Bundesverband der Zahnmedizinstudenten in Deutschland entschieden, dass die Gründung eines Dachverbandes für die zahnmedizinischen Absolventen in Deutschland sinnvoll und notwendig ist, um die Alumni des Zahnmedizinstudiums in ihrer Berufsfindung und -ausübung sowie ihrem sozialen Engagement zu unterstützen und die Vernetzung der Zahnärztinnen und Zahnärzte auf nationaler und internationaler Ebene voranzutreiben.

BdZA für Absolventenvernetzung

Die Arbeit des gegründeten *Bundesverbandes der Zahnmedizinischen Alumni in Deutschland e.V.* – kurz BdZA, soll bereits bei den Studierenden der Zahnheilkunde ansetzen. Die Alumni-Kultur der Zahnmedizin muss zweifelsohne direkt an den Universitäten entstehen – der BdZA kann dabei helfen, die entsprechenden Anstöße zu geben.

Dass die Bemühungen des jungen Verbandes nicht nur auf Unterstützung stoßen würden, war im Vorfeld der Gründung – welche maßgeblich durch den ehemaligen Präsidenten der Bundeszahnärztekammer Dr. Dr. Jürgen Weitkamp und die ehemaligen Vorstände der zahnmedizinischen Studierendenvereinigung initiiert wurden – allerdings nicht abzusehen.

Vor allem vonseiten der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde wurde die

Gründung des BdZA zunächst mit Misstrauen beobachtet – gerade im Hinblick darauf, dass die DGZMK mit der Initiative *young dentists* ein eigenes Fortbildungskonzept für junge Zahnmediziner ins Leben gerufen hat, wurde die Befürchtung geäußert, der BdZA wolle das Thema „postgraduale Fort- und Weiterbildung“ in den Fokus seiner Bemühungen stellen. Mehr als ein Jahr nach Gründung des BdZA konnten diese Verständigungsprobleme beseitigt werden und zum Deutschen Zahnärztetag 2010 in Frankfurt am Main soll die Zusammenarbeit zwischen den Organisationen nun ausgebaut werden.

Der BdZA würdigt die Stellung der DGZMK als höchste wissenschaftliche Fachgesellschaft in Deutschland und unterstützt die Akademie für Praxis und Wissenschaft bei der Fort- und Weiterbildung der jungen Generation von Zahnmedizinern.

Unterstützen Sie Ihre Alma Mater

Im Sinne der zahnmedizinischen Alumni-Kultur in Deutschland bleibt zu hoffen, dass alle am Prozess Beteiligten – in erster Linie die Universitäten selbst – die Motivation behalten, die ehemaligen Studierenden emotional an ihre Standorte zu binden. Unterstüt-

zen Sie Ihre Alma Mater: Nehmen Sie Kontakt mit dem Alumni-Verein Ihrer Universität auf oder gründen Sie ihn zusammen mit ehemaligen Kommilitonen. Vernetzen Sie sich bundesweit und werden Sie Teil der zahnmedizinischen Alumni-Kultur in Deutschland. ◀◀



Kontakt

Jan-Philipp Schmidt
Vorsitzender des BdZA
mail@bdza.de, www.bdza.de
www.dents.de

ANZEIGE

CALAMUS® DUAL DOWNPACK & BACKFILL

FÜR SCHNELLE UND DICHTER WURZELKANALFÜLLUNGEN



DIE ZEITSPARENDE UND DAUERHAFT 3D WURZELKANALOBTURATION

Die Obturation war noch nie so einfach!

- Obturationsgerät für Downpack und Backfill

Gerät mit hohem Arbeitskomfort

- Ergonomisch gestaltete Handstücke mit großem Bedienungswinkel und Aktivierung durch federleichten Druck auf flexiblen Silikonring
- Laterale oder vertikale Kondensation? Calamus® bietet die besseren Resultate
- Die vertikale Kondensation ist das schnellere Verfahren für dauerhafte und dichte dreidimensionale Wurzelkanalfüllungen
- Verlässliche Füllung der Seitenkanäle und minimale Gefahr von Wurzelfrakturen

DENTSPLY
MAILLEFER

www.dentsplymailefer.com

8. Symposium des Deutschen Implantologie Zentrum in Detmold



^ Erfolgreiche Teilnehmer der Prüfung zum Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie und Spezialist der Implantologie.

DVT-Röntgendiagnostik und Implantatplanung waren die Themen des 1. Moduls.

Am 5. und 6. Februar 2010 nahmen 50 Zahnärzte, Kieferchirurgen und Implantologen am ersten Modul des 8. DIZ-Symposiums, welches erstmalig in praxis-eigenen Fortbildungsräumen durchgeführt wurde, teil. Themenschwerpunkt dieser zahnärztlichen Fortbildungsveranstaltung mit Gastreferenten aus Hamburg (Prof. Uwe Rother) und Aachen (Prof. Murat Yildirim) waren die dreidimensionale Volumetomografie zur präzisen Implantatplanung sowie die dreidimensionale Alveolarfortsatzrekonstruktion mithilfe des humanen, nach dem Arzneimittelgesetz zugelassenen, Knochenblocks Osteograft.

CT-Diagnostik vs. DVT

In seinem Vortrag „Der Stellenwert der digitalen Volumetomografie in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ beleuchtete Prof. Rother die gesamte präoperative Röntgendiagnostik und Planung vor jeder oralchirurgischen Operation. Besonders hob Rother die Vor- und Nachteile der CT-Diagnostik und die Unterschiede zum DVT hervor. Als rechtfertigende Indikation für die zahnärztliche radiologische 3-D-Diagnostik sind nicht nur die Implantatplanung und postoperative Kontrolle augmentativer Maßnahmen aufzuführen, sondern auch eine Vielzahl von klinischen

Fragestellungen, die mit der zweidimensionalen Aufnahmetechnik nicht präzise zu lösen sind. Dazu zählen aus dem chirurgischen Bereich traumatische Verletzungen, periapikale Infektionen, Zysten, Lagebestimmung von retinierten 8ern mit Nähe zum Nervkanal sowie Nähe von Wurzelspitzen zu anatomisch gefährdeten Strukturen. Rother führte aus, dass die ca. ein Dutzend auf dem deutschen Markt befindlichen Gerätehersteller sich nicht nur von den Scanzeiten, Sensortypen und vom Volumen (large field of view, small field of view), sondern auch von den Strahlungswerten deutlich voneinander unterscheiden. Beeindruckt konnte Prof. Rother seine Zuhörer mit den unzähligen präzisen dreidimensionalen pathologischen Befunden, die sich im Laufe seiner fast zehnjährigen Tätigkeit mit unterschiedlichen DVT-Geräten, teils auch als okkultem Zusatzbefund, gezeigt haben.

Sinusbodenelevation live

Am Nachmittag begann Zahnarzt Ingmar Schau nach vorausgegangener 3-D-Diagnostik eine rechte zahnlose Oberkieferhälfte mit einer Sinusbodenelevation und präsinusaler Implantation am Patienten durchzuführen. Der DVT-Scan offenbarte eine leicht polypös verdickte Sinusschleimhaut mit Flüssigkeitsansammlung bei klinisch unauffälligem Befund. Im Rahmen der Sinusbodenelevation wurde durch eine Miniöffnung in der Schneider'schen Membran der Inhalt abgesaugt, die Ruptur mit einem Sinus-Pouch sorgfältig abgedeckt und eine subtrale Augmentation mit dem humanen Knochenersatzmaterial Osteograft durchgeführt. Dabei wurde Wert darauf gelegt, dass das Osteograft-Material mit Eigenblut und Fibrinkleber solange „geklotet“ wurde, dass eine zähe breiige Augmentationssubstanz entstand, deren Partikel nach Einbringung in den Subantralraum nicht dislozieren konnte.

DVT-Systeme im Vergleich

Dr. Plöger beleuchtete in seinem Vortrag die DVT-Diagnostik und Planung in der implantologischen Praxis. Dabei stellte Plöger nicht nur den hohen präoperativen diagnostischen Stellenwert bezüglich Planung und Durchführung der Augmentation respektive Implantation, sondern die von dem Kodak 9500 DVT ausgehende Überzeugungskraft bei dem Beratungs- und Aufklärungsgespräch für den Patienten sowie die hohe Nachvollziehbarkeit von durchzuführenden Augmentationsmaßnahmen aufgrund fehlender Höhe und/oder Breite. Somit bekommt der Behandler eine schnellere Akzeptanz bzw. Einwilligung des Patienten für den von ihm vorgeschlagenen Therapieweg. Plöger stellte im Vergleich zu anderen etablierten auf dem Markt befindlichen DVT-Systemen heraus, dass die Strahlungswerte des Kodak 9000 3D als auch des Kodak 9500 3D-DVT im Vergleich zu den anderen Systemen im untersten Bereich anzusiedeln und damit von der Strahlenhygiene zu favorisieren ist. Insbesondere das preislich interessante Kodak 9000 3D-DVT ermöglicht mithilfe der „Stitching-Funktion“ eine Bildfusion von drei einzelnen Volumina, sodass eine Gesamtplanung eines Kiefers umfassend und vollständig durchgeführt werden kann. Die Fachgespräche wurden in lockerer Runde beim gemeinsamen Abendessen weiter fortgeführt.

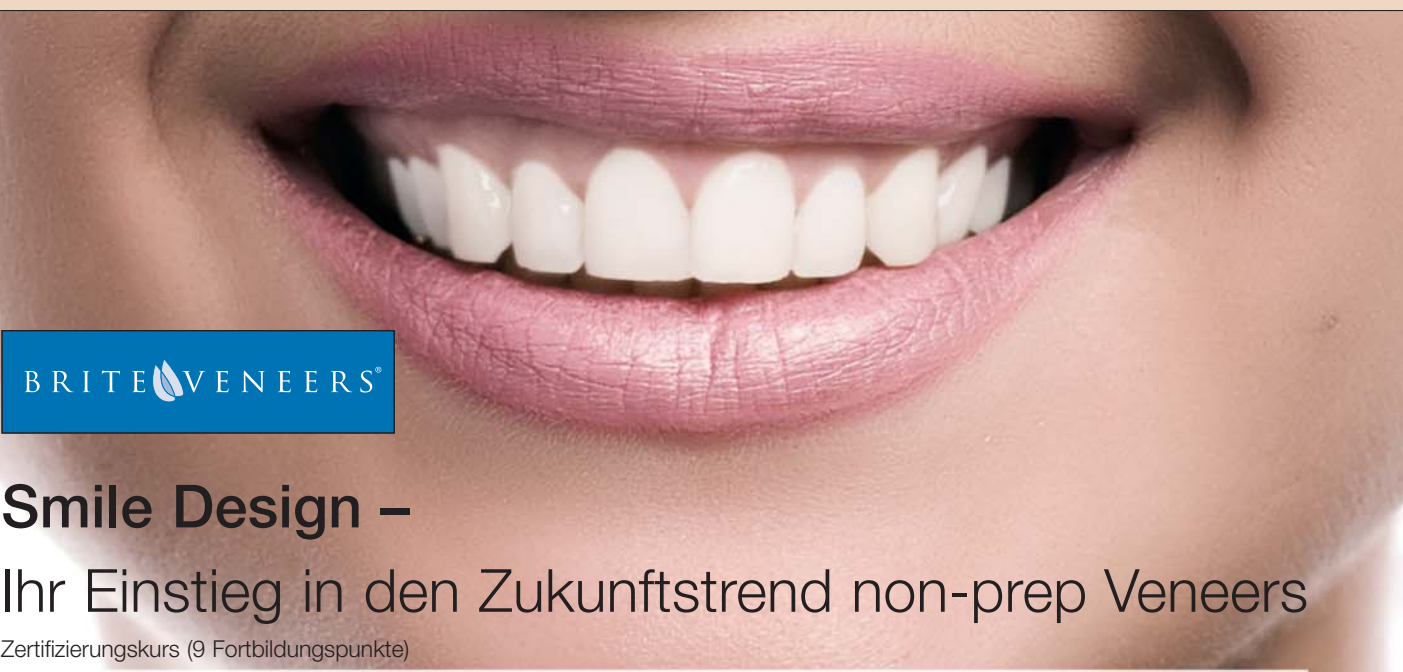
Das 2. Modul wird sich hauptsächlich mit der Chirurgie (Sinuslift, Blockaugmentation, laterale Augmentation, Splitting-/Spreading-/Condensing-Techniken etc.) befassen und am 24. und 25. September 2010 stattfinden. ◀

Deutsches Implantologie Zentrum

Tel.: 0 52 31/30 20 55

info@diz-dt.de, www.diz-dt.de

ANZEIGE



BRITE VENEERS®

Smile Design – Ihr Einstieg in den Zukunftstrend non-prep Veneers

Zertifizierungskurs (9 Fortbildungspunkte)



vorher



10 Veneers in 1 Stunde



nachher

Erlernen Sie die einfache Handhabung des revolutionären BriteVeneers® non-prep Systems zum Wohle Ihrer Patienten und Ihrer Praxis

Vorteile für Ihre Patienten

- schmerzfrei – keine Spritze
- schonend – keine Entfernung gesunder Zahnschubstanz
- schnell – keine Provisorien
- strahlend – einfach schöne Zähne

In einer kleinen Arbeitsgruppe erleben Sie die Anwendung des BriteVeneers®-Systems bei der Komplettbehandlung durch den zahnärztlichen Trainer. Zudem erlernen Sie Schritt für Schritt das BriteVeneers®-System, indem Sie persönlich einen kompletten Veneerbogen (8 Veneers) im Rahmen einer praxisnahen Behandlung an Phantomköpfen selbstständig einsetzen.

Wählen Sie individuell nach dem Anspruch Ihrer Patienten das passende Veneersystem

BriteVeneers® One-Step hybrid

kostengünstiges Einsteigerveneer Hybridkomposit

BriteVeneers® One-Step ceramic

Zeitersparnis mit der zum Patent angemeldeten Traytechnologie 100 % Keramik

BriteVeneers® handcrafted ceramic

individuelle Kreation mit maximalen Transluzenz- und Farbvariationen 100 % Keramik

Kurse 2010

Salzburg
17.04.10

München
24.04.10/08.05.10

Düsseldorf
01.05.10/09.10.10

Hamburg
15.05.10

Lindau
19.06.10

Berlin
03.07.10

Leipzig
11.09.10

Kursdauer: 10.00–15.00 Uhr 1. Teil: Theoretische Einführung in das BriteVeneers®-System • 2. Teil: Demonstration aller Behandlungsschritte am Beispiel eines Phantomkopfes • 3. Teil: 15.00–18.00 Uhr Praktischer Workshop/Zertifizierung

Tel.: +49-3 41/9 60 00 60 · Fax: +49-3 41/9 61 00 46 · E-Mail: info@brite-veneers.com · www.brite-veneers.com

Die Veranstaltung entspricht den Leitsätzen und Empfehlungen der KZBV einschließlich der Punktebewertungsempfehlung des Beirates Fortbildung der BZÄK und der DGZMK. 9 Fortbildungspunkte (Teil 3)

MELDEN SIE SICH JETZT AN!

„Keramik versus Komposit“: Gelungener Kongress in Düsseldorf

Vom 12. bis 13. März 2010 lud die Deutsche Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin (DGKZ) zu ihrer 7. Jahrestagung ein.



Hervorragend besucht waren auch die Workshops am Samstag, wo sich die Teilnehmer ergänzend oder über die Vortragsthemen hinaus fachliches Know-how für den Praxisalltag holen konnten. Ein Angebot war u.a. der praktische Arbeitskurs „Perfect Smile – Das Konzept für die perfekte Frontzahnästhetik“ mit Dr. Jürgen Wahlmann, Edewecht. Wie immer bei den Jahreskongressen der DGKZ wurde auch wieder über den Tellerrand hinausgeschaut: Die IGÄM-Kursreihe „Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht“ unter der Leitung von Dr. Andreas Britz, Hamburg, ergänzte innovativ und

informativ den rein zahnärztlichen Part dieser interessanten Veranstaltung. Abgerundet wurde die 7. Internationale Jahrestagung der DGKZ durch ein begleitendes Programm für die zahnärztliche Assistenz und eine informative Dentalausstellung. Die 8. Jahrestagung der DGKZ findet am 13. und 14. Mai 2011 in Berlin statt. ◀

Oemus Media AG

event@oemus-media.de

www.event-iec.de, www.event-esi.de

ZWP online
Weitere Informationen
finden Sie ebenfalls auf
www.zwp-online.info/events



■ Kosmetische Zahnmedizin im Kontext orofazialer Ästhetik polarisiert auch heute noch wie kaum ein anderes Thema. Die Deutsche Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin hat diese interdisziplinäre Herausforderung zum Gegenstand ihres seit 2003 währenden Engagements für ein seriöses und fachlich fundiertes Angebot bei ästhetisch/kosmetischen Behandlungen im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich gemacht und sah sich auf ihrer 7. Jahrestagung aus berufenem Munde von Universität und Praxis mehr als bestätigt. Das wissenschaftlich ausgesprochen anspruchsvolle Programm stand in diesem Jahr unter dem Motto „Keramik versus Komposit“ und wurde von den Teilnehmern begeistert aufgenommen. Hochkarätige Referenten aus dem In- und Ausland beleuchteten alle relevanten Aspekte.

Nach der Begrüßung durch den Präsidenten der DGKZ Prof. Dr. Martin Jörgens, Düsseldorf, zeigt Dr. Michael Sachs, Oberursel, die Chancen und Möglichkeiten einer interdisziplinären Zusammenarbeit von ästhetischer Chirurgie und Zahnmedizin als Element eines globalen Gesundheitsmarktes auf. Im Anschluss verdeutlichte Prof. Dr. Dr. Johannes Hönig, Hannover, mit seinem Vortrag zur Rejuvenation des äußeren Erscheinungsbildes auf beeindruckende Weise die Leistungsfähigkeit der ästhetischen Chirurgie, und Dr. Stefan Lipp, Düsseldorf, ergänzte in seinem Referat die Therapiemöglichkeiten der, für Zahnärzte besonders interessanten, Region der Lippe und Nasolabialfalte.

Der Block zum Themenschwerpunkt „Keramik und Komposite“ wurde von Prof. Dr. Andrej Kielbassa, Berlin, mit einem Vortrag zur ästhetischen Front- und Seitenzahnrestauration mit Keramik eröffnet. In der Folge beleuchteten zahlreiche, namhafte Referenten alle relevanten Aspekte der Thematik. Die Palette reichte dabei von konventionellen und Non-Prep-Veneers, über verschiedenste Aspekte von Komposit- und Keramikrestorationen im Zahnhals-, Front- und Seitenzahnbereich, Gegenüberstellungen der Versorgungen mit Veneers und Kompositrestorationen nach kieferorthopädischer Therapie.

ANZEIGE

DENTAL-SUISSE BASEL 27 | 28 | 29 MAI



www.dental2010.ch

<Dental-Suisse> 2010 in Basel
3 Tage Mittelpunkt für Dentalprofis aus
Schweiz - Deutschland - Frankreich - Italien

- im 2-Jahres-Rhythmus
- Die grösste Dentalmesse der Schweiz auf über 5'000 m²
- Standort Basel: Grosse Besucherzahl aus dem benachbarten Ausland
- Schnelle und unkomplizierte Anreise aus der ganzen Schweiz
- Anmeldung für Aussteller über www.dental2010.ch
- In Zusammenarbeit mit allen führenden Verbänden der Schweizer Dentalwelt



Patronat:
Arbeitgeberverband der
Schweizer Dentalbranche



Hauptpartner:
Schweizerische
Zahnärztesgesellschaft SSO



Partner:
Verband Zahntechnischer
Laboratorien der Schweiz, VZLS



Partner:
Schweizer Verband
der Dentalassistentinnen

Swiss Dental Hygienists

Partner:
Berufsverband für
Dentalhygienikerinnen und Dentalhygieniker

Medien Partner:



dental
SUISSE revue dentaire
romande

KKH-Allianz neuer Verbund-Partner im dent-net® Netzwerk

Selektiv-Verträge gelten für immer mehr Zahnärzte und Krankenkassen als zukunftsweisendes Modell.



^ Diplom-Betriebswirt Friedrich Smaga, Leiter Produktentwicklung bei der indento Managementgesellschaft mbH.

■ Nachdem dent-net® im vergangenen Jahr mit der DAK und einigen anderen Krankenkassen eine Reihe bedeutender Neuzugänge verzeichnen konnte, ist nun seit 1. März 2010 auch die KKH-Allianz, Deutschlands viertgrößte bundesweit tätige Krankenkasse mit mehr als 2 Millionen Versicherten, neuer Partner im dent-net®-Verbund. Nicht zuletzt aufgrund der Expansion und der enormen Zuwächse aufseiten der profitierenden Versicherungsnehmer sind auch immer mehr Zahnärzte dem dent-net® Netzwerk beigetreten. Im vergangenen Jahr konnte ein Zuwachs von 49 % verzeichnet werden.

Für 2010 avisiert dent-net® bis Ende des Jahres ca. 1.500 Partner-Praxen. Über diese beachtliche Entwicklung, die Hintergründe sowie die konträren Auffassungen mit der KZV sprachen wir mit Diplom-Betriebswirt Friedrich Smaga, Leiter Produktentwicklung bei der indento Managementgesellschaft mbH, dem Anbieter des etablierten dent-net® Netzwerkes.

today: Herr Smaga, mit der KKH-Allianz konnten Sie eine weitere namhafte Krankenkasse für das dent-net® Netzwerk gewinnen. Welche



Bedeutung hat dieser Neuzugang für die am Netzwerk teilnehmenden Zahnärzte?

Friedrich Smaga: Die Zahl der Patienten, für die dent-net®-Leistungen ein attraktives Angebot darstellen, ist damit nochmal deutlich gestiegen. Die Zusammenarbeit im dent-net®-Verbund wird seitens der KKH-Allianz sehr aktiv beworben. Alle Mitglieder werden schriftlich informiert, z. B. durch bundesweite Presseveröffentlichungen bekannt gemacht. Darüber hinaus werden die Versicherten über das Internet sowie in den zahlreichen Geschäftsstellen und durch Beiträge in der regelmäßigen Mitgliederzeitschrift informiert.

Wie viele Versicherungsnehmer können inzwischen in Deutschland insgesamt von den dent-net®-Leistungen profitieren und wie sehen diese Leistungen aus?

Derzeit sind es bundesweit insgesamt ca. 17,7 Millionen Versicherungsnehmer, wobei die Krankenkassen und Praxen zum Teil unterschiedliche dent-net®-Module anbieten. Grundsätzlich können dazu folgende Leistungen zählen: Deutlich kostenreduzierter Zahnersatz und zuzahlungsfreie Regelversorgungen sowie fallweise bis zu zweimal jährlich die zuzahlungsfreie Prophylaxe. Durch die Zusammenarbeit mit dem Implantatanbieter implant direct™ und ausgewählten implantierenden Praxen können auch Implantatversorgungen mit erheblichen Kosteneinsparungen in Anspruch genommen werden.



^ dent-net-Niederlassung in Essen.

Welche dent-net®-Leistungen können die Mitglieder der KKH-Allianz in Anspruch nehmen?

Neben den deutlich kostenreduzierten Zahnersatz- und Implantatversorgungen wie auch zuzahlungsfreien Regelversorgungen* kann als Mehrwertleistung über die KKH-Allianz in Verbindung mit einer prothetischen Behandlung auch eine professionelle Zahnreinigung fakturiert werden. Diese zusätzliche Leistung wird von den Partnerpraxen sehr geschätzt und häufig angewendet.

Die Landesvertretungen werfen dent-net® immer wieder vor, dass Zahnärzte für ihre Teilnahme auch Zugeständnisse machen müssen und nur ein reduziertes BEMA-Honorar erhalten. Stimmt das?

Mit der Aufnahme der KKH-Allianz können nun umfassende strukturelle Neuerungen im Netzwerk herbeigeführt werden. Wir werden zum Ende des II. Quartals 2010 die BEMA-Honorar-Reduzierung aufheben, sodass der Zahnarzt zukünftig keinerlei Rabattierung mehr in Kauf nehmen muss. Ausgenommen hiervon sind Interims- und Vollprothesen. Hinzu kommt, dass die Auszahlungen gegenüber der KZV um 5 Wochen verkürzt wurden. Ab dem III. Quartal planen wir, den Netzwerk-Praxen eine Online-Direktabrechnung anzubieten, sodass dann eine noch schnellere HKP-Bearbeitung und auch Auszahlung möglich sein wird.

Zahntechnik von Dubai Euro Dental

Sparen Sie am Preis – nicht an der Qualität

Dubai Euro Dental bietet Ihnen qualitativ hochwertigen Zahnersatz zu fairen Preisen.

NEM-Krone vollverblendet auf Implantat für 171,75 Euro

- inkl. Arbeitsvorbereitung, Mehraufwand für Implantat, Versand & MwSt.
- zzgl. Implantatmaterial

Totale Prothese auf zwei Implantaten für 523,67 Euro

- Auf- und Fertigstellung 14 Zähne
- inkl. Arbeitsvorbereitung, Metalleinlage, Mehraufwand für Implantat, Versand & MwSt.
- zzgl. Implantatmaterial

Rufen Sie uns an und erfahren Sie mehr über:
Free Call 0800/1 23 40 12



Dubai Euro Dental GmbH

Leibnizstraße 11

04105 Leipzig

Tel.: 03 41/30 86 72-0

Fax: 03 41/30 86 72-00

info@dubai-euro-dental.com

Indikationserweiternde Verfahren in der Implantologie

Das Unternehmen Keystone Dental GmbH lädt zu einem zweitägigen Kurs an Humanpräparaten nach Berlin ein.

■ Als Referenten werden am 1. Kurstag Herr Priv.-Doz. Dr. Frank Peter Striezel, FZA für Oralchirurgie, OA der Abteilung für Oralchirurgie und zahnärztliche Röntgenologie, Charité Berlin, sowie Herr Dr. Jens-Peter Lund, FZA für Oralchirurgie, Berlin, für Keystone agieren. Am 2. Tag haben die Teilnehmer die Möglichkeit, während eines Phantomkurses unter

Anleitung von Frau Prof. Dr. Renate Graf, Institut für Anatomie, Charité, Berlin, am humanen Kopfpräparat unter realistischen Bedingungen zu trainieren. Schwerpunkt des zweitägigen Seminars sind die Fortschritte in den chirurgischen Vorgehensweisen zur Überwindung anatomischer Begrenzungen bei implantologisch-prothetischen Rehabilitationsmaßnahmen, sowie dessen Indikationen, klinische Voraussetzungen, Behandlungsplanung und einzusetzende Technik. Die chirurgischen Vorgehensweisen werden in der Theorie vorgestellt und in der Praxis von den Teilnehmern an humanen Präparaten durchgeführt. ◀◀

Seminartermin: 23./24. April 2010, Berlin

- Freitag: Hotel Palace Berlin, Budapester Str. 45, 10787 Berlin, 14.00–18.00 Uhr
- Samstag: Charité Campus Mitte, Institut für Anatomie, Philippstr. 12, 10115 Berlin, 09.00–15.00 Uhr ◀◀

Weitere Termine am 25./26. Juni sowie 05./06. November in München und am 12./13. November in Berlin.

Keystone Dental GmbH

Tel.: 0 22 22/92 94 18



» Fortsetzung von Seite 30

Sind für Zahnärzte mit der Teilnahme am dent-net®-Konzept weitere Kosten oder Gebühren verbunden?

Nein. Die Verträge sind auch jederzeit kündbar, mit sehr kurzen Kündigungsfristen. Das belegt wiederum, dass das dent-net®-Konzept bestens funktioniert und alle Beteiligten von den Vorteilen profitieren können. Sonst würden wir ja die Teilnehmer und Vertragspartner ganz schnell wieder verlieren.

Aber rückt die Qualität der Versorgungen durch die Kostenreduzierung nicht zu sehr in den Hintergrund?

Im Gegenteil. Gerade bei außergewöhnlich wirtschaftlichen Angeboten steht die Qualität unter besonders kritischer Beobachtung. Würde die Qualität nicht den strengen deutschen Standards entsprechen, wäre wohl auch keine der Krankenkassen bereit, mit dent-net® zusammenzuarbeiten. Erwähnen möchte ich hier auch, dass Patienten für ihren dent-net®-Zahnersatz, der von der Imex Dental und Technik GmbH gefertigt wird, schließlich eine verlängerte Garantie von 5 Jahren erhalten. Das unterstreicht die hohe Qualität der Arbeiten – trotz Kostenreduzierung.

Dennoch ist sicher einer der häufigsten Einwände gegen das dent-net®-Konzept die Auslandsfertigung durch die Imex Dental und Technik GmbH.

Im Zeitalter der Globalisierung gestalten sich Märkte – auch der Gesundheitsmarkt – neu. Die Imex Dental und Technik GmbH hat sich sehr früh auf diese unaufhaltbare Entwicklung eingestellt und sich in den vergangenen 15 Jahren zu einem der führenden Anbieter in Deutschland entwickelt. Wobei festzustellen ist, dass Imex kein Handelsunternehmen ist, wie viele andere Anbieter von Auslandszahnersatz, sondern ein selbst produzierendes Meisterlabor mit Stammsitz in Essen und zusätzlichen eigenen Produktionsstätten in Asien. Viele Arbeiten werden aber in Essen direkt durchgeführt. Der technologische Fortschritt und die damit verbundene Wirtschaftlichkeit ermöglichen es, dass deutscher Qualitäts-Zahnersatz heute erstaunlich günstig hergestellt werden kann und sich eine Verlagerung ins Ausland zum Teil fast gar erübrigt. Ein Beispiel hierfür sind CAD/CAM-gefräste Kronen und Brücken. Das zeigt auch das Angebot der Imex Dental und Technik GmbH im Rahmen der BIOZAHNWOCHE vom 1. Januar bis 30. Juni 2010. Während dieses Aktionszeitraums kostet beispielsweise eine im Essener Meisterlabor gefertigte Zirkonkrone komplett nur 139 EUR.

Sind neben den Zahnersatz-, den Implantologie- und Prophylaxeleistungen weitere Leistungsangebote in Planung?

Seit Anfang des Jahres bietet dent-net® den teilnehmenden Praxen nun auch ein direktes Patienten-Factoring über die hauseigene Debeo GmbH zu Vorzugskonditionen an. Die Praxen können dadurch von einer verbesserten Liquidität profitieren und genießen einen 100%igen Ausfallschutz. Als weitere zahnmedizinische Leistungsmodule sind die Kinderzahnheilkunde und die Kieferorthopädie in Planung. ◀◀

ANZEIGE



Testen Sie jetzt gratis*
das eBook für Ihre Website.

Per Mausklick können Besucher Ihrer Website in den 80 Seiten des Ratgebers zur Implantologie oder ästhetischen Zahnheilkunde blättern. Eine Bereicherung Ihrer Homepage – schnell und effektiv.

Testen Sie jetzt Ihr eBook einen Monat gratis und unverbindlich*. Einfach das Formular ausfüllen und per Fax an 030 . 39 20 24 47 oder eine E-Mail an ebook@nexilis-verlag.com senden.

Ich möchte folgendes eBook testen*: Praxisratgeber Implantologie Moderne Zahnmedizin. Schöne Zähne.

Praxis: _____ Ansprechpartner: _____ Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Internet-Adresse der Praxis: _____ Datum, Unterschrift: _____

*Dieses Angebot gilt nur einmal pro Praxis. Die Testphase endet automatisch einen Monat nachdem Sie den Link erhalten haben. Möchten Sie das eBook anschließend weiterhin nutzen, beträgt die monatliche Lizenzgebühr 29,90 EUR/eBook. Keine Mindestlaufzeit, monatlich schriftlich kündbar. Für individuelle Fragen stehen wir Ihnen gern auch telefonisch unter 030 . 39 20 24 50 sowie auf www.nexilis-verlag.com zur Verfügung.

EINLADUNG

WORKSHOP

Theorie & Praxis

Faltenunterspritzung mit Hyaluron

Termine 2010*

24.	April	Hannover
12.	Mai	Köln-Junkersdorf
15.	Mai	Frankfurt a.M.
12.	Juni	Berlin
04.	September	Hamburg
11.	September	Stuttgart
18.	September	München
22.	September	Köln-Junkersdorf
23.	Oktober	Leipzig

Charakter und Zielsetzung:

In unserem halbtägigen Kurs eignen Sie sich anhand von Theorie und Praxis die wesentlichen Grundlagen im Umgang mit Hyaluron an und lernen alle Behandlungsbereiche kennen.

Ihnen wird die umfangreiche TEOSYAL-Produktreihe vorgestellt, welche über ein auf alle Grade der alternden Haut abgestimmtes Sortiment für Gesicht, Hals sowie Dekolleté verfügt.

Zu den wesentlichen Eigenschaften der TEOSYAL-Gele zählen die außergewöhnliche Viskosität und Elastizität, welche effektive Füllungen von Hautdeformationen bei äußerst geringem Risiko ermöglichen. Die Besonderheiten und Funktionsweisen der Produkte werden Ihnen in unserem Kurs mit Live-Demonstrationen dargestellt und spezielle Injektionstechniken vorgeführt. Im Anschluss haben Sie die Möglichkeit, das vermittelte Wissen im Hands-on-Training zu vertiefen.

Schwerpunkthemen:

Nasolabialfalte, Lippenkonturierung, Lippenstyling, Mikrochillie, Periorale Region, Orale Kommissuren, Aktuelle Rechtslage, Versicherungsschutz

*Die Kurse sind speziell für Zahnärzte, Implantologen und Oralchirurgen konzipiert und werden ausschließlich Ärzten angeboten. Wir freuen uns auf Ihre Anfrage!

Detaillierte Informationen erhalten Sie über:

TEOXANE
GERMANY