

IMPLANTOLOGIE JOURNAL

| Special

Voraussetzung oder Widerspruch? | Der Spätverlust als
Traumafolge – Implantation als „Best chance“ |

Eine implantologische Herausforderung

| Fachbeitrag

Implantatnavigation im Team | Implantatprothetik als Lösung |

Implantologie – ein individueller Behandlungsansatz bei Parodontitis

| Anwenderbericht

Die Bedeutung des Implantatdesigns für den Behandlungserfolg

| DGZI intern

Das neue modulare Curriculum Implantologie der DGZI

| Fortbildung

Anatomie am Wochenende | 25th Anniversary of Academy of

Osseointegration (AO) | Siegener Implantologietage gut besucht



Rot-Weiß-Ästhetik & Minimalinvasive Implantattherapie







XiVE®: **Implantologie ohne Grenzen**

Die überlegene chirurgische und prothetische Vielseitigkeit von XiVE® setzt Ihnen keine Grenzen.

- **Hervorragende Primärstabilität**
selbst in weichem Knochen
- **Erfolgreich auch bei schmalsten Lücken**
mit XiVE® 3,0
- **Sofortige Implantatversorgung**
durch das integrierte TempBase-Konzept
- **Größtmögliche prothetische Vielfalt**
weltweit geschätzt

Entdecken Sie Ihre implantologische Freiheit mit XiVE®.
<http://xive.dentsply-friadent.com>

XiVE® | **DENTSPLY**
FRIADENT

Implantology Unlimited

MAXIMAL MINIMAL

Die neue Generation minimalinvasiver Implantologie



MDI 2,9 Hybrid

MAXIMAL

Ihre Anforderung: ein kleines Implantat, welches die bekannten Vorzüge eines großen Implantats bietet. Die Lösung: MDI Hybrid. MDI Hybrid bietet Ihnen bei maximalem Anwendungsbereich das Optimum an Primärstabilität für höchste Kundenzufriedenheit.

MINIMAL

Für die Praxis bedeutet das: Die Insertion des MDI Hybrid erfolgt nach einem minimalinvasiven Protokoll. Stabilität und eine adäquate prothetische Plattform eines klassischen Implantats sind trotzdem gewährleistet. Die Behandlungsdauer beschränkt sich genauso wie Ihr Kostenaufwand auf ein Minimum.



CE und FDA-Zulassung

IMTEC

*Unsere Erfahrung
für Ihre Patienten*

Seit über 20 Jahren bietet IMTEC zahnmedizinische Produkte höchster Qualität. Weltweit über eine Million verkaufte MDI-Implantate und Erfolgsraten in Langzeitstudien von 94,2 %* sprechen für ein bewährtes und erfolgreiches Konzept.

Als Pioniere auf dem Gebiet der minimalinvasiven Implantologie stellen wir unsere gesamte Erfahrung und Expertise in den Dienst unserer Kunden - und deren Patienten.

Rufen Sie noch heute unter 0800 4683200 an und erfahren Sie, wie auch Ihre Patienten von den Vorzügen unserer minimalinvasiven Implantologie profitieren können!

*T. E. Shatkin et al. Compendium, Edition February 2007; 28(2): 36-41

IMTEC EUROPE GmbH, www.imtec-europe.de, Info-Line: 0800 4683200

IMTEC
a 3M Company

3M

EDITORIAL

Auf die richtige Mischung kommt es an

„Rot-Weiß-Ästhetik“ und „Minimalinvasive Implantattherapie“ – beides Themen, die sowohl für Chirurgen als auch Prothetiker hochinteressant sind. Durch die rasante Weiterentwicklung entsprechender Verfahren ergeben sich immer variantenreichere klinische Möglichkeiten. Für den Praktiker stellt sich bei der Lektüre oft die Frage, wie und in welchem Umfang er die vielen Anregungen in seine eigene Alltagstätigkeit übernehmen soll. Folgende Aspekte spielen dabei eine wichtige Rolle: Nutzen, Risiko und Indikation. Oft existieren zwei Seelen in einer Zahnarztbrust. Die eine ist sicherheitsorientiert, auf langzeitbewährte Verfahren ausgerichtet und misst der eigenen klinischen Erfahrung einen hohen Stellenwert zu. Die andere ist risikobereiter, innovativ, möchte Trends nicht verpassen.

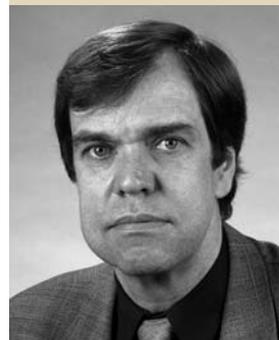
Zur Beurteilung von Nutzen und Risiken sind wissenschaftliche Daten aus klinischen Studien unerlässlich. Gleiches gilt für die richtige Indikation, wobei hier natürlich auch die klinische Kompetenz des Behandlers eine ganz wesentliche Rolle spielt. Grundsätzlich sollten klinische Varianten und Weiterentwicklungen bereits bewährter Methoden von Verfahren unterschieden werden, bei denen wirklich neue Wege beschritten werden. In der ersten Gruppe spricht wenig dagegen, diese Methoden einmal klinisch einzusetzen und auf die Kompatibilität mit den eigenen Therapiekonzeptionen zu überprüfen. Die Empfehlungen aus den Fallberichten zur Rot-Weiß-Ästhetik gehören in diesen Bereich. Das Risiko ist hier eher gering. Bei der zweiten Gruppe ist eine differenziertere Betrachtung sinnvoll. Hierzu würde ich den Einsatz von Kurz- und Ultrakurzimplantaten zählen. Bei diesem sehr interessanten Ansatz erscheinen aus prothetischer Sicht die Differenzialindikation und die Gestaltung der Suprastrukturen von besonderer Bedeutung. Die wissenschaftliche Grundlage ist allerdings noch vergleichsweise dünn, auch wenn Kurzimplantate seit längerer Zeit eingesetzt werden und es zunehmend Evidenz für den klinischen Erfolg gibt. Ganz allgemein und unabhängig von Kurzimplantaten haben die vergangenen Jahre auch in der Implantologie gezeigt, dass nicht alles, was plausibel und auf den ersten Blick ziemlich sicher erscheint, diesem Anspruch in der Praxis langfristig gerecht wird. Daher erhoffen sich viele Kollegen von wissenschaftlicher Seite möglichst zeitnahe und umfassende Bewertungen neuer Verfahren. Oft sind diese Erwartungen leider unrealistisch, da die Generierung hochwertiger klinischer Evidenz aufwendig, langwierig und teuer ist.

Vielleicht ist ein goldener Mittelweg die den meisten Erfolg versprechende Lösung, mit einer ausgewogenen Mischung aus Langzeitbewährtem, neuen Behandlungsvarianten und wirklich Innovativem. Er ist durch Flexibilität bei graduellen Neuerungen und ein eher vorsichtiges Herantasten bei dem Betreten von echtem Neuland gekennzeichnet. Das Risiko wirklich schmerzlicher Misserfolge ist so kontrollierbar. Die Praxis unterliegt dabei einem stetigen, aber eher langsamen Wandel.

Mit den besten kollegialen Empfehlungen
Ihr



Prof. Dr. Michael Walter
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde e.V.



Lesen Sie die aktuelle Ausgabe des
Implantologie Journals als E-Paper unter:

ZWP online

www.zwp-online.info



Surgic XT Plus

new

Surgic XT Plus
Frühlingsangebot
2010

Leistungsstarkes Chirurgesystem Surgic XT Plus mit neuer Displayübersicht und verbesserter Drehmomentabstimmung

Mit dynamischen 50 Ncm Drehmoment und beeindruckenden 210 Watt Leistung ist das Surgic XT Plus speziell an die Anforderungen der dentalen Implantologie angepasst. Der geräusch- und vibrationsarme bürstenlose Mikromotor überzeugt durch seine lange Lebensdauer.

Chirurgie-Mikromotor

Surgic XT Plus mit Licht
Komplettset inkl. X-SG20L Licht-Winkelstück

4.200,- €*

SPARPAKET
1 x Surgic XT Plus mit Licht
Komplettset
+
1 Handstück X-SG 65L
+
1 sterilisierbarer Kühlmittel-
schlauch
4.500,- €*

**Sparen
Sie
521,- €***

Chirurgie-Mikromotor

Surgic XT Plus ohne Licht
Komplettset inkl. SG20 Winkelstück

3.200,- €*

SPARPAKET
1 x Surgic XT Plus ohne Licht
Komplettset
3.200,- €*
+
1 Handstück SGS-ES
+
1 sterilisierbarer Kühlmittel-
schlauch
GRATIS

**Sparen
Sie
430,- €***

Chirurgie-Winkelstück

Mit Tiefenstoppfunktion 20:1 Untersetzung

- Mit Lineal, zwei Tiefenstopper

Optionales Zubehör:

Interne Sprühdüse, Spülschlauchklemme,
Kühlmittelschlauch in Y-Form

SGMS-ER20i
580,- €*



INHALT

Editorial

- 5 **Auf die richtige Mischung kommt es an**
Prof. Dr. Michael Walter

Special

- 8 **Voraussetzung oder Widerspruch?**
Dr. med. stom. Georg Taffet M.Sc.
- 14 **Der Spätverlust als Traumafolge – Implantation als „Best chance“**
Dr. med. dent. Eckart Heidenreich
- 20 **Eine implantologische Herausforderung**
Dr. Pablo Hess, Bergen Pak,
Prof. Dr. Georg-Hubertus Nentwig

Fachbeitrag

- 26 **Implantatnavigation im Team**
Dr. Dr. Andres Stricker,
Dr. Jonathan Fleiner, Dr. Ernst Luft,
ZTM Gerhard Neuendorf,
ZTM Steffen Rothacher
- 30 **Implantatprothetik als Lösung**
ZA Daniel Schulz
- 36 **Implantologie – ein individueller Behandlungsansatz bei Parodontitis**
Dr. med. dent. Thomas Lederer

Anwenderbericht

- 44 **Die Bedeutung des Implantatdesigns für den Behandlungserfolg**
Dr. med. dent. Jochen Günther

DGZI intern

- 62 **Das neue modulare Curriculum Implantologie der DGZI**
Redaktion
- 64 **Aktuelles**

Fortbildung

- 66 **Anatomie am Wochenende**
Dr. Rainer Valentin
- 68 **25th Anniversary of Academy of Osseointegration (AO)**
Dr. Rolf Vollmer
- 70 **Allmacht der Versicherung = Ohnmacht des Zahnarztes?**
Dr. Georg Bach
- 73 **Siegener Implantologietage gut besucht**
Jürgen Isbaner
- 73 **Frische Impulse für die Zahnarztpraxis**

50 Herstellerinformationen

74 Impressum

SINUSLIFT

safety

SCA-Kit und SLA-Kit

Sicherheitsinstrumentarium für den lateralen und krestalen Zugang.

- ▶ Besondere Schutzfunktion der Schneider'schen Membran
- ▶ Sehr sicher, einfach und schnell in der Anwendung

© Merzljak W/V GmbH

SCA KIT
Sinus Crestal Approach



Die Sinuslift-Operation, bei **krestalem Zugang**, ist mit den **SCA Sicherheitsfräsern** sicher und kontrolliert durchführbar.

SLA KIT
Sinus Lateral Approach



Das **SLA Sicherheits-Instrumentarium** für die sichere und schonende Sinuslift-Operation, bei **lateralem Zugang**.



neobiotech **PROMEDIA**
MEDIZINTECHNIK

Mehr Informationen und Anwendungsvideo finden Sie unter: www.sinuslift-safety.de

PROMEDIA Service-Telefon: **0800/7766334**
(kostenlos)

Voraussetzung oder Widerspruch?

Von Rot-Weiß-Ästhetik und minimalinvasiver Implantologie

Was bedeutet Erfolg in der „modernen Implantologie“? Als Maßstab galten dafür über Jahrzehnte erst die Osseointegrationsrate, danach die Überlebensrate der Implantate. Heute erwarten unsere Patienten deutlich mehr als nur osseointegrierte und möglichst lange im Kiefer verbleibende Implantate.

Dr. med. stom. Georg Taffet M.Sc./Rielasingen-Worblingen

■ Unsere im Zeitalter von Google und Wikipedia aufgeklärten und kritischen Patienten wünschen sich von der Implantologie eine „restitutio ad integrum“, die vollständige Wiederherstellung der Funktion und der Ästhetik ihrer verlorenen Zähne. Dafür sind sie bereit, Geld und Zeit zu investieren, sich – wenn nötig – mehrfach operieren zu lassen und die damit verbundenen Schmerzen zu ertragen. Allerdings zeigt meine Erfahrung, dass Patienten zufriedener sind und das Honorar bereitwilliger bezahlen, wenn nicht allzu viele chirurgische Eingriffe notwendig sind und sich die mit der Behandlung verbundenen Schmerzen in Grenzen halten.

Den Patientenwunsch betreffend einer natürlich aussehenden Krone zu erfüllen (weiße Ästhetik) ist dank modernster Fertigungstechniken keine allzu große Herausforderung mehr. Ganz anders die „rote Ästhetik“: das Aussehen der das Implantat umgebenden Weichgewebe ist und bleibt die große Herausforderung der modernen Implantologie. Es gibt keine bekannte Technik, die zuverlässig ästhetische, jederzeit wiederholbare und vorhersehbare Ergebnisse im Bereich der Gingiva ermöglicht.

Das harmonische Lächeln

Grundlegend wichtig für das ästhetische Erscheinungsbild der Zahnreihe ist die Symmetrie. Mögen die Papillen auf dem Foto des einzelnen Implantates noch so gut aussehen, wenn sie im Vergleich zu den Papillen des kontralateralen Zahnes unterschiedlich hoch sind, wird die ästhetische Wirkung des Gesamtergebnisses eher mäßig sein. Objektiv betrachtet und in Anbetracht der desolaten Anfangssituation mag die Papille zwi-

schen den Implantaten 12 und 11 in Abbildung 1 akzeptabel erscheinen. Oft erschweren Knochendefizite den Ersatz fehlender Zähne durch Implantate. Infolgedessen sind Knochenregenerationsmaßnahmen unumgänglich, um ein natürliches, ästhetisches Ergebnis zu erreichen. Die Crux mit den GBR-Maßnahmen ist jedoch die Tatsache, dass das gefraufte Volumen mit der vorhandenen Schleimhaut nicht gedeckt werden kann, ohne die Weichteile großflächig zu mobilisieren. Hierfür wiederum sind Periostschlitzen notwendig. Zu den Folgen dieser chirurgischen Techniken gehören postoperative Morbidität, Schmerzen, Schwellungen, Blutungen, Nahtdehiszenzen und auch ein schlechteres Heilungspotenzial als Fortsetzung der durch die Periostschlitzen gestörten Durchblutung. Nach der Heilung sind ein abgeflachtes Vestibulum, fehlende keratinisierte Gingiva und vernarbtes Gewebe eher die Regel als die Ausnahme. Die Korrekturversuche mittels plastischer mukogingivaler Chirurgie sind erneut schmerzhaft und teuer für den Patienten. Häufig kann der Betrachter Unterschiede zum gesunden, nicht operierten Gebiet erkennen. Minimalinvasiv kann man diese Techniken mit wiederholten operativen Eingriffen bei bestem Willen nicht mehr nennen, selbst dann nicht, wenn der Chirurg ein Mikroskalpell einsetzt.

Abbildung 2 zeigt den Zustand nach GBR (Knochenblock aus dem Kinn) und GTR (FST vom Gaumen). Die Gingiva ist vernarbt, die Farbe stimmt nicht mehr, die Stippelung der natürlichen keratinisierten Gingiva und die Papillen fehlen. Das Endergebnis ist ästhetisch dementsprechend schlecht! Die Symmetrie konnte nicht wiederhergestellt werden, was aber erst auffällt, wenn man auch die kontralaterale Seite betrachten kann.

Ergebnisse wie jenes aus Abbildung 1 und 3 waren für uns nicht befriedigend. Sie brachten uns dazu, nach



Abb. 1: Auf den ersten Blick akzeptable Papille zwischen Implantaten.– **Abb. 2:** Unschöner Zustand der Gingiva nach GBR und GTR.– **Abb. 3:** Ästhetisch schlechtes Endergebnis nach Versorgung entsprechend der gängigen chirurgisch-implantologischen Protokolle.



Abb. 4: Zustand vor Extraktion. Starke Rezession an 14. Geringer Anteil an keratinisierter Gingiva.–**Abb.5:** Planungs-OPG.

anderen Lösungen zu suchen: Gibt es Möglichkeiten Knochentransplantate zu decken, ohne die umliegenden Weichgewebe zu verschieben und mehrfach zu operieren?

Eine Wunddehiszenz ist für eine nicht resorbierbare Membran, wie sie in den Anfangszeiten der GBR verwendet wurden und heute für manche Indikationen immer noch empfohlen werden, der Super-GAU: Biofilm bildet sich auf der Membranoberfläche, die Membran muss umgehend entfernt werden, das Graft ist kompromittiert. Seit der Einführung der resorbierbaren Kollagenmembranen ist in der Praxis jedoch immer wieder berichtet worden, dass nach einer Wunddehiszenz die freiliegende Membranoberfläche komplikationslos granuliert. Bereits 2004 nach dem „Osteology Symposium“ in Luzern, auf welchem wiederholt solche Fälle vorgestellt wurden, haben wir in der Praxis folgende Überlegung angestellt: Nach einer Nahtdehiszenz sind die Schleimhautlappen traumatisiert, die Wundränder ausgerissen, die Durchblutung des Lappens durch die Periostschlitzung gestört, die des Knochens ebenfalls durch die großflächige Deperiostierung. Denkbar ungünstige Verhältnisse also. Und trotzdem kommt es zu Granulation.

Welche Folge hätte die offene Einheilung der Membran, ohne Periostschlitzung, großflächiges Deperiostieren des Knochens, Verschiebung des Lappens und der damit verbundenen Abflachung des Vestibulums und dem Verlust der keratinisierten Gingiva fixa? Die Vermutung geht dahin, dass das Heilungspotenzial unter diesen Umständen besser ist.

Ein Fallbeispiel

Die im folgenden Fall vorgestellte Patientin ist seit zwölf Jahren mit einer Brücke von Zahn 13, 14 auf Zahn 18 versorgt. Infolge der großen Belastung sind die endodontisch vorbehandelten Zähne 13,14 frakturiert. Die Extraktion war unumgänglich. Die Patientin weist eine hohe Lachlinie, insbesondere im Bereich der Prämolaren, auf. In derartigen Fällen ist die Implantation im sichtbaren

oberen Eckzahn-Prämolaren-Bereich mit einem hohen ästhetischen Risiko verbunden. Eine Verschlechterung des jetzt schon wegen der Rezession an Zahn 14 nicht idealen Zustandes hätte die Patientin nicht akzeptiert. Die keratinisierte Gingiva fixa ist an 14 sehr schmal, das Vestibulum ist flach, es fehlt vestibulär deutlich an knöchernem Volumen in Regio 15–17 unter den Brückengliedern (Abb. 4). Das OPG zeigt jedoch eine ausreichende Knochenhöhe.

Nach dem Entfernen der Brücke wird das Ausmaß der horizontalen Kieferkammresorption erst richtig deutlich (Abb. 6). Es folgte die atraumatische Extraktion von Zahn 13 und 14. Durch Abtasten mit einem Kugelstopfer konnte sichergestellt werden, dass die vestibulären Knochenlamellen der Alveolen zwar dünn sind, aber erhalten waren. An 14 war die vestibuläre Wand wie erwartet etwas kürzer. Es folgten nachstehende Schritte:

- krestale Inzision von distal 13 bis mesial an 18, Schonung der Papille an 13
- Präparation des Lappens als full-thickness-flap jeweils nicht weiter als maximal ca. 3–4 mm nach vestibulär und palatinal
- krestale Osteotomie mit einer diamantierten Scheibe, geringer Drehzahl und unter guter Kühlung
- Splitten des äußeren Kieferkammanteils nach vestibulär mit einem Meißel (dabei besteht naturgemäß ein gewisses Frakturrisiko, welches wir jedoch in Kauf nehmen: der frakturierte Knochenanteil wäre am Periost gestützt, die Fraktur würde problemlos über Kalusbildung ausheilen können)
- Pilotbohrung der Implantatbetten für die Implantate 16,17, Rest wird mit Osteotomen erweitert, die Implantatbetten für 13,14 wie für eine Sofortimplantation üblich präpariert
- Füllung des krestalen Spalts im Kieferkamm und der Alveolen um die Implantate mit Bio-Oss (Geistlich)
- Positionierung der Implantate gemäß „Biologische Breite Protokoll“ (Dr. Taffet), 13,14 mittig in die Alveolen
- Positionierung der Implantatschulter der für transgingivale Heilung vorgesehenen Implantate 2,5 mm suprakrestal; der proximale, mesiale Plattformrand



Abb. 6: Schmalere Kieferkamm.–**Abb. 7:** Zustand nach Extraktion, Bone Splitting, Sofortimplantation: freiliegende Kollagenmembran.



Abb. 8: Kontrollaufnahme. – **Abb. 9:** Provisorische Versorgung.

von 13 auf Höhe der distalen Schmelz-Zement-Grenze des Zahnes 12, um die Etablierung einer gesunden biologischen Breite zu ermöglichen.

Vor 49 Jahren wurde die biologische Breite erstmals als stabile anatomische Struktur der gesunden Gingiva beschrieben (Gargiulo et al. 1961). Falls die Implantate so gesetzt werden, dass ein suprakrestaler Implantatteil von mindestens 3 mm besteht, etabliert sich auch um das Implantat eine sehr ähnliche, stabile anatomische Struktur (Berglundh et al. 1996).

Das ganze OP-Gebiet wurde mit Bio-Gide (Geistlich) Kollagenmembran gedeckt. Dabei wurde darauf geachtet, dass die Membran vestibulär und palatinal circa 3 bis 4 mm auf ortsständigem Knochen liegt und von dem intakten Periost gedeckt wird. Eine zusätzliche spezielle Fixation der Membran ist nicht notwendig. Eine weitergehende Aufklappung und Mobilisierung der gingivalen Lappen ist nicht erforderlich und nicht erwünscht, die Durchblutung des Knochens würde dadurch gestört werden. Periostschlitzen sind deswegen für uns in den letzten Jahren tabu. Die Wunde wurde spannungsfrei fortlaufend vernäht (Gore Naht 5–0) (Abb. 7). Die Heilung verlief trotz der primär offen liegenden Membran unauffällig. Nach

zwei Wochen war der Spalt geschlossen granuliert und die Nähte konnten entfernt werden. Das Kontroll-OPG zeigte korrekt sitzende Implantate. Die vorbereitete Interimsprothese wurde inseriert (Abb. 8 und 9) und dabei auf die parodontale Abstützung der Prothese an 12 und 18 geachtet.

Fünf Monate später konnten am Tag der Präparation reizlose Schleimhautverhältnisse und eine gedeckte Rezession festgestellt werden. Des Weiteren zeigten sich Narbenfreiheit, eine ansprechende Farbe, ein erhaltenes Vestibulum, keratinisierte verbreiterte Gingiva und knöchernes Volumen wie gewünscht (Abb. 10 und 11). Zahn 18 ist nun nicht mehr notwendig, er wurde eine Woche vorher bereits entfernt.

Die Plattformen der transgingival eingehielten Implantate sind sichtbar. Für die geplante Versorgung nach „Biologische Breite Protokoll“ (Dr. Taffet) ist das jedoch kein Nachteil: Der Gewebeüberschuss an 13 wurde mit dem Elektrotom entfernt, die Gingiva girlandenförmig konturiert (Abb. 12). Massivaufbauten mit 35 Ncm eingeschraubt und im Mund mit Hartmetallfräsen im Schnellläufer präpariert. Die Implantatschultern wurden ebenfalls analog einer Zahnpräparation circa 0,5 mm subgingival versenkt (Abb. 13). Dabei wird darauf geachtet, einen zahnanalogen Verlauf der Präparations-



Abb. 10: Vestibulär gleichmäßige Kieferkammkontur. – **Abb. 11:** Narbenfreie keratinisierte Gingiva. – **Abb. 12:** Gingivektomie und girlandenförmige Präparation.



Abb. 13: Präparation der Implantate. Gingiva mit Retraktionsfäden geschützt. – **Abb. 14:** Meistermodell mit Gipsstümpfen wie in der konventionellen Prothetik üblich. – **Abb. 15:** VMK-Versorgung am Modell.

Equipment

Prophylaxe | Chirurgie/Implantologie | Polymerisation | Diverse | Sterilisation

Imaging

Pharma



Wieder auf Tour!
Bone Management Road Show 2010 –
in ausgewählten Porsche Zentren!
www.bone-management-event.de

THE POWER OF PIEZO BONE SURGERY

Leistungsstarker Ultraschallgenerator für die Knochenchirurgie

- 3-mal höhere Leistung – für einzigartige Schnelligkeit!
- Komplettlösung mit starkem Implantologie-Mikromotor (100 bis 40.000 UpM)
- Ergonomische LED-Lichthandstücke mit 100.000 Lux garantieren eine optimale OP-Sicht
- Instrumente für jede Indikation: Bone Surgery, Sinusbodenelevation „INTRALIFT“ **EXKLUSIV bei SATELEC**, externer Sinuslift, Extraktion und konventionelle Ultraschallanwendungen

Neugierig? Demotermin?

HOTLINE: 0800 / 728 35 32

» Weitere Infos bei Ihrem Depot!

Fragen Sie nach unserer

RÜCKKAUF AKTION*

bis zu 2.000 € für Ihr Altgerät!

*Gültig bis 30.06.'10

Wertigkeit | Vielfalt | Innovation



Abb. 16: VMK-Kronen nach dem Zementieren. – Abb. 17: Zustand zwei Jahre nach Eingliederung. – Abb. 18: Stabile knöcherne Verhältnisse ohne Einbrüche.

grenze zu gestalten: Die Schmelz-Zement-Grenze des natürlichen Zahnes ist nicht rund und eben wie der Rand einer Implantatplattform, sondern hat eine dreidimensionale „scaloped“ Form, liegt vestibulär und palatinal tiefer als approximal.

Die Abformung fand konventionell, wie an natürlichen Zähnen, mit Hydrocolloid nach erfolgter Gingivaretraktion statt (Abb. 13). Modell- und Kronenherstellung erfolgten ebenfalls preisgünstig, konventionell, ohne teure präfabrizierte Systemkomponenten (Abb. 14). Die Kronen wurden in VMK-Technik hergestellt und fest zementiert (Abb. 15 und 16). Dies verhindert die Entstehung von Hohlräumen, welche von Bakterien besiedelt werden könnten. Die Mikrobeweglichkeit dürfte gleich null sein, was jedoch noch untersucht werden müsste. Das ästhetische Ergebnis war für die Patientin absolut befriedigend und würde auch einer objektiven Bewertung mittels „pink esthetic score“ (Fürhauser et al. 2005) standhalten:

Die Papillen sind im Vergleich zu den kontralateralen natürlichen Zähnen 22–23 symmetrisch in Höhe und Form. Die Gingiva entspricht in der Farbe den objektiven Kriterien der gingivalen Ästhetik (Fradeani, 2008), ist reizfrei und gesund. Die keratinisierte Gingiva ist im Vergleich zur Ausgangssituation verbreitert. Da keine Inzisionen notwendig waren, gibt es auch keine Narben (Abb. 16 und 17). Die Sondiertiefe ist vergleichbar mit der an den angrenzenden natürlichen Zähnen und beträgt circa 2 mm. Das Ergebnis erweist sich erwartungsgemäß nach zwei Jahren als absolut stabil (Abb. 17). Die Papillen haben sich im Laufe dieser Zeit weiter verbessert und auch das Bindegewebe ist ausgereift.

„Minimum intervention – maximum Benefit“ wird wohl die Devise der Implantologie in den nächsten Jahren werden. In diesem hier vorgestellten Fall war trotz anfänglichem defizitären Knochen- und Weichgewebsangebot nur ein einziger, eingeschränkter, gering invasiver chirurgischer Eingriff notwendig.

Die Antwort auf die Frage, ob komplexe, teure und aufwendige chirurgische und prothetische Protokolle, wie sie in den Standardwerken der Implantologie beschrieben werden (ITI Protokoll), (Nevins 1999, Sclar 2004, Belser 2006, Hahn 2006), überhaupt noch notwendig sind, beantworten wir in unserer Praxis seit mehreren Jahren eindeutig mit „Nein“: Unser eigenes „Biologische Breite Protokoll“ führt schnell, einfach, sicher und vorhersehbar zum gewünschten Ergebnis, dem möglichst zahnähnlich aussehenden implantatgetragenen Zahnersatz.



Abb. 19: Frontalansicht sofort nach Eingliederung der Kronen: Symmetrie erreicht.

Zusammenfassung

Erfolg in der Implantologie bedeutet heute, dass man mit möglichst geringem Aufwand und risikoarm das vom Patienten gewünschte Ergebnis erreicht. Nimmt der Behandler auf die Anatomie und die Biologie des Gebietes, in welchem er implantieren möchte, Rücksicht, ist es tatsächlich möglich, mit relativ wenig Operationen und einfacher, zuverlässiger Prothetik natürlich aussehende, langzeitstabile Versorgungen auf Implantaten herzustellen. Minimalinvasiv bedeutet heute, dass sich der Operateur schon vor dem ersten Schnitt Gedanken über die Durchblutung der Lappen, die Ernährung des darunterliegenden ortständigen Knochens und über von den Verhältnissen im Empfängergebiet abhängigen Wahl der Regenerationsmaterialien Gedanken macht. Wichtig ist es auch, dass jeder Behandler Versorgungsformen, die einen dauerhaften Reiz für die umgebenden Hart- und Weichgewebe darstellen, möglichst vermeidet: Implantatsysteme und Protokolle mit Implantat-Abutment-Interfaces auf Knochenniveau führen zwangsläufig zu Knochenremodelling sowie tiefen Zahnfleischtaschen und verursachen nach einiger Zeit Periimplantitis.

Seit wir in unserer Praxis das selbst entwickelte „Biologische Breite Protokoll“ anwenden, ist es uns vorhersehbar möglich geworden, schönere Ergebnisse mit deutlich geringerem finanziellen und chirurgischen Einsatz zu erreichen als bei der Anwendung der klassischen GBR-GTR-Knochenregenerations- und Implantationsprotokolle. ■

ZWP online

Eine Literaturliste steht ab sofort unter www.zwp-online.info/fachgebiete/implantologie zum Download bereit.

■ KONTAKT

Dr. Georg Taffet

Hauptstraße 2, 78239 Rielasingen-Worblingen

E-Mail: georg.taffet@t-online.de



3. INTERNATIONALER

CAMLOG KONGRESS

10.–12. JUNI 2010

STUTT GART LIEDERHALLE



FROM SCIENCE TO INNOVATIONS AND CLINICAL ADVANCES

THEMEN

- Wissenschaftliche und klinische Fortschritte, Standard- oder Plattform Switching-Versorgungen
- Restaurative Aspekte und technische Lösungen
- Berichte über aktuelle Forschungsprojekte
- Innovationen in der chirurgischen Aufbereitung des Implantatlagers
- Komplikationsmanagement
- Expertenrunde

WISSENSCHAFTLICHES KOMITEE

Prof. Dr. Jürgen Becker, Dr. Sven Marcus Beschmidt, Prof. Dr. Dr. Rolf Ewers

Prof. Dr. Dr. Dr. Robert Sader, PD Dr. Frank Schwarz, Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner

Unter dem Patronat der

camlog foundation

Weitere Informationen und Anmeldung: www.camlogcongress.com

Anforderung Programmheft: Tel. 07044 9445-603

Der Spätverlust als Traumafolge – Implantation als „Best chance“

Der Verlust eines einzelnen Frontzahnes beim jugendlichen Patienten ist für den chirurgisch und prothetisch tätigen Zahnarzt stets eine besondere Herausforderung. Die Gestaltung der roten und weißen Ästhetik im sichtbaren Bereich erfordert genaueste Planung und sensible Durchführung, um ein langfristig stabiles Ergebnis ohne ästhetische Einbußen zu erzielen.

Dr. med. dent. Eckart Heidenreich/München

■ Bei dem vorliegenden Fall handelt es sich um eine junge Patientin (*1988), die im Alter von elf Jahren ein Frontzahntrauma erlitt. Dabei kam es zu einer intrapulpalen Kronenfraktur und vermutlich zu Sprüngen im Wurzelbereich, die in der Folge eine Wurzelkanalbehandlung notwendig machte (Abb. 1). Zur Apexifikation des Zahnes wurden als Frühtherapie wiederholt $\text{Ca}(\text{OH})_2$ -Einlagen über einen Zeitraum von ca. anderthalb Jahren durchgeführt. Anschließend wurde der Zahn mit einer Wurzelkanalfüllung versorgt. Die weiterführende prothetische Versorgung erfolgte im Anschluss durch einen Kollegen.

Wie häufig zu beobachten, zeigen Zähne mit umfangreichem Trauma auch als Spätfolge Frakturen an Stellen, die vermutlich durch Sprünge zum Zeitpunkt des Traumas ausgelöst werden – so auch in diesem Fall. Die Patientin stellte sich 2008 nach achtjähriger Pause wieder in meiner Praxis vor. Der Zahn 21, mittlerweile stiftversorgt und überkront, war erneut frakturiert und nicht mehr erhaltungswürdig (Abb. 2). Nach umfangreicher Aufklärung über die Behandlungsalternativen entschied sich die Patientin für den sicheren Weg einer Extraktion mit anschließender verzögerter Sofortimplantation und Belastung nach einer sechsmonatigen Einheilphase. Alternativ wäre auch eine Sofortimplantation mit festsitzendem Provisorium infrage gekommen. Angesichts der umfangreichen putriden Entzündung entlang der Frakturspalte bis tief in die Alveole wäre diese Vorgehensweise aber wesentlich riskanter gewesen, weswegen der zeitlich aufwendigere Weg beschritten wurde.

Vorgehen

Extraktion, Socket Preservation und provisorische Versorgung

Am 30.11.2007 wurde der frakturierte Zahn (Abb. 3) unter sorgfältiger Schonung der labialen Knochenlamelle extrahiert. Hierzu wurde der Wurzelanteil des verbliebenen Zahnes vorsichtig mit einer feinen Lindemann-Fräse in vertikaler Richtung getrennt und die dadurch entstandenen Teilstücke vorsichtig mit Periotomen vom Desmodont abgelöst und entfernt. Trotz dieser zurückhaltenden Vorgehensweise war durch die Vorgesicht bedingt ein Teil der fazialen Knochenwand be-

reits verloren. Um die Ausgangssituation für die spätere Implantation zu verbessern, wurde die Alveole mit Bio-Oss® (Geistlich, Baden-Baden) aufgefüllt und mit einem Bindegewebestransplantat mit Epithelanteil aus der Gaumenschleimhaut abgedeckt (Abb. 4). Das freie Schleimhauttransplantat wurde fest mit Seralene® 7-0 (Serag Wiessner, Naila) vernäht. Anschließend fand der Verschluss der Lücke mit einem adhäsiven Brückenprovisorium unter Kofferdamschutz der Wundfläche statt. Hierzu wurde im Eigenlabor ein Konfektionszahn auf der palatinalen Seite geschlitzt, ein Ribbon-Band (Polypropylenstreifen, Ribbon Inc., Seattle/USA) eingelegt und mit lichthärtendem Kunststoff befestigt. Die Enden, die mesial und distal überstanden, wurden so gekürzt, dass sie die gesamte Palatinalfläche der Zähne 11 und 22 außerhalb der Okklusionskontakte abdeckten. Diese Enden wurden anschließend auf den benachbarten Zähnen wie bei einer Marylandbrücke adhäsiv befestigt, ausgearbeitet, eingeschliffen und poliert (Abb. 5). Auf Abbildung 6 und 7 ist der Zustand eine Woche und zehn Wochen nach der Extraktion zu sehen.

Implantation und Augmentation

Am 28.02.2008 wurde das Provisorium abgenommen. Die Alveole wies eine gute Deckung mit Schleimhaut auf (Abb. 8). In der Ansicht von inzisal zeigte sich eine Abflachung der labialen Knochenwand. Eine Kleinbild-Röntgenaufnahme mit einer Referenzkugel von 5 mm Durchmesser ergab eine knöchern gut reorganisierte Alveole mit einem ausreichenden Knochenangebot in Höhe und Breite für eine Implantation (Abb. 9).

Nach einer terminalen Infiltrationsanästhesie im Bereich des labialen Vestibulums und einer Leitungsanästhesie am Canalis incisivus wurde der Situs eröffnet.



Abb. 1: Zahn 21 nach konservierender Erstversorgung 1999. – Abb. 2: Zahn 21 mit intraalveolären Frakturen und putrider Entzündung.

Dr. Iglhaut-Kursserie

REVOLUTIONÄRE KNOCHEN- AUGMENTATION

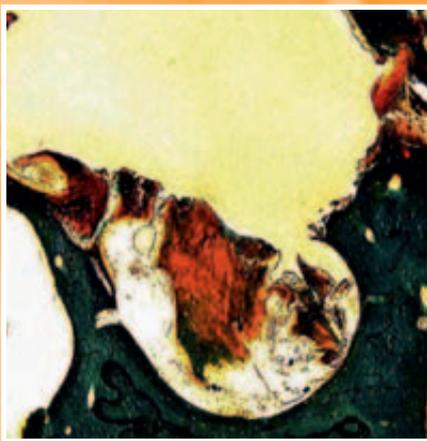
Die minimalinvasive metallfreie
Schalentechnik für die horizontale und
vertikale Knochenaugmentation
in einem Schritt ohne Knochenblock

LERNEN SIE IN DEM SPEZIALKURS DIE VORTEILE DER KNOCHENAUGMENTATION MIT SONICWELD RX®

- Die sehr einfache Ultraschallfixierung resorbierbarer Pins und Membranen aus PDLLA, welche eine extreme Stabilität hervorruft.
- Die Vermeidung von Nachteilen, die durch schwieriges Handling entstehen, sowie die geringe Traumatisierung für den Patienten.
- Die minimalinvasive horizontale und vertikale Knochenaugmentation durch rigide Fixierung biologisch abbaubarer Pins und Membranen.
- Die revolutionäre Schalentechnik: Knochenblockaugmentation ohne Knochenblockentnahme.



Schalentechnik nach Dr. Iglhaut



Membrane und Pins aus PDLLA



Schalentechnik mit 0,1 mm PDLLA-Folie

„Ich arbeite nun seit einem Jahr mit der Schalentechnik. In diesem Zeitraum wurde von mir kein Knochenblock mehr eingesetzt.“

Dr. Gerhard Iglhaut

„Die metallfreie Technik stellt für mich keine Alternative dar, sondern ein Muss – da eine weitere OP für mich nicht in Frage kommt.“

Ein zufriedener Patient





Abb. 3: Frakturierte Zahnwurzel nach Kronenentfernung. – **Abb. 4:** Situation nach schonender Exzision und Auffüllen der Alveole. – **Abb. 5:** Eingliederung des Frontzahnprovisoriums in gleicher Sitzung unter Kofferdam.



Abb. 6: Situation sieben Tage post extraktionem. – **Abb. 7:** Situation zehn Wochen nach Exzision. – **Abb. 8:** Situation zwölf Wochen nach Exzision nach Abnahme des Provisoriums.

Hierzu fiel die Wahl auf eine trapezförmige Schnittführung, die sich ausgehend von der Umschlagfalte mesio-paramedian am Zahn 11, dann sulkulär nach palatinal unter Einbeziehung des Gebietes der ehemaligen Alveole, weiter sulkulär mesial und paramedian am Zahn 22 bis in die Umschlagfalte hinstreckte. Grund für diese Entscheidung war das Ziel, entsprechenden Platz für die Augmentation und Platzierung einer Bio-Gide®-Membran zu schaffen. Im Rückblick würde ich heute unter Umständen eine papillenschonende Schnittführung wählen, um noch mehr Sicherheit hinsichtlich der roten Ästhetik zu haben, die gut knöcherne Situation im Approximalbereich aber und das Alter der Patientin mit hoch regenerativer Potenz ließ mich damals im Sinne der besseren Übersicht die oben genannte Schnittführung wählen.

Die Knochensubstanz der gut reorganisierten Alveole bot sehr gute Verhältnisse für die Insertion eines Implantates. Die Entscheidung fiel auf ein Parallel Walled Implant (Dentegris Deutschland, Düsseldorf) der Größe 4,75 x 13 mm. Zur Insertion wurde entsprechend dem Protokoll die notwendige Bohrerreihenfolge ausgewählt. Auf eine Gewindepräparation des Implantatbettes wurde wegen der spongiös-weichen Kno-

chenssubstanz verzichtet, um letztlich auch eine bessere Primärstabilität zu erreichen. Die Platzierung des Implantates erfolgte freihand ohne Bohrschablone. Die Angulation der Achse fand unter sorgfältiger Prüfung statt. Die Schulter des Implantates wurde soweit versenkt, dass sie mit ihrer Oberkante ca. 2 mm unterhalb der gedachten Verbindungslinie der kranialsten Punkte der beiden benachbarten Gingivagirlanden zu liegen kam (Abb. 10). Zur Augmentation wurde auf dem Implantat nur Eigenknochen appliziert, die übrigen bei der Bohrung gewonnenen Knochenspäne mit Bio-Oss® und Eigenblut vermischt und angeteigt. Anschließend wurde diese Mischung zur Kompensation des labialen Defektes in Form eines leicht überdimensionierten Jugus aufgebracht und mit einer resorbierbaren Folie der Marke Bio-Gide® abgedeckt (Abb. 11). Anschließend erfolgte mit Seralene® 7-0 ein speicheldichter Wundverschluss.

Provisorische Versorgung während der Einheilphase

Die provisorische Versorgung der Lücke bis zur vollständigen Einheilung des Implantates fand in analoger Weise zur Erstversorgung nach der Exzision mit einem als Marylandbrücke gestalteten Brückenprovisori-

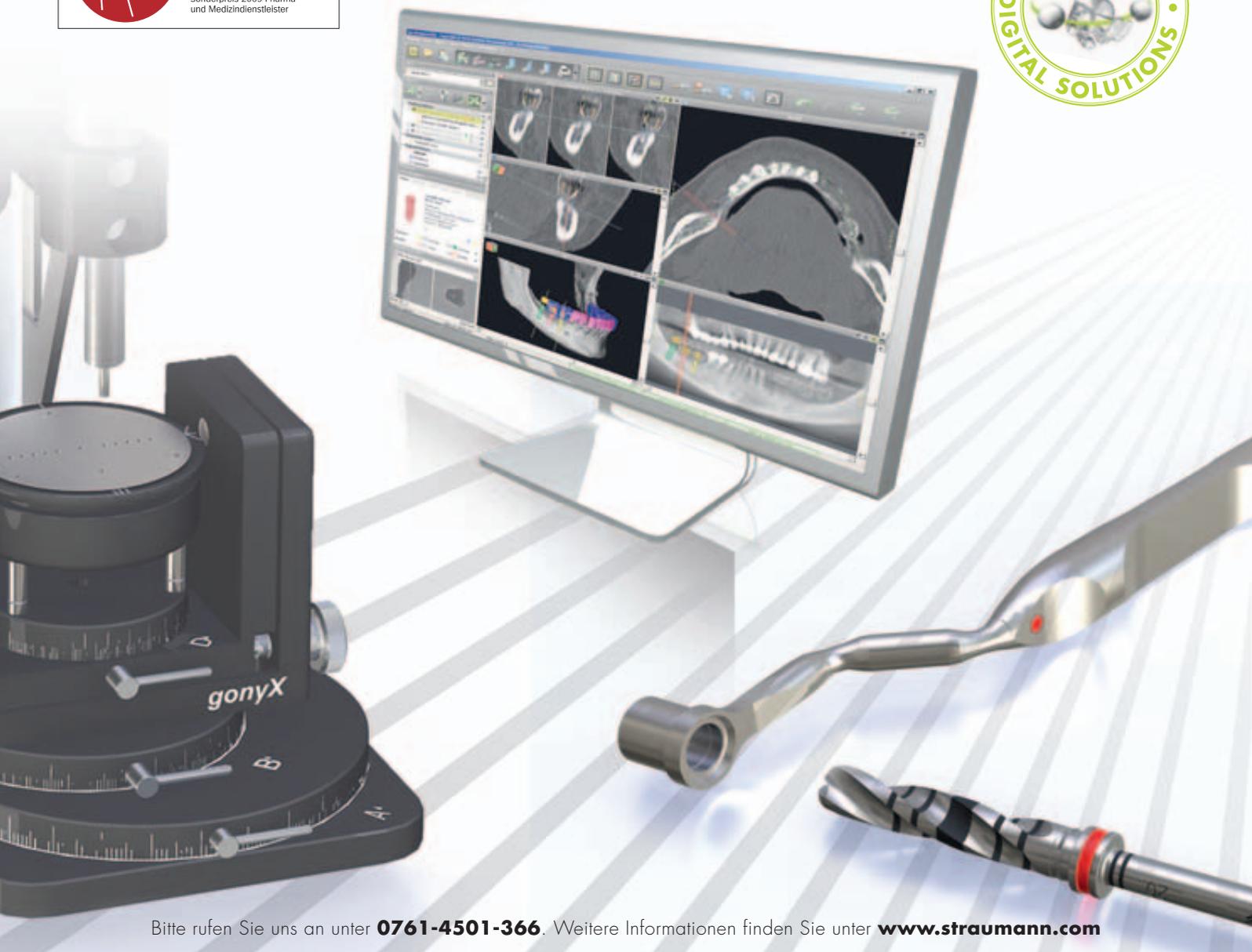


Abb. 9: Präimplantologische Röntgendiagnostik mit Referenzkugel. – **Abb. 10:** OP-Situs während Implantation, vor Augmentation. – **Abb. 11:** OP-Situs nach Implantation und Augmentation mit Folie. – **Abb. 12:** 30 Tage post OP.

VERBINDEN SIE IHRE KOMPETENZEN

STRAUMANN® GUIDED SURGERY – WELTWEITE QUALITÄT MIT LOKALER KOMPETENZ

- **Lokale Schablonenherstellung:** Bohrschablonen mit geprüfter Passung und kurzen Fertigungszeiten durch Ihr lokales Dentallabor
- **Anwenderorientiert – offenes Softwaresystem:** Bietet grosse Flexibilität und einfache Anwendung
- **Individuelles Kostenmodell:** Profitieren Sie von individuellen Preismodellen zugeschnitten auf Ihre persönlichen Anforderungen



Bitte rufen Sie uns an unter **0761-4501-366**. Weitere Informationen finden Sie unter **www.straumann.com**

COMMITTED TO
SIMPLY DOING MORE
FOR DENTAL PROFESSIONALS



Abb. 13: Situation fünf Monate nach der Implantation, vor Freilegung. – **Abb. 14:** Implantat nach Freilegung.

ums unter Kofferdamabdeckung des Operationsgebietes statt. Die adhäsive Befestigung des Provisoriums unter Kofferdam ist hier eine *Conditio sine qua non*, da sonst keine entsprechende relative Trockenheit für einen guten Adhäsivverbund erzielbar ist. Jeder Praktiker weiß, wie lästig es ist, wenn während der Einheilphase erneute Korrekturen an der provisorischen Versorgung erforderlich werden, weil der Klebeverbund unzureichend war. Eine Kontrolle zum Zeitpunkt der Nahtentfernung (Abb. 12) und nach 30 Tagen (Abb. 13) offenbarte jeweils reizlose Wundverhältnisse. Der Situs nach sieben Tagen zeigt, wie das Brückenglied, das im Vergleich zum Zahn 11 kürzer ist, gut von der umgebenden Schleimhaut unterstützt wird (Abb. 12). Die Dysbalance in der Zahnlänge (11/21) ist bewusst herbeigeführt, damit zum Zeitpunkt der Implantateröffnung und dem Beginn der Belastungsphase genügend Schleimhaut vorhanden ist, um eine adäquate Gingivaarchitektur zu erreichen. Die Patientin war über die eingeschränkte ästhetische Suffizienz in dieser Tragezeit des Provisoriums entsprechend aufgeklärt.

Freilegung und festsitzendes Provisorium, Papillenformung

Am 08.08.2008 wurde das adhäsiv befestigte Provisorium entfernt und das Implantat freigelegt. Das Implantat zeigte zu diesem Zeitpunkt eine gute Osseo-

integration. Da klinisch reizlose und im Hinblick auf die Menge gut ausreichende Schleimhautverhältnisse vorlagen, erfolgte die Eröffnung durch einen minimal-invasiven Eingriff, bei dem lediglich die über dem Implantat befindliche Schleimhaut mit einem u-förmigen Schnitt nach palatinal geschoben wurde, da die labialen Verhältnisse zu diesem Zeitpunkt bereits hinreichend gut ausgeformt waren

(Abb. 14). Die festsitzend provisorische Versorgung ab diesem Zeitpunkt wurde so gestaltet, dass durch eine entsprechende seitliche Unterstützung des Provisoriums eine Papillenformung in der beabsichtigten Weise eintreten konnte (Abb. 15). Die leichte Anämie zirkulär um das frisch eingesetzte Provisorium ist beabsichtigt und schafft die Voraussetzung für eine Ausbildung der periimplantären Weichgewebssituation in einer zum Zahn 11 symmetrischen Form (Abb. 16). Bereits beim Kontrollbild nach zwölf Tagen ist der beabsichtigte Effekt eingetreten. Die rote Ästhetik fügt sich harmonisch in das Gesamtbild ein (Abb. 17).

Definitive Versorgung

Am 04.09.2008 wurde mit einem individuell angefertigten Löffel mit einem durchschraubbaren Abdruckpfeifen die Situation mit Impregum™ Penta™ (3M ESPE, Seefeld) abgeformt. Ich habe es mir zur Regel gemacht, jede Abdrucknahme für eine prothetische Versorgung zweimal durchzuführen, um dadurch eventuelle Verziehhungen im Abdruck durch eine Vergleichsmöglichkeit zu eliminieren und das Risiko eines schlechten Kronensitzes zu minimieren. Diese Vorgehensweise hat mich schon vor mancher Wiederholung bewahrt, da letztlich der minimale zeitliche Mehraufwand in der Präparationssitzung allemal lohnender ist als eine neue Terminierung für den Fall, dass die Krone nicht passt.



Abb. 15: Implantatprovisorium. – **Abb. 16:** Implantatprovisorium in situ. – **Abb. 17:** Implantatprovisorium zwölf Tage in situ.



Abb. 18: Röntgenkontrolle des Implantats mit Zirkonaufbau. – **Abb. 19:** Zirkonaufbau in situ. – **Abb. 20:** Definitive Vollkeramikkrone zwei Monate in situ.

Zur Überwindung der Distanz zwischen der Implantat-Plattform und der labialen Gingivagirlande wurde ein konfektioniertes Zirkonoxid-Abutment (Dentegris Deutschland) gewählt, das durch Individualisierung in Form von aufgebrannter Keramik dem zuvor in mehreren Einzelschritten angepassten Provisorium entsprach. Der Zirkonaufbau verfügt über einen ovalisierten Rotationsschutz und einen Titanadapter, der mit einer Zentralschraube auf dem Implantat befestigt wird. Der Adapter verhindert, dass es bei der endgültigen Befestigung des Aufbaus oder infolge Belastung zu einem späteren Zeitpunkt ein Bruchversagen des Zirkons resultiert, da er die Kräfte durch exakte kraftschlüssige Passung gleichmäßig verteilt und es nicht zu punktförmigen Überlastungen kommt.

Eine Röntgenkontrolle des eingesetzten Aufbaus zur Überprüfung des spaltfreien Sitzes auf der Implantatplattform war an dieser Stelle unerlässlich, da durch die straffe Gingiva bei dieser jugendlichen Patientin das Einfügen gegen den elastischen Widerstand der Schleimhaut geschah (Abb. 18).

In Abbildung 19 ist der korrekte Sitz des Aufbaus zu sehen. Der labiale „Präparationsgrenzenverlauf“ wurde so gestaltet, dass er minimal subgingival verläuft. Auf diese Weise ist sichergestellt, dass der spätere Sitz des Kronenrandes so zu liegen kommt, dass er nicht zu sehen ist und durch eine entsprechende Emergenz an der Austrittsstelle den natürlichen Austritt der Krone des Zahnes imitiert.

Nach entsprechenden Einproben zur Feinabstimmung der form- und farbmäßigen Gestaltung wurde die Krone am 21.10.2008 eingegliedert (Abb. 20). Die Krone ist seit ihrer Eingliederung ohne Veränderung an der gingivalen Situation in situ. Natürlich ist der Zeitraum von 16 Monaten keine Gewähr für die Stabilität der roten und weißen Verhältnisse, aber das Zwischenergebnis ist Erfolg versprechend.

Fazit

Durch die Möglichkeiten moderner implantologischer und prothetischer Verfahren ist heutzutage selbst der gut fort-

gebildete Generalist in der Lage, Fälle mit einem sehr guten ästhetischen und funktionellen Ergebnis zu lösen, die lange Zeit in der Praxis wegen ihrer kompromittierenden Ausgangssituation nur als eingeschränkt lösbar galten. Voraussetzung dafür ist vor allem ein genaues Verständnis für die Gesetzmäßigkeiten der Hart- und Weichgewebe, um sich deren Eigenheiten zunutze zu machen. ■

KONTAKT

Dr. med. dent. Eckart Heidenreich
Rosenkavalierplatz 9
81925 München
E-Mail: heidenreich@rokag.de
Web: www.zahnaerzte-rokag.de

ANZEIGE





Jetzt anmelden!

EURO-OSSEO® 2010 – Das Hoch im Norden
IMPLANTOLOGIEKONGRESS der EAID im
Hotel Hamburg – am Samstag, 13.11.2010, 9:00 Uhr,
Seewartenstraße 9, 20459 Hamburg

Kongressthemen

Der eintägige Kongress in der schönen Stadt Hamburg bietet Ihnen viele aktuelle Informationen zur Implantologie. Neuste, klinische und wissenschaftliche Erkenntnisse werden weitergegeben:

- Gingivamanagement
- Sinuslift extern, intern oder vermeiden
- Implantatprothetik
- 3D-Planung, DVT
- Verhalten bei Misserfolgen,
- entzündliche Mundschleimhautrekrankungen
- Oberkieferrekonstruktion

Besonderes Augenmerk richtet die Veranstaltung auf die Vermittlung praktischen Wissens und praktischer Fähigkeiten. Die überaus persönliche und lockere Atmosphäre ermöglicht einen positiven Wissenstransfer.

Teilnahmegebühr:
(inkl. Mwst., Mittagessen u. Pausengetränke)
€ 295,00 p. P. für Zahnärzte, MKG Chirurgen und Zahntechniker
€ 195,00 p. P. für zahnmedizinische Fachangestellte
€ 70,00 p. P. für Studenten

Anmeldung für den Euro-Osseo® 2010
Hiermit melde ich mich verbindlich an:

Titel, Vorname und Name _____
 Institut / Fachbereich / Abteilung _____
 Straße _____
 Land _____ PLZ _____ Ort _____
 Vorwahl _____ Telefon _____ Telefax _____
 E-Mail _____

Ich überweise den Betrag bis zum 05. November 2010 auf das Konto der EAID: Deutsche Apotheker und Ärztebank, BLZ 200 906 02, Kto.Nr. 673 22 40

Einzugsermächtigung: Ich ermächtige hiermit die EAID die Gebühr bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber _____ Kontonummer _____
 Name der Bank _____ BLZ _____
 Unterschrift _____ Datum _____

Referenten

Prof. Dr. Axel Bumann,
Dr. Dr. Sebastian Flinzberg
Dr. Dr. Christian Foitzik
Dr. Peter Henriot
Dr. Ulrich Janke
Prof. Dr. Hartwig Mensing
Dr. Dr. Alexander Tschakaloff
(Änderungen vorbehalten)

Wissenschaftlicher Leiter:
Prof. invitado Dr.(H) Peter Borsay

Aussteller und Sponsoren:
Nobel Biocare, Thommen Medical,
Riemser, Southern Implant, Aurumed,
IMTEC a 3M Company, Johnson & Johnson,
Böse-dentale Spezialitäten GmbH






9
Fortbildungspunkte
(gemäß Richtlinie der BZÄK/DGMKG)

Kooperationspartner






European Academy of Implant Dentistry gGmbH, Heebgarg 29 • 22391 Hamburg
 Fon: 040 - 602 42 42 • Fax: 040 - 602 42 52 • info@eaid.eu • www.eaid.eu

Eine implantologische Herausforderung

Interdisziplinäres Vorgehen bei Aplasie der lateralen Oberkiefer-Inzisivi

Die beidseitige Nichtanlage der oberen seitlichen Schneidezähne: eine komplexe Aufgabe in der zahnärztlichen Praxis. Für ein final befriedigendes Ergebnis ist ein fachübergreifendes Team vonnöten. In der folgenden Kasuistik soll eine mögliche Vorgehensweise im Detail von den ersten chirurgischen Eingriffen bis zur abschließenden Versorgung mit Keramikronen beschrieben werden.

Dr. Pablo Hess/Frankfurt am Main, Bergen Pak/Bad Homburg, Prof. Dr. Georg-Hubertus Nentwig/Frankfurt am Main

■ Dentale Aplasien stellen eine interdisziplinäre Herausforderung in der Zahnmedizin dar. Folglich gibt es unterschiedliche Therapieansätze. Aus kieferorthopädischer Sicht besteht die Möglichkeit, einen Lückenschluss mit Neupositionierung der Eckzähne und anschließender ästhetischer Korrektur durch Beschleifen oder Composite-Applikation durchzuführen (Louw et al. 2007). Weiterhin besteht die Option auf einen kieferorthopädischen Erhalt der Lücken im jugendlichen Gebiss und anschließende definitive prothetische Versorgung (Robertsson et al. 2000, Dundar et al. 2003, Mussig et al. 2004). Die definitive Versorgung ist in Form von konventionellen Brücken, Maryland-Brücken, Modellgussprothesen, Transplantationen von Zähnen oder Implantation enossaler Implantate möglich (Haessler et al. 2000, Dhanrajani 2002, Dundar et al. 2003, Kokich 2004, Strong 2008, Cakan et al. 2009, Krieger et al. 2009). Hier soll das interdisziplinäre Vorgehen von Kieferorthopädie, dentaler Implantation und abschließender prothetischer Rehabilitation vorgestellt werden.

Kasuistik

Die Patientin stellte sich im Alter von 16 Jahren erstmals in der Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie und Implantologie des Carolinums der Universität Frankfurt am Main vor. Sie befand sich seit dem achten Lebensjahr, nach Durchbruch der mittleren Inzisivi und dem Ausbleiben der Dentition der lateralen Schneidezähne, in kieferorthopädischer Behandlung. Die kieferorthopädische Intervention hatte nicht den Lückenschluss zum Ziel, sondern vielmehr einen Platzerhalt (Abb. 1 und 2), um eine nachfolgende Implantatinsertion zu ermöglichen.

Durch diese kieferorthopädische Vorbehandlung wurden die mittleren Inzisivi und die Eckzähne des Oberkiefers so eingestellt, dass in den Regionen der nichtangelegten Zähne entsprechend ausreichende Platzverhältnisse zur Implantation vorherrschten und die Okklusion funktionell eingestellt werden konnte. Anhand eines Sägeschnittmodells sowie nach durchgeführter Messung der Schleimhautdicke konnte eine vor allem im zweiten Quadranten auffällige vestibuläre Einziehung mit geringem transversalen Knochenangebot von etwa 4 mm diagnostiziert werden. Aufgrund der schwierigen Ausgangssituation wurden der Patientin nach Darstellung sämtlicher Vor- und Nachteile der Versorgung mittels Implantaten auch mögliche alternative Versorgungsmöglichkeiten erläutert. Die Patientin blieb bei ihrem Wunsch nach Versorgung mit Implantaten.

Der operative Eingriff fand ambulant in Lokalanästhesie statt. Die intraoperative Darstellung bestätigte unsere präoperativ erhobene Diagnostik (Abb. 3). Nach erfolgter Pilotbohrung durch eine dünne Lindemannfräse wurde der Knochen mithilfe von Bone Spreadern (Ustomed, Tuttlingen) auf die gewünschte Breite aufgedehnt (Abb. 4). Daraufhin fand die Insertion von zwei Implantaten (ANKYLOS, A 3,5/L 11 mm) mit Handinstrumenten nach den vom Hersteller angegebenen Richtlinien statt (Abb. 5). Nach der Nahtlegung wurde die Patientin angehalten, für eine Woche dreimal täglich nach dem Essen mit Chlorhexidindigluconat 0,12 % zu spülen. Als Schmerzmedikation erhielt die Patientin Paracetamol 500 mg, welche sie bei Bedarf einnehmen sollte. Ansonsten wurden ihr keine weiteren Medikamente verschrieben. Nach einer Woche erfolgte die Nahtentfernung bei reizlosen Wundverhältnissen. Sechs Wochen post operationem wurden die Implantate freigelegt, ANKYLOS-Standard-

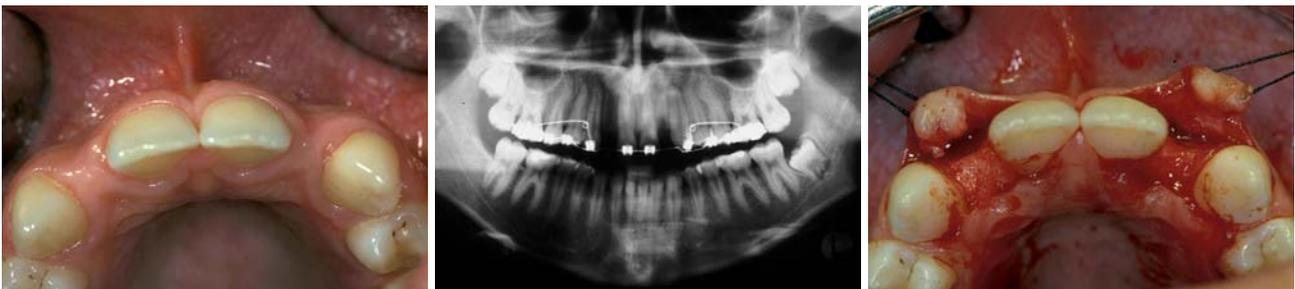


Abb. 1: Klinischer Ausgangsbefund. – **Abb. 2:** Klinischer Ausgangsbefund im Orthopantomogramm (OPG). – **Abb. 3:** Intraoperative Situation: Krestaler Zugang ohne Entlastungsinzisionen.

Eine bioaktive Membran für zuverlässige Ergebnisse

DYNA **MATRIX**[™]
Extracellular Membrane



■ **DynaMatrix** ist eine extrazelluläre Matrix (ECM), die ihre natürliche Kollagenzusammensetzung und andere wichtige Komponenten für das Wachstum neuer Zellen und Geweberemodelling behält.

■ **DynaMatrix ist mehr als nur Kollagen** – DynaMatrix liefert 2 entscheidende Elemente für ein erfolgreiches Gewebetransplantat und fördert die Gewebeheilung und Geweberegeneration des Patienten.

Matrix

Die Kollagenbasis und die dreidimensionale Struktur von DynaMatrix bieten das Gerüst für eine Geweberegeneration.



Durch das Zusammenwirken der einzigartigen Komponenten von DynaMatrix wird das Wachstum neuer Zellen im Körper angeregt – ein wesentlicher Aspekt bei Heilung und Geweberemodelling.

Durch die Interaktion der ECM-Komponenten in DynaMatrix miteinander und mit den Zellen kommt es zur Bildung eines hochkomplexen Kommunikationsnetzes, das für das erfolgreiche Geweberemodelling erforderlich ist.

Bitte fordern Sie unter der 02222-9294-0 ein Gratis-Exemplar an.

Das Original

jetzt auch mit Hohlkehle

Neu



K.S.I.

20 Jahre Langzeiterfolg

K.S.I. Bauer-Schraube

Eleonorenring 14 · 61231 Bad Nauheim
Tel. 06032/31912 · Fax 06032/4507

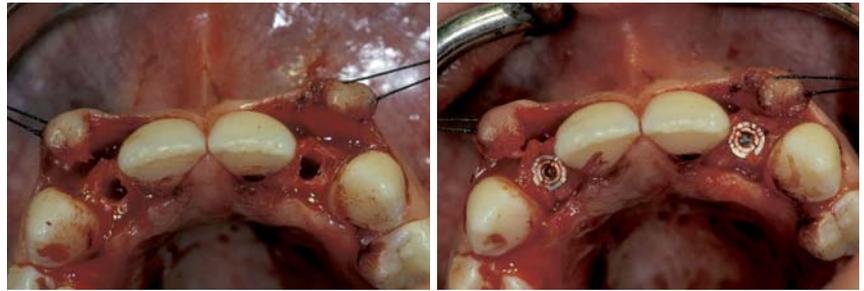


Abb. 4: Intraoperative Situation: Nach Bone Spreading. – **Abb. 5:** Intraoperative Situation: Nach Insertion von zwei ANKYLOS-Implantaten.

pfosten (zweimal je 3,0/4,0 15°) eingeschraubt und mit am Stuhl gefertigten provisorischen Kronen aus ProTemp (3M ESPE, Seefeld) in reduzierter statischer und dynamischer Okklusion versorgt (Abb. 6 bis 8). Nach sechswöchigem Knochentraining wurden die Provisorien und Standardabutments entfernt und die Implantatpositionen mittels Übertragungspfosten und Impregum (3M ESPE, Seefeld) abgeformt (Abb. 9 und 10). Aufgrund der anspruchsvollen ästhetischen Situation sowie der schwierigen Bissverhältnisse erfolgte eine Anprobe der vom Labor individualisierten Cercon-Pfosten (Abb. 11). Die Vollkeramikronen mit Zirkonoxid-Gerüst wurden labortechnisch fertiggestellt und mit TempBond (KerrHawe, Deutschland) zementiert (Abb. 12 bis 14).

Diskussion

Am Beispiel des vorgestellten Patientenfalls lässt sich die Frage nach der adäquaten Therapie von Einzelzahnplasien im Bereich der oberen seitlichen Inzisivi diskutieren. Einige Autoren propagieren einen kieferorthopädischen Lückenschluss (Kokich 2004) oder eine konservative Versorgung mittels Kompositen, andere geben einer prothetischen Versorgung mittels konventionellen Brücken, Vollkeramikbrücken, Klebebrücken oder Modellgussprothesen den Vorzug (Dhanrajani 2002, Dundar et al. 2003). Ebenfalls sind Patientenfälle dokumentiert, bei denen Nichtanlagen von Zähnen mittels Zahntransplantationen kompensiert wurden (Haessler et al. 2000, Lima et al. 2009, Lauwers et al. 2009).

Der kieferorthopädische Lückenschluss stellt aus heutiger Sicht insbesondere bei Platzmangel eine akzeptable funktionelle Versorgungsmöglichkeit dar, um das Fehlen von oberen seitlichen Schneidezähnen auszugleichen (Lauwers et al. 2009). Allerdings ist diese Variante verständlicherweise als ästhetische Kompromisslösung zu sehen.

Die Einsatzmöglichkeiten direkter Kompositrestaurationen in Bezug auf den Ausgleich fehlender Zähne sind hinsichtlich Lückengröße und Langlebigkeit limitiert, sodass diese hauptsächlich im Rahmen der Optimierung kieferorthopädischer Behandlungsergebnisse bzw. zur Restlückenfüllung angewendet werden (Mussig et al. 2004, Lauwers et al. 2009, Cakan et al. 2009, Krieger et al. 2009). Der alleinige Ersatz aplastischer Zähne mit Kompositen ist nur in Ausnahmefällen möglich.

Konventionelle prothetische Therapieverfahren, wie die Versorgung mit VMK-Brücken, beinhalten neben dem Nachteil des Beschleifens der meist unversehrten Nachbarzähne häufig ästhetische Einbußen, insbesondere in Fällen mit reduzierter Ausdehnung in vestibulo-oraler Richtung. Maryland-Brücken können im Gegensatz hierzu minimalinvasiv präpariert werden, weisen jedoch häufig schlechtere Langzeitergebnisse auf (Cakan et al. 2009). Vollkeramische Brücken erreichen durch die speziellen Eigenschaften der keramischen Werkstoffe meist ästhetisch ansprechendere Ergebnisse, ohne jedoch die bereits angesprochenen Gewebsdefizite ausgleichen zu können. Autogene Zahntransplantationen als Versorgungsmöglichkeiten kongenitaler Aplasien sind in der Literatur ebenfalls beschrieben (Haessler et al. 2000, Lima et al. 2009). Das Zeitfenster für einen solchen Therapieweg ist

4BONE

Das volle Programm für die erfolgreiche Knochenaugmentation

Das neue 4BONE-Programm ermöglicht erstklassige Behandlungsergebnisse bei allen Knochendefekten. Das beginnt schon mit 4BONE RCM – der resorbierbaren und porcinen Collagen-Membran, die sich sowohl für die GBR- als auch für die GTR-Technik eignet. Ihre einzigartige Cross-Linkage-Technologie garantiert eine Barrierefunktion von vier bis sechs Monaten. Perfekt ergänzt wird sie von 4BONE SBS, unserem vollsynthetischen Knochenersatzmaterial aus 60 % Hydroxyapatit (HA) und 40 % Beta-Trikalziumphosphat (TCP). In 4BONE vereinen sich 20 Jahre Erfahrung, dokumentierte Effizienz und Biokompatibilität zum Sichersten, was Ihnen die Biokeramik heute bietet. Und ist damit mal wieder typisch MIS!



- Bitte rufen Sie uns an, um einen persönlichen Beratungstermin zu vereinbaren
- Bitte schicken Sie mir den kostenlosen Produkt-Katalog 2009/2010

Name

Telefon

Straße, Nr.

PLZ, Ort

mis
Make it Simple

M.I.S. Implant Technologies GmbH
Paulinenstraße 12 a • 32427 Minden
Tel.: 05 71-972 76 90 • Fax: 05 71-972 76 91
www.mis-implants.de



Abb. 6: Minimalinvasive Freilegung der Implantate. – **Abb. 7:** Standardpfosten mit je 15°-Abwinkelung auf ANKYLOS-Standardabutments. – **Abb. 8:** Provisorische Versorgung.



Abb. 9: Übertragungspfosten. – **Abb. 10:** Abdrucknahme mit Impregum. – **Abb. 11:** Anprobe der individualisierten Cercon-Abutments.



Abb. 12: Ein Jahr nach Eingliederung der Vollkeramikkronen. – **Abb. 13:** OPG sieben Jahre nach prothetischer Versorgung. – **Abb. 14:** Sieben Jahre nach Eingliederung der Vollkeramikkronen.

limitiert. Die Transplantation sollte idealerweise zu einem Zeitpunkt erfolgen, in dem die Wurzeln des Transplantates zu zwei Drittel ausgebildet sind (Andreasen et al. 1990, Lima et al. 2009). Allerdings beinhalten die Transplantatgewinnung, die Transplantatbettauflbereitung und eine spätere Individualisierung der Zahnkrone in den meisten Fällen Schwierigkeiten und Risiken bei fraglich vorhersagbarer Langzeitprognose, sodass viele Behandler von diesem Verfahren absehen. Zudem ist diese Alternative an das Vorliegen eines transplantationsfähigen Zahnes gebunden, welcher beispielsweise aufgrund eines Engstandes entfernt werden muss.

Das kieferorthopädische/oralchirurgische Vorgehen, um eine implantologische Rehabilitation nichtangeregter oberer seitlicher Schneidezähne zu erreichen, ist ein langwieriges, aber erfolgreiches Verfahren und liefert adäquate funktionelle und ästhetische Ergebnisse (Mysliwiec et al. 2008, Sabri et al. 2008, Winkler et al. 2008, Ferguson et al. 2009, Galler et al. 2009, Ickert et al. 2009). Auf ein ausreichendes Weichgewebe- und Knochenangebot ist präimplantologisch im Rahmen der operativen Planung zu achten. Etwaige Weichgewebe- und Knochendefizite sind zu evaluieren und in die chirurgische Planung einzubeziehen, um evtl. vorhandene Inaktivitätsatrophien des Kieferkamms prä-

operativ auszugleichen (Pak et al. 2009). Die funktionelle und ästhetische Rehabilitation erfordert bei diesem Vorgehen eine enge Zusammenarbeit von Chirurgen, Kieferorthopäden und Prothetikern.

Als Grundlage für ein harmonisches Gesamtergebnis müssen alle beteiligten Fachdisziplinen von Anfang an gemeinsam das Behandlungskonzept absprechen und planen. Die interdisziplinäre Kommunikation ist dabei Voraussetzung für den Erfolg. ■

Danksagung

Unser besonderer Dank gilt ZTM Maria Sanchez vom Dental Labor Dr. Elbrecht.

■ KONTAKT

OA Dr. Pablo Hess, Oralchirurg

Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis und Fortbildungszentrum für Zahnheilkunde
Dres. Kempf & Dr. Hess
Jahnstr. 8 und 14, 65451 Kelsterbach
E-Mail: p.hess@em.uni-frankfurt.de

ZWP online

Eine Literaturliste steht ab sofort unter www.zwp-online.info/fachgebiete/implantologie zum Download bereit.

NobelProcera™

Individuelle Aufbauten für ein breites Spektrum von Implantatsystemen.



Biokompatible CAD/CAM-Aufbauten aus Titan und eingefärbtem Zirkondioxid.

Individuelles Design für minimale Anpassungen in der Zahnarztpraxis.

Unbegrenzte Designmöglichkeiten beim Austrittsprofil für eine optimale Anpassung an das Weichgewebe.

Verfügbar für alle Nobel Biocare Implantate und andere gängige Implantatsysteme.



Erleben Sie die neue Welt der zeitsparenden und kostengünstigen CAD/CAM-gestützten Zahnmedizin mit höchster Präzision. NobelProcera stellt seine neue Generation individueller Aufbauten aus Titan und eingefärbtem Zirkondioxid vor. NobelProcera Aufbauten bieten umfassende klinische Vielseitigkeit für alle Indikationen – von Einzelzahnversorgungen bis zur Versorgung zahnloser Kiefer. Aufbauten sind für alle Nobel Biocare Implantate sowie andere gängige Implantatsysteme verfügbar.*

Um ästhetisch anspruchsvolle Versorgungen zu erzielen, sind NobelProcera Aufbauten aus Zirkondioxid in vier Farbtönen erhältlich. Jeder Aufbau wird individuell gefertigt, die hervorragende Festigkeit und Homogenität des Materials sind zertifiziert. Außerdem gilt für alle Aufbauten eine 5-Jahres-Garantie. Die Aufbauten sind bei Lieferung sofort einsatzbereit und weisen eine hervorragende Oberflächengüte auf, so dass kaum weitere Anpassungen erforderlich sind. Nobel Biocare bietet

darüber hinaus ein umfangreiches Sortiment an provisorischen Aufbauten und Gingivaformern. NobelProcera – für zufriedenerer Patienten. Nobel Biocare ist ein weltweit führendes Unternehmen für innovative, wissenschaftlich fundierte Lösungen im Dentalbereich. Weitere Informationen erhalten Sie von Ihrem Nobel Biocare Ansprechpartner (Tel. 02 21/500 85-590) oder im Internet unter:

www.nobelbiocare.com

*Nur für Aufbauten aus Titan – derzeit verfügbar für Straumann® Bone Level Implantate und Standard/Standard Plus Implantate mit einem Durchmesser von 4,8 mm Regular Neck (RN) und einem Durchmesser von 6,5 mm Wide Neck (WN) sowie das Astra Tech Implant System™; andere wichtige Systeme sind in Vorbereitung. Haftungsausschluss: Einige Produkte sind unter Umständen nicht in allen Märkten für den Verkauf zugelassen. Bitte wenden Sie sich an Ihre Nobel Biocare Niederlassung, um aktuelle Informationen zur Produktpalette und Verfügbarkeit zu erhalten. Das Straumann® Bone Level Implantat und das Standard/Standard Plus Implantat sind eingetragene Marken der Institut Straumann AG. Astra Tech Implant System™ ist eine Marke der Astra Tech Gruppe.

Implantatnavigation im Team

Die virtuell geplante und schablonengeführte Implantation erlaubt eine präzise Implantatpositionierung auch bei grenzwertigen Alveolarkammatarophien mit begleitend notwendigen Augmentationen. Im funktionierenden Netzwerk zwischen Chirurg, Prothetiker und Zahntechniker können somit optimale Voraussetzungen zur erfolgreichen Rehabilitation des Patienten geschaffen werden.

Dr. Dr. Andres Stricker/Konstanz, Dr. Jonathan Fleiner/Konstanz, Dr. Ernst Luft/Sigmaringen, ZTM Gerhard Neuendorf/Filderstadt, ZTM Steffen Rothacher/Bad Saulgau

■ Moderne dentale Implantologie folgt heutzutage nicht mehr allein dem Diktat des Knochenangebotes, sondern stellt ein Gesamtkonzept dar, an dessen Ende eine vollständige funktionelle und ästhetische Wiederherstellung der verloren gegangenen Kaufunktion des Patienten steht, ohne dabei die langfristige Stabilität der Gesamtversorgung aus den Augen zu verlieren. Hierzu ist eine gründliche und vorausschauende Planung im Sinne des sogenannten „backward planning“ erforderlich. Dieses Prozedere setzt voraus, dass das Zusammenspiel zwischen Chirurg, Prothetiker und Zahntechniker reibungslos funktioniert und so eine optimale prothetische Planung am Bildschirm mithilfe einer Implantatbohrschablone intraoperativ umgesetzt werden kann. Hierfür stehen heutzutage hochauflösende, dreidimensionale Schnittbilddiagnostikverfahren wie die digitale dentale Volumentomografie (DVT) sowie optimierte 3-D-Planungssoftware zur Verfügung. Auf dieser Basis können insbesondere ästhetisch und funktionell komplexe Fälle mit höchstmöglicher Präzision gelöst werden. Anhand des vorliegenden Falles soll die oben angeführte Vorgehensweise in Form eines Überweisungskonzeptes zwischen Chirurg, Prothetiker und Zahntechniker demonstriert werden.

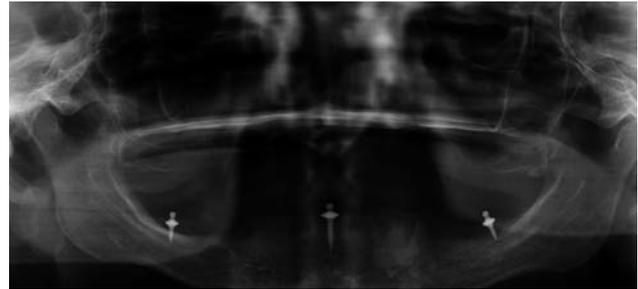


Abb. 1: Postoperatives OPG nach Zahnentfernung und Insertion der temporären Pins.

Scanschablone erstellt und eine dreidimensionale Volumentomografie (DVT) angefertigt. In unserem Fall kam ein Flachdetektorsystem (i-Cat, Imaging Sciences, Hatfield, USA) mit einem Auflösungsvermögen von 0,2 mm Schichtstärke zum Einsatz (Abb. 2). Die resultierenden DICOM-Daten werden für die weitere 3-D-Implantatplanung in die Softwareoberfläche med3D (med3D GmbH, Heidelberg) eingelesen. Auf diesem Weg kann nun mithilfe der virtuellen 3-D-Planung aus der Scanschablone im Labor die intraoperative Navigationschablone hergestellt werden. Im vorliegenden Fall werden die auf das

Der Fall

Eine 68-jährige Patientin stellte sich mit dem Wunsch nach verbessertem Halt ihres herausnehmbaren Zahnersatzes vor, nachdem die Notwendigkeit zur Entfernung der parodontal nicht erhaltungswürdigen Zähne 34 und 35 gegeben war. Da im zahnlosen Kiefer ein perfekter Sitz von rein tegumental abgestützten Implantatbohrschablonen meist problematisch ist, haben wir uns im vorliegenden Fall entschieden, im Vorfeld temporäre Implantate in Lokalanästhesie zu inserieren (Abb.1). Hierfür wurden drei Hilfsimplantate (bredent GmbH & Co. KG, Senden) zur triangulären Abstützung der Prothese eingebracht, um ein intraoperatives Kippen der Navigationschablone zu verhindern. Diese temporären Implantate wurden dann beim Prothetiker abgeformt, um im Labor ein diagnostisches Set-up zu erstellen. Im nächsten Schritt wurde anhand dieser prothetisch idealisierten Aufstellung die



Abb. 2: i-Cat Volumentomografie mit Scanschablone. – Abb. 3: Planung mit der med3D-Planungssoftware.



Abb. 4: Konfiguration der Navigationschablone anhand der virtuellen Planung auf Basis der Scanschablone. – Abb. 5: Schablonennavigierte Implantatinsertion.

Sinuslift Implantate Made in Germany



NEU!

Mit Sicherheit besser bohren!

Die neuen Safety-Stopp-Bohrer
von Dentegris.



- Zertifikat: bakteriendichte Implantatverbindung
- Optimale Kraftverteilung bei FEM Test
- Sicherheit durch Safety-Stopp-Bohrer
- Zervikale Grooves verhindern Knochenabbau
- Beratung ausschließlich durch Implantat-Profis
- 10 Jahre Garantie auf Osseointegration
- Faire und stabile Preise



Zirkon
Aufbau



UCLA
Aufbau



Titan
Aufbau



LOCATOR™
Aufbau



Kobolt-Konus
Aufbau



IMProv™

 **Dentegris**
DEUTSCHLAND GMBH
DENTAL IMPLANT SYSTEM

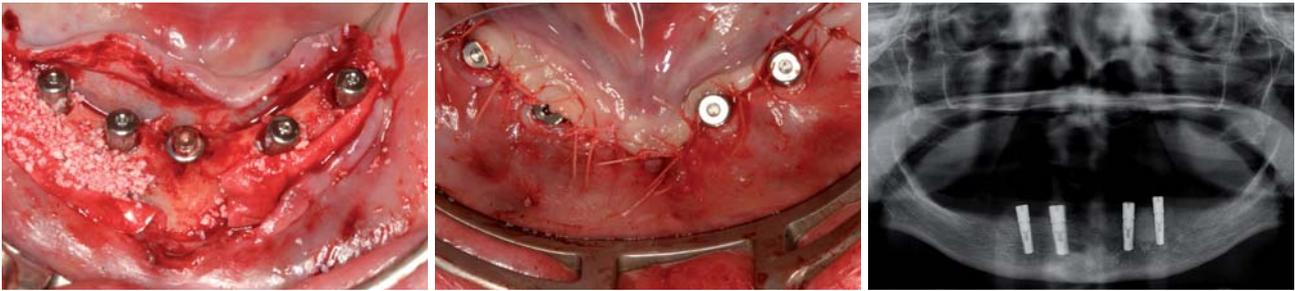


Abb. 6: Zustand nach chirurgischer Implantatinserktion. – **Abb. 7:** Zustand nach Nahtverschluss. – **Abb. 8:** Postoperatives OPG.



Abb. 9: Direkt im Anschluss vom Prothetiker durchgeführte Implantationsabformung. – **Abb. 10:** Intraorale Darstellung der eingebrachten Suprastruktur nach acht Monaten. – **Abb. 11:** Röntgenologische Kontrolle acht Monate nach Implantatinserktion.

CAMLOG-Guide-System (CAMLOG GmbH, Wimsheim) genau abgestimmten Hülsenparameter direkt in die Planung miteinbezogen (Abb. 3). Prinzipielles Ziel dabei ist die optimale Umsetzung der Planungskoordinaten aus den Informationen der Planungsscanschablone hin zu der gewünschten Implantatposition, die mithilfe eines speziellen Bohrtisches aus der Röntgenschablone in die Bohrschablone umgearbeitet wird (Abb. 4). Auf Basis der somit angefertigten Bohrschablone, die nun fest verankert an den temporären Implantaten fixiert werden kann, erfolgte das chirurgische Vorgehen. Nach Umsetzung der im Vorfeld geplanten vertikalen Kammreduktion von 3 mm mittels Rosenbohrer aufgrund des starken koronalen transversalen Knochendefizites wurden vier Implantate in Regio 33, 35 sowie 42 und 44 inseriert (Abb. 5). Es folgte auf beiden Seiten aufgrund der transversalen Defizite und als Resorptionsprophylaxe eine laterale Augmentation mit Bio-Oss und Bio-Gide (Abb. 6 und 7). Nach Einbringen der Gingivaformer und Nahtversorgung fand die Röntgenkontrolle (Abb. 8) und anschließend die Überweisung zum Prothetiker zur direkten postoperativen Abformung statt. Hierbei wurden die im Vorfeld sterilisierten Abformpfosten verwendet. Um zu verhindern, dass das Nahtmaterial mit dem Abformmaterial, das in der Wunde zu Problemen führt, kontaminiert wird, wurde der Situs mit desinfiziertem, modifizierten Kofferdammgummi abgedeckt (Abb. 9). Zwei Wochen später erfolgte dann beim Hauszahnarzt die Insertion der im Labor hergestellten teleskopierenden Suprastruktur. Bei breitem transversalen Knochenangebot mit Stärken der bukkalen und lingualen Lamelle über den Implantaten von größer 2 mm kann eine Sofortbelastung durchgeführt werden. In dem vorliegenden Fall, im Bestreben nach funktionell und ästhetisch langfristig nachhaltiger Rehabilitation der Patientin, wurde entschieden, aufgrund der transversalen Diskrepanz die inserierten Implantate zunächst für weitere zwei Monate über die Gingivaformer

provisorisch im Sinne eines Knochentrainings zu belasten und erst dann die prothetische Versorgung mittels definiertem Drehmoment einzusetzen (Abb. 10). Das Röntgenbild acht Monate postoperativ zeigt eine stabile knöcherne Integration des Augmentates sowie der durch schablonengeführte Navigation inserierten Implantate (Abb. 11) mit einer folglich sehr zufriedenen Patientin.

Zusammenfassung

Aufgrund der temporären Implantate ist es möglich, vorhersagbar mit genauen Bezugspunkten im zahnlosen Ober- als auch Unterkiefer so zu referenzieren, dass es zu keinen Verschiebungen der Führungsschablone und damit in der Folge zu keinen relevanten Abweichungen während der chirurgischen Implantatinserktion kommen kann. Nur durch eine zuverlässige Planung gelingt es, möglichst vorhersagbare Ergebnisse sowie eine langfristige Stabilität der inserierten Implantate zu erzielen. Die virtuell geplante und schablonengeführte Implantation unter Zuhilfenahme des CAMLOG-Guide-Systems erlaubt eine präzise Implantatinserktion und damit in der Konsequenz optimale Voraussetzungen für eine prothetische Versorgung zur erfolgreichen Rehabilitation unter Zuhilfenahme eines funktionierenden Netzwerkes zwischen Chirurg, Prothetiker und Zahntechniker. ■

Unser besonderer Dank gilt Olli Keller.

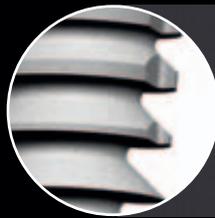
■ KONTAKT

Dr. med. Dr. med. dent. Andres Stricker
Wessenbergstraße 6, 78462 Konstanz
E-Mail: info@praxis-stricker.de

Konzept der Zukunft – Das FIT²®-Implantatsystem



Das im crestalen Bereich leicht konisch verlaufende Mikrogewinde sowie das Platform-Switching gehören zu den auffälligsten modernen Features des FIT²®-Implantatsystems.



Das Kompressionsgewinde mit ergänzenden Schnittkerben im crestalen Bereich sorgt für hohe Primärstabilität. Diese wird durch ein optimiertes, exakt auf das Implantatprofil abgestimmtes Bohrer-konzept unterstützt.



Die osseokonduktive, in sich homogen geätzte NANOPLAST®-Implantatoberfläche verfügt über eine sehr feine und gleichmäßige Oberflächentopographie und ist das Ergebnis intensiver Forschungen an internationalen Universitäten.



Die einheitliche FOURBYFOUR® Innen-Verbindung des FIT²® Schraub-implantats und des FIT-OT³ Press-Fit-Implantats vereint diese beiden Systeme zu einem umfassenden Konzept.

Implantatprothetik als Lösung

Ein Fallbericht zur Behandlung eines zahnlosen Oberkiefers

Um den Halt einer Totalprothese im Oberkiefer zu verbessern, wurde bei einer Patientin mit schmalen Kieferkamm mithilfe der Bone Splitting-Technik das Knochenangebot derart vergrößert, dass in einer einzeitigen Operation vier Implantate gesetzt werden konnten. Diese wurden dann mit einem Steg und einer verriegelbaren Prothese versorgt.

ZA Daniel Schulz/Henstedt-Ulzburg

■ Eine Patientin kam mit dem Wunsch einer festsitzenden Oberkieferversorgung in meine Praxis (Abb. 1). Die alte Prothese war nach einer optimierten Unterfütterung für etwas über ein Jahr ausreichend fest, hätte aber zum jetzigen Zeitpunkt erneut unterfüttert werden müssen, was die Patientin veranlasste, sich nach Alternativen zu erkundigen. Durch den festsitzend versorgten Unterkiefer kam eine Neuanfertigung einer rein schleimhautgetragenen Prothese nicht infrage. Nach der Befunderhebung wurde ein Therapieplan erstellt. Da im Seitenzahnbereich nicht ausreichend Knochen vorhanden war und kein Sinuslift gewünscht wurde, kamen wir zum Entschluss, die Front mit viertioLogic® Implantaten (Dentaurum Implants) zu versorgen. Die Suprakonstruktion wurde mit einem verriegelbaren Steg und einer Gutowskiprothese geplant, um einerseits einen festen Halt zu gewährleisten und andererseits die Kaukräfte auch auf den zahnlosen Seitenzahnbereich zu übertragen. Mithilfe der alten Prothese wurde eine Bohrschablone erstellt (Abb. 2) und mit dieser eine digitale Volumentomografie angefertigt, da bereits absehbar war, dass auch hier das Knochenangebot nicht ausreichend sein würde.

Digitale Volumentomografie

Die Auswertung der dreidimensionalen Daten führte zu dem Ergebnis, dass einzeitig mit der Bone Splitting-Technik implantiert werden sollte.

Prothetische Planung

Mit all diesen Informationen konnte nun eine komplette Behandlungsplanung erfolgen, die in diese Behandlungsschritte unterteilt werden konnte:

- Insertion von vier Implantaten Regio 13, 11, 21, 23 mit simultanem Knochenaufbau und Bone Splitting
- Nachsorge mit besonderer Beachtung der belastungsfreien Einheilung
- Freilegung und Abformung nach vier Monaten
- Prothetische Versorgung mit einer Gutowskiprothese, verankert auf einem verriegelbaren Steg.

Operation

Nach Infiltrationsanästhesie wurde der Kieferknochen mittels Kieferkammschnitt und Bildung eines Mukoperiostlappens dargestellt. Das hierbei austretende Blut wurde mit einer Spritze gesammelt, um später mit dem Augmentationsmaterial vermischt werden zu können. Die Bohrschablone wurde eingesetzt und die Positionen der Implantate markiert. Darauf folgte die Spaltung des Kieferkamms mit einer Diamanttrennscheibe (Meisinger/Neuss) jeweils von Regio 1 bis Regio 3 (Abb. 3). Anschließend konnte der Knochen mit Osteotomen (Dentaurum Implants/Ispringen) bis auf eine Tiefe von 9,0 mm weiter aufgedehnt werden (Abb. 4). Mit dem schmalen meißelförmigen Osteotom wurde dann der Spalt mittig offen gehalten, um daneben die beiden Implantate zu platzieren. Dabei ließ sich der Alveolar-kamm soweit verbreitern, dass die Implantate mit 3,7 mm Durchmesser inseriert werden konnten (Abb. 5), nur in Regio 21 wurde ein 3,3 mm Implantat gesetzt (Abb. 6). In Regio 11 und 23 kamen zwei 9 mm und in Regio 13/21 zwei 11 mm lange Implantate zum Einsatz. Alle Implantate konnten primärstabil mit 30 Ncm gesetzt und danach die Verschlusschrauben eingedreht werden. Der verbleibende Hohlraum zwischen den Implantaten wurde mit einem Gemisch aus den gewonnenen Knochenpänen und NanoBone® (ARTOSS/Rostock) aufge-



Abb. 1: Ausgangssituation. – Abb. 2: Bohrschablone. – Abb. 3: Auftrennung des Kieferkamms. – Abb. 4: Anwendung der Osteotome.

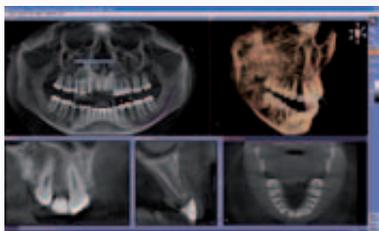
MAKE EVERY CASE COUNT

SICAT Implant

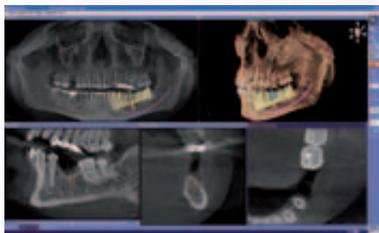
Jeder Fall zählt – nutzen Sie jetzt die einfache und sichere Art der Implantatplanung und -umsetzung. In SICAT Implant CAD/CAM lassen sich erstmals optische Abdrücke und virtuelle Prothetikvorschläge mit 3D-Röntgendaten fusionieren. Der Nutzen beeindruckt:

- Planung, Implantation und Versorgung erstmals möglich in 2 Sitzungen
- Ästhetisch anspruchsvolle Prothetikplanung durch klare Darstellung der Schleimhaut
- Workflow-Optimierung durch Wegfall von aufwendigen Röntgenschablonen

Entdecken Sie jetzt die neue Software SICAT Implant CAD/CAM. Durch unseren Außendienst live in Ihrer Praxis oder im Internet: www.sicat.de



Diagnose. Intuitiv geführt durch alle Ansichten.



Planung. Schnelle Positionierung der Implantate auf Basis der virtuellen Prothetik.

SICAT





Abb. 5: Bone Splitting. – **Abb. 6:** Implantate in situ. – **Abb. 7:** Gemisch aus Knochenspänen und Knochenersatzmaterial. – **Abb. 8:** Aufgefüllte Hohlräume.

füllt und die Lappen spannungsfrei vernäht (Abb. 7 bis 9). Eine daraufhin angefertigte PSA zeigt die inserierten Implantate (Abb. 10). In den nächsten Tagen wurde zunächst auf das Einsetzen der alten Prothese verzichtet. Bei der Nahtentfernung nach zehn Tagen konnte die im OP-Bereich vollkommen hohlgelegte Prothese wieder eingegliedert werden und wurde nach ca. zweieinhalb Monaten weichbleibend unterfüttert.

wärmtem Bite Compound (GC) beschickt und die neuromuskuläre Schlussbisslage registriert (Abb. 14). In derselben Sitzung wurde eine Gesichtsbogenübertragung sowie weitere Registrare für die Protrusion und Laterotrusion genommen und nach diesen Vorgaben zunächst eine Vollprothese aufgestellt. In diesem Fall kamen für die Aufstellung der Prothese Keramikzähne zum Einsatz, um stabile okklusale Verhältnisse zu erzielen.

Freilegung

Nach viermonatiger Einheilzeit wurden die Implantate ohne Gewebeverlust freigelegt. Dazu erfolgte eine kleine Inzision und Mobilisierung der Schleimhaut nur im Bereich um die Verschlusschraube. Dies dient der Verhinderung einer Unterbrechung der Blutzufuhr des angrenzenden Knochens und der Erhaltung der keratinisierten Gingiva. In derselben Sitzung erfolgte die offene Abformung mit Impregum® (3M ESPE/Seefeld) (Abb. 11). Zur zusätzlichen Sicherheit wurden die Abformpfosten nach der Abformung in diesem Fall mit Luxabite® (DMG/Hamburg) am individuellen Abformlöffel fixiert (Abb. 12). Anschließend konnten die Gingivaformer eingesetzt werden (Abb. 13).

Wachseinprobe

Wie bei einer klassischen Totalprothese wurde hier die komplette Arbeit überprüft und gegebenenfalls korrigiert. Geprüft werden folgende Parameter:

- Saughalt
- Zahnaufstellung und Zahnfarbe
- Schlussbiss
- Phonetik.

Einprobe mit Steg und Rohfertigstellung

In dieser Sitzung wurde der Steg auf spannungsfreien Sitz überprüft. Hierzu bedient man sich des Sheffield Testes: Dazu wird der Steg an immer nur einer Schraube befestigt und muss in jeder Situation auf allen Abutments spaltfrei aufsitzen. Darüber wurde die in Kunststoff roh ausgearbeitete Prothese gesetzt und auf korrekten Sitz geprüft.

Bissnahme

Nach dem Vermessen der alten Prothese inklusive Korrekturen wurde ein Registrierbehelf aus Kunststoff hergestellt und mit einem Silikon mittlerer Festigkeit (Coltex medium, Coltène/Whaledent) unterfüttert. Dadurch ist eine Saughaftung gewährleistet, die für eine präzise Bissregistrierung notwendig ist. Durch das vorherige Vermessen der Prothese hat der Registrierbehelf schon jetzt einen relativ gleichmäßigen Kontakt zur Gegenbezahnung. Die Oberseite wurde dann mit er-

Fertigstellung

Zur Fertigstellung wurden die Abutments für den Steg mit dem entsprechenden Instrument eingesetzt. Durch die Verschraubung des Werkzeuges mit dem Aufbau funktioniert das sehr komfortabel (Abb. 15). Die Schrau-

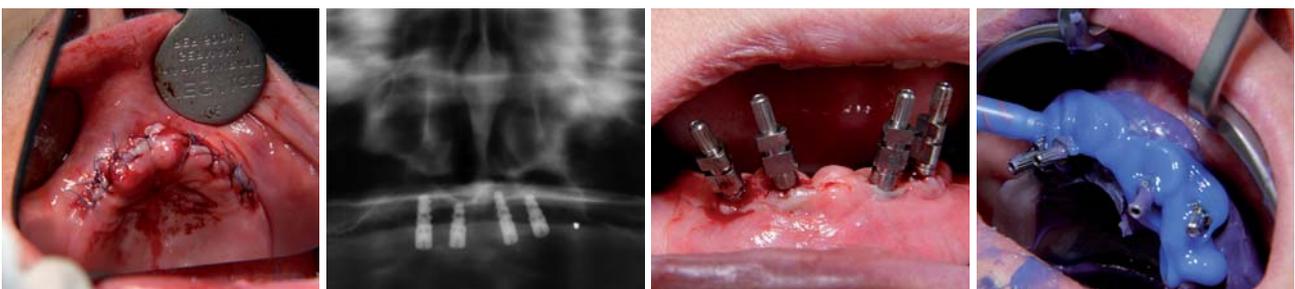


Abb. 9: Wundverschluss. – **Abb. 10:** Röntgenkontrolle. – **Abb. 11:** Abformpfosten in situ. – **Abb. 12:** Abformung.

tiologic®

maximale
Sicherheit

einfaches
Handling

perfekte
Ästhetik

Deutschlands
kundenorientierteste
Dienstleister



Wettbewerb 2010

www.bestdienstleister.de

ausgezeichnet mit dem Siegel für **hohe Kundenorientierung**

 **DENTAURUM**
IMPLANTS

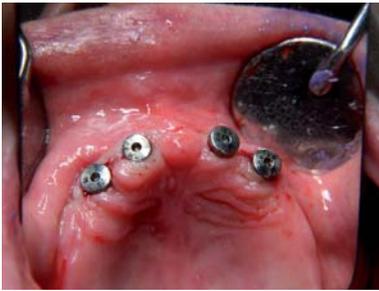


Abb. 13: Gingivaformer. – Abb. 14: Bissregistrierung.



Abb. 15: Stegabutments. – Abb. 16: Im Oberkiefer befestigter Steg.

ben wurden vorher dünn mit Ledermix bestrichen. Nachdem alle Aufbauten fest verschraubt wurden, konnte der Steg auf die Aufbauten gesetzt, befestigt (Abb. 16) und darüber die fertige Prothese eingegliedert werden. Die Prothese wurde auf korrekten Biss überprüft und eine Druckstellenprophylaxe durchgeführt. Anschließend fand das Informationsgespräch mit der Patientin über die korrekte Pflege und ein Training zum Einsetzen und Herausnehmen der Arbeit (Abb. 17 und 18) statt.

Remontage

Nach einer knappen Woche Tragezeit wurde die Patientin wieder einbestellt, um eine erneute Gesichtsbogenübertragung sowie Registratur des Schlussbisses, der Protrusion und der Laterotrusion anzufertigen. Mit diesen Informationen wurde die Prothese wieder in den Artikulator eingestellt und der Artikulator entsprechend programmiert. Somit konnte eine korrekte statische und dynamische Okklusion eingestellt werden. Die Remontage nach der Einlagerung ist bei Keramikzähnen dringend erforderlich. Durch die Schrumpfung des Kunststoffes kann es im Mund zu kaum messbaren Bissänderungen kommen. Ebenso führt die Einlagerung der Prothese zu leichten Veränderungen, die Fehlbelastungen auslösen können. Außerdem wird mit der Re-



Abb. 17 und 18: Finale Versorgung.

montage der Winkel der Front-Eckzahnführung den Kiefergelenken angepasst. Die eingestellten Kontakte werden im Mund überprüft. Nach weiteren drei Wochen wurde die Arbeit, die frei von Druckstellen war, kontrolliert.

Diskussion

1986 wurde erstmals die Technik des Bone Splitting des Kieferkammes mit simultaner Implantation beschrieben.¹ Vorteile dieser Methode sind die mögliche einzeitige Versorgung mit Implantaten und die gute Stabilisierung des Augmentates zwischen den Kieferfragmenten. Damit genügend periimplantärer Knochen das Implantat umgibt, muss eine minimale Kieferkammbreite von 3,0 mm vorhanden sein.² Nach neueren Erkenntnissen sollte die Bildung eines Mukoperiostlappens vermieden und vielmehr

ein Mukosalappen präpariert oder gar ganz auf die Lippenpräparation verzichtet werden.^{2,3} Bei fehlender Präparation sollte allerdings die dreidimensionale Struktur des Kieferkammes bekannt sein. Vorteil des Mukosalappens ist neben der Übersicht die gesicherte Versorgung der Knochenfragmente, besonders bei dünnem Knochen, und die gute Erzielung eines dichten Wundverschlusses. Durch die Form des für diesen Fall ausgewählten Implantates, welches in den oberen beiden Dritteln parallel verläuft und erst im apikalen Drittel konisch zuläuft, kommt es zu keiner erhöhten Belastung der Kieferfragmente.⁴ Um die Belastung auf die Implantate gering zu halten, wurde bei Herstellung der Arbeit auf den optimalen Sitz der Prothese auf dem Lager geachtet, sodass die Prothese einen guten Saughalt aufweist. Durch die Verwendung von Keramikzähnen steht dem festbezahnten Unterkiefer ein adäquater Antagonist gegenüber. Die sorgfältige Remontage sichert hier, dass es nicht zu erhöhten Belastungen auf die Implantate kommt. Durch die eingebauten Riegel konnte die Patientin mit einer wirklich festsitzenden und doch herausnehmbaren Prothese versorgt werden. ■

ZWP online
Eine Literaturliste steht ab sofort unter www.zwp-online.info/fachgebiete/implantologie zum Download bereit.

Dank

Für die Herstellung der zahn-technischen Arbeit und die gute Zusammenarbeit danke ich dem Labor Gerd Weber in Norderstedt recht herzlich. Ein weiterer Dank geht an Herrn Thorsten Winkler für das Fotografieren.

■ KONTAKT

ZA Daniel Schulz
Rathausplatz 11
24558 Henstedt-Ulzburg
Tel.: 0 41 93/80 88 64



RESORBA®

- ▶ GENTA-COLL *resorb*® Dentalkegel MKG
- ▶ PARASORB® Dentalkegel

Socket Preservation mit dem Plus an Sicherheit

RESORBA® Dentalkegel – Bewährt in mehreren hundertausend Anwendungen

- ▶ Kontrollierte Hämostase
- ▶ Stabilisierung der vestibulären Knochenlamelle
- ▶ Definierte Regenerationsmatrix
- ▶ Zuverlässige Gefäß- und Knochenregeneration durch angio- und osteokonduktive Eigenschaften
- ▶ Unkomplizierte Handhabung
- ▶ Hoher Patientenkomfort
- ▶ Optional mit antibiotischem Schutz für Risikopatienten (Diabetiker, immunsupprimierte Patienten, Raucher)

Literatur auf Anfrage

Weitere Informationen zu RESORBA® Dentalkegeln erhalten Sie direkt von uns oder finden Sie auf unserer Internetseite:

Resorba Wundversorgung GmbH + Co. KG
Am Flachmoor 16
D-90475 Nürnberg / Germany

Fon: +49 (0) 91 28 - 91 15 - 0
Fax: +49 (0) 91 28 - 91 15 - 91
E-Mail: infomail@resorba.com
www.resorba.com

CE 1275

 **RESORBA®**
REPARIEREN UND REGENERIEREN

Implantologie – ein individueller Behandlungsansatz bei Parodontitis

Zahnbettentzündungen gehören bekanntlich neben Karies zu einer der häufigsten oralen Erkrankungen. Die Auswirkungen reichen jedoch im finalen Stadium bis hin zum völligen Zahnverlust. Implantologie bietet hier Hilfe.

Dr. med. dent. Thomas Lederer/Salzburg, Österreich

■ Was tun, wenn wir einen Patienten mit Parodontitis im Endstadium vor uns haben und kein Zahn zu erhalten ist? Was tun, wenn es sich um einen Patienten handelt, der mitten im Berufsleben steht und auf keinen Fall – auch nicht vorübergehend – ohne feste Zähne sein kann? Die Erwartungen der Patienten dem Zahnarzt gegenüber werden immer größer. In den Medien werden die angeblichen Möglichkeiten der modernen Zahnheilkunde schier ins Grenzenlose erweitert. Vor diesem Hintergrund habe ich in meiner Praxis ein Konzept erarbeitet, das es mir ermöglicht, in wenigen Behandlungssitzungen einem Patienten wie oben beschrieben zu einem mehr als zufriedenstellenden Zahnersatz zu verhelfen. Wobei der lange Weg zu diesem Ergebnis aufgrund eines verzögerten Sofortprovisoriums relativ komfortabel ist.

Klinischer Fall

Ausgangssituation

Eine 50-jährige Patientin wurde vorstellig zur Sanierung und Neuversorgung zunächst nur ihres Oberkiefers (Abb. 1). Das Restgebiss der Patientin bestand aus parodontal geschädigten, nicht erhaltungsfähigen Zähnen. Der Patientin war von ihrem Hauszahnarzt eine Versorgung mit Totalprothesen in Aussicht gestellt worden. Das war auch typischerweise der Grund, warum sie so lange mit der Sanierung gewartet hat. Da die Patientin Geschäftsfrau mit viel Publikumsverkehr war, bestand ihr größtes Problem darin, dass sie im Rahmen der bevorstehenden Zahnbehandlung zahnlos sein könnte.

Befund

- parodontal erkranktes Restgebiss im Endstadium
- einige wurzelbehandelte Zähne teilweise mit apikalen Aufhellungen
- 20 Jahre alte insuffiziente Kronen und Füllungen

- fehlende Zähne mit einfachen Prothesen ersetzt
- horizontaler Knochenabbau bis weit ins apikale Drittel
- mäßige Mundhygiene
- Taschentiefen 2–5 mm
- Lockerungsgrad 2 bis 3 (Abb. 1 bis 3).

Behandlungsplanung

Die Patientin wünschte zunächst nur die Neuversorgung des Oberkiefers. Nach dem Abwägen der verschiedenen Therapiemöglichkeiten entschied sie sich für einen von acht Implantaten getragenen festsitzenden Zahnersatz. Aus beruflichen Gründen musste die Behandlung ohne Ausfallzeit und Erkennbarkeit der Behandlung durchgeführt werden.

Therapiekonzept

Für vergleichbare Fälle habe ich in meiner Praxis folgendes Therapiekonzept etabliert:

- Aufklärung des Patienten, Kostenvoranschläge, Narkoseaufklärung, Einverständniserklärung
- OP-Vorbereitungen: CT-Planung, Interimsprothese, Quetschbiss, Implantatteile
- Freitag: Extraktion, Implantation, Sinuslift, Abdruck für festsitzendes Provisorium, einsetzen Interimsprothese (alles unter Allgemeinanästhesie)
- Samstag und Sonntag: Herstellung der festsitzenden provisorischen Brücke, Kontrollen
- Montag: Einsetzen des festsitzenden Provisoriums
- regelmäßige Kontrollen
- sechs Monate post OP: Anfertigen des definitiven Zahnersatzes (verblendete Zirkonbrücke auf Mesiostruktur verschraubt)
- Recall.

OP-Vorbereitung

Für die OP-Planung reichen Situationsmodelle und ein CT oder DVT aus (Abb. 4). Mit einer Planungssoftware



Abb. 1 bis 3: Ausgangssituation.



Bromelain-POS® wirkt. Sichtbar schnell.

Bromelain-POS® ist mittlerweile ein fester Bestandteil in der Behandlung von Schwellungen und Hämatomen nach implantologischen Eingriffen. **Bromelain-POS®** sorgt durch seine abschwellende Wirkung für die ideale Einheilung der Implantate bei geringerem Schmerzmittelbedarf – damit Implantate das tun, was sie sollen: Fest und lange sitzen wie die eigenen Zähne.



Rein pflanzlich,
frei von Laktose,
Farbstoffen
und Gluten.

Bromelain-POS®. Wirkstoff: Bromelain. **Zusammensetzung:** 1 überzogene, magensaftresistente Tablette enthält Bromelain entsprechend 500 F.I.P.-Einheiten (56,25-95 mg). Mikrok. Cellulose; Copovidon; Maltodextrin; Magnesiumstearat; hochdisp. Siliciumdioxid; Methacrylsäure-Methylmethacrylat-Copolymer (1:1) mittleres MG 135.000; Methacrylsäure-Ethylacrylat-Copolymer (1:1) mittleres MG 250.000; Diethylphthalat; Talkum; Triethylcitrat. **Anwendungsgebiete:** Begleittherapie bei akuten Schwellungszuständen nach Operationen und Verletzungen, insbesondere der Nase und der Nebenhöhlen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber Bromelain, Ananas oder einem der sonstigen Bestandteile. **Bromelain-POS®** sollte nicht angewendet werden bei Patienten mit Blutgerinnungsstörungen sowie bei Patienten, die Antikoagulantien oder Thrombozytenaggregationshemmer erhalten. **Nebenwirkungen:** Asthmaähnliche Beschwerden, Magenbeschwerden und/oder Durchfall, Hautausschläge, allergische Reaktionen. **Stand:** Februar 2010

GoDirect (Pat. Pend.)

Einteiliges Implantat mit integriertem *Locator® Abutment
All-in-one Packaging beinhaltet Snap-on transfer und Komfortkappe = €115

EINTEILIGES IMPLANTAT-DESIGN

1. Plattform: Kompatibel zu Zest Anchor Locator® Abutment
2. Design: Konisch mit selbstschneidenden Gewinden
3. Oberfläche: Medium-raue SBM-Oberfläche mit 17-jähriger Evidenz
4. Längsoptionen: 10mm, 11.5mm und 13mm
5. Durchmesser: 3.0mmD, 3.7mmD und 4.7 mmD
6. Schulterhöhe: 1.5mm und 3.0mm erhältlich

Snap-on
Komfortkappe
inklusive

Snap-on
Transfer
inklusive

Zest Anchor
Locator Matrize
(nicht enthalten)

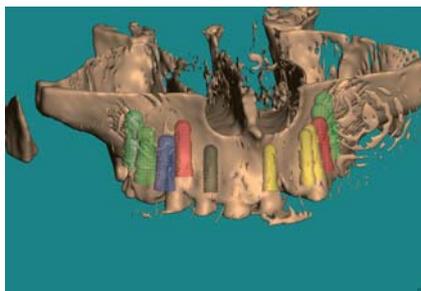
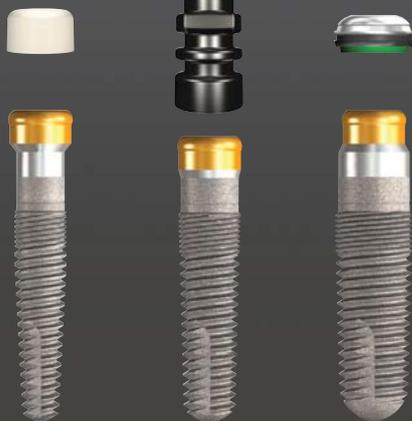


Abb. 4: CT-Planung. – Abb. 5: Eingeschraubte Stegaufbauten.



Abb. 6: Individualisierte konfektionierte Stegkronen. – Abb. 7: Provisorische Brücke.

können dann relativ einfach die ideale Implantation und Begleitmaßnahmen wie Sinuslift eruiert werden. Dabei suche ich den bestmöglichen Kompromiss zwischen für die Prothetik idealen Implantatpositionen und möglichst wenig Knochenaugmentationen. Eine Bohrschablone kann wegen der noch vorhandenen Zähne nicht angefertigt werden. Weiterhin muss eine Interimsprothese in gewohnter Weise erstellt werden. Vor der Operation wird zur Sicherung des Bisses ein einfacher stabiler Quetschbiss aus Silikon über die vorhandenen Zähne angefertigt. Bei der Vorbereitung der Implantate und Prothetikteile muss an alle möglichen Eventualitäten gedacht werden, da erst während der OP der definitive Durchmesser für die Implantate und deren genaue Anzahl festgelegt werden kann.

Freitag: Die Operation

Die Implantation wird aufgrund der langen Dauer in Intubationsnarkose durchgeführt. Das Vorgehen erfolgte quadrantenweise. Im vorliegenden klinischen Beispiel habe ich die Extraktionen, Implantationen und den Sinuslift im ersten Quadranten durchgeführt. Um den Biss nicht zu verlieren, wurde danach ein einfacher Quetschbiss über die eingeschraubten Einheilkappen der ersten vier Implantate genommen. Zur Orientierung wurde der vorher angefertigte Quetschbiss zwischen die Zähne des 2. und 3. Quadranten eingesetzt und der Unterkiefer von Hand geschlossen. Anschließend wurden die Zähne des zweiten Quadranten extrahiert, die Implantate 5 bis 8 an den geplanten Stellen eingesetzt und der Sinuslift durchgeführt. Darauf folgte die Vervollständigung des Quetschbisses im zweiten Quadranten, wofür Einheilkappen in die Implantate 5 bis 8 eingeschraubt wurden. Mithilfe des Quetschbisses im ersten erfolgte die Bissnahme im zweiten Quadranten.

Die Abformung der Implantate fand im vorliegenden Beispiel nach der geschlossenen Methode mit einem normalen Abdrucklöffel und Abdruckpfosten für geschlossene Löffel statt. Am Ende der Operation wurden kurze Einheilkappen, die das Gingivaniveau nicht überschreiten sollten, in die acht Implantate eingeschraubt. So ist es möglich, die Interimsprothese mit viel Haftcreme einzusetzen. Die Prothese blieb dann bis zur Kontrolle am nächsten Tag in situ.

Samstag und Sonntag: Herstellung des festsitzenden Provisoriums und Kontrollen

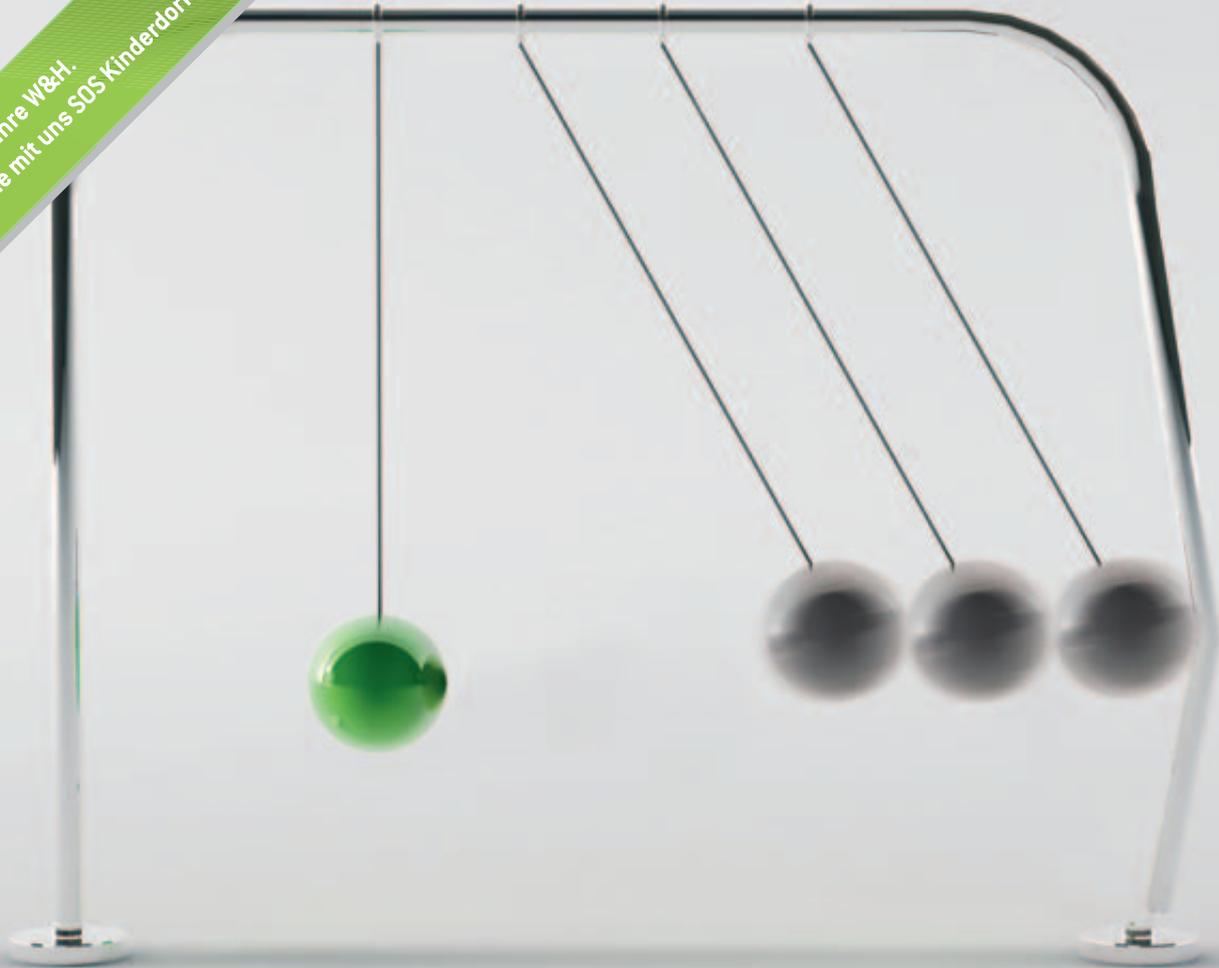
Im zahntechnischen Labor kann der Techniker mit den erarbeiteten Arbeitsunterlagen relativ unkompliziert ein festsitzendes Provisorium herstellen. Dabei handelt es sich um ein metallverstärktes Kunststoffprovisorium, das mit einpolymerisierten Stegkronen auf Stegaufbauten festge-



80 Ncm

Powerful for surgery

120 Jahre W&H.
Unterstützen Sie mit uns SOS Kinderdorf!



Das neue elcomed von W&H: einfach und logisch in der Handhabung. Kompromisslos in der Leistung: mit einem Drehmoment von bis zu 80 Ncm am rotierenden Instrument garantiert die chirurgische Antriebseinheit problemlose Anwendungen. Die sich dank integrierter USB Schnittstelle ohne Zusatzkosten lückenlos dokumentieren lassen. Und das sind nur drei der vielen Vorteile des neuen W&H elcomed: weiteres jetzt bei Ihrem W&H Partner.

elcomed



Abb. 8: Eingeschraubte Stegaufbauten und Stegkronen. – Abb. 9 und 10: Eingesetzte provisorische Brücke.

geschraubt wird. Im vorliegenden Beispiel hatte der Techniker die passenden Stegaufbauten ausgesucht (Abb. 5), konfektionierte Stegkronen individualisiert und für die intraorale Einpolymerisierung in die provisorische Brücke vorbereitet (Abb. 6 und 7). Die dazu benötigten Prothetikteile werden aus dem vorbereiteten Pool ausgesucht und dem Techniker angeliefert. Bei dieser Vorgehensweise ist ein spannungsfreier Sitz des Provisoriums gewährleistet. Am Samstag und Sonntag kam die Patientin zur Kontrolle. Dabei wird die provisorische Prothese abgenommen, gereinigt und mit Haftcreme wieder eingesetzt.

Montag: Einsetzen des Provisoriums

Zunächst wurden die Einheilkappen durch die ausgesuchten Stegaufbauten ersetzt, die individualisierten Stegkronen werden auf die Stegaufbauten geschraubt (Abb. 8) und mit einem geeigneten Kunststoff in die provisorische Brücke einpolymerisiert. Nach dem Aushärten kann man die Brücke abschrauben und von Kunststoffüberschüssen befreien. Im Anschluss an das Einsetzen werden die okklusalen Schraubenverschlüsse im sichtbaren Bereich mit Kunststoff und im Seitenzahnbereich mit provisorischem Zement gefüllt (Abb. 8 bis 11). Okklusale Differenzen können am Kunststoffprovisorium leicht eingeschliffen werden.

Einheilphase

In einer sechsmonatigen Einheilzeit kam die Patientin entsprechend des Heilungsverlaufs zur Nahtentfernung, einigen Kontrollen und Nachbehandlungen. Dazu gehören Kontrolle der Mundhygiene und eventuell Entfernung von Membranen, die beim Sinuslift verwendet wurden.

Zahnersatz

Als definitiven Zahnersatz stellten wir eine verblendete Zirkonbrücke her, die auf eine Mesostruktur auf-

geschraubt wird. Auch dies ist in wenigen Sitzungen möglich.

In der ersten Sitzung wird ein Abdruck über die Implantate mit einem geschlossenen Löffel genommen. Der Techniker bereitet eine Stahlkonstruktion zur sicheren Fixierung der Abdruckpfosten für den offenen Löffel vor (Abb. 12). Des Weiteren erfolgt auch der Abdruck des Gegenbisses und die Bissnahme. Dazu wird über die provisorische Brücke ein Quetschbiss mit hartem Silikon gemacht, dann die provisorische Brücke zwischen 11 und 21 getrennt. Im ersten Quadranten setzt man zum Beispiel Einheilkappen in die Implantate 1 bis 4 ein, im zweiten Quadranten die halbierte Brücke mit dem Quetschbiss. Danach vervollständigt man den Quetschbiss im zweiten Quadranten über die eingeschraubten Einheilkappen der Implantate 5 bis 8. In der zweiten Sitzung wird die Abformung mit Abdruckpfosten für den offenen Löffel vorgenommen. Dabei werden die Abdruckpfosten mit Pattern Resin am vorbereiteten Stahlgerüst fixiert. So kann der Techniker ein genaues Arbeitsmodell herstellen. In der dritten Sitzung findet die Phonetikeinprobe statt. Sie wird eine Aufstellung von Kunststoffzähnen in Wachs individuell im Mund des Patienten angepasst, und zwar nach sprachlichen und ästhetischen Gesichtspunkten und den speziellen Wünschen des Patienten. Nach dieser Vorlage fräst der Techniker eine Zirkonmesiostruktur (Abb. 13). Darüber kommen Galvanokappen (Abb. 14), die in einer Zirkonsekundärstruktur eingeklebt werden, die mit rosa und weißer Keramik kunstvoll verblendet wird. Die Sekundärkonstruktion wird mit drei Schrauben auf der Mesostruktur fixiert (Abb. 15 und 16). In der vierten Sitzung wird der fertige Zahnersatz eingesetzt. Okklusale Korrekturen sind in der Regel nicht nötig (Abb. 17 und 18).

Nachsorge und Recall

Es folgen zunächst engmaschige und dann halbjährliche Kontrollen und Mundhygienesitzungen.



Abb. 11: Provisorische Brücke auf OPG. – Abb. 12: Verblockte Abdruckpfosten. – Abb. 13: Mesostruktur.



Abb. 14: Zirkonbrücke mit Galvanokappen. – Abb. 15 und 16: Zirkonbrücke intraoral.

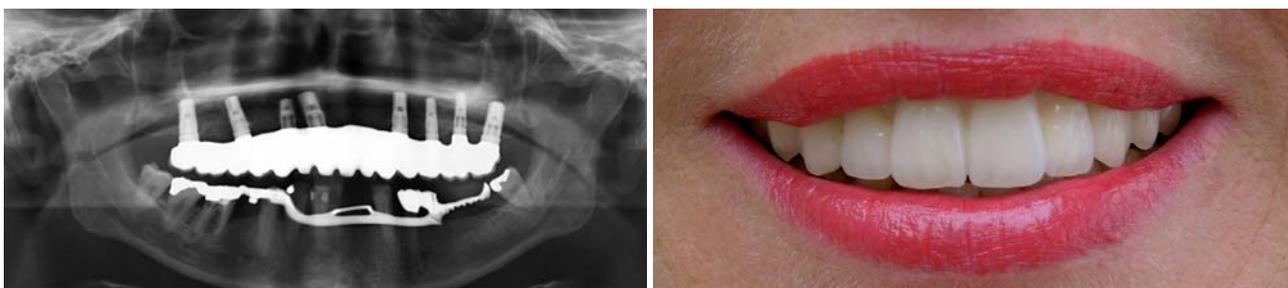


Abb. 17: Spannungsfreier Sitz der Brücke auf perfekt osseointegrierten Implantaten. – Abb. 18: Abschlussbild.

Diskussion

Ein Vorteil dieses Behandlungskonzeptes ist, dass der Patient immer – abgesehen von einer zweitägigen Übergangsphase, in der die provisorische Brücke angefertigt wird – „feste Zähne“ hat. Weiterer Vorteil sind die wenigen Behandlungssitzungen: Beratung und OP-Vorbereitung – Operation – Einsetzen des Provisoriums – Einheilphase – Zahnersatz in drei Sitzungen – fertig.

Kein Problem scheint die frühe Belastung der Implantate durch das festsitzende Provisorium zu sein. Selbst die Implantate im Bereich eines Sinuslifts heilen erfahrungsgemäß problemlos ein. Da für die provisorische Brücke schon sechs Implantate als Abstützung ausreichen, könnte man Implantate, die nicht sofort belastet werden sollten, subgingival einheilen lassen. Ganz im Gegensatz zu dem Vorgehen mit einer herausnehmbaren Interimprothese während der gesamten Einheilzeit. Auch wenn die Implantate dann gedeckt einheilen, werden sie durch die ständigen Bewegungen der aufliegenden Prothese ungleichmäßig belastet. Die Kräfte sind oft so stark, dass die Gingiva über den Implantaten degeneriert. Das passiert sogar, wenn die Implantate leicht subkrestal in den Alveolarkamm inseriert werden. Durch die Prothesenbelastung wird der Alveolarknochen um die Implantate manchmal so stark resorbiert, dass die Implantatköpfe sich durch die Gingiva arbeiten. Dann liegt die Prothesenbasis ungleichmäßig auf den Implantaten auf und verhindert die Osseointegration derselben. Ergebnis ist dann regelmäßig der Verlust der betroffenen Implantate. Es scheint also für die Einheilung der Implantate von Vorteil zu sein, wenn sie durch eine stabile provisorische Brücke spannungsfrei verblockt einheilen können.

Weiterer Vorteil eines verzögerten Sofortprovisoriums ist die Möglichkeit, die Gingiva durch eine entsprechend im Labor gestaltete Basis auszuformen für den späteren definitiven Zahnersatz. Die in Mode gekommenen minimal-invasiven Implantationen mit Computernavigation und

Guide-Systemen beinhalten im Vergleich zu dem hier vorgestellten Konzept zum Teil mehr Fehlermöglichkeiten: Ungenauigkeit der Guide-Systeme von mehreren Millimetern, komplizierte Fixierung der Bohrschablone mit Hilfsimplantaten, Versprengen von Gingivapartikeln in die Bohrstollen, keine Sichtkontrolle des Operationsergebnisses, keine spontane Änderung der Planung während der OP möglich, es sind zusätzliche Behandlungstermine vor der eigentlichen Operation nötig für Bissnahme, Anproben, Implantation von Miniimplantaten etc., der Patient hat über einen längeren Zeitraum keine festen Zähne, da die Zähne für die Computernavigation im Vorfeld entfernt werden müssen, ganz zu schweigen von den zusätzlichen Kosten.

Fazit

Mit dem vorgestellten Behandlungskonzept ist es möglich, in wenigen Sitzungen bei einem Patienten mit parodontal geschädigten, nicht erhaltungsfähigen Zähnen einen festsitzenden implantatgetragenen Zahnersatz anzufertigen. Auch hier gilt die Devise: weniger ist oft mehr! In diesem Behandlungskonzept wird bewusst auf Computernavigation, Miniimplantate und Bohrschablonen verzichtet, weil es für die Patienten keinen Vorteil bringt, aber die Behandlungszeit verlängert und die Behandlung verteuert. Besonderen Wert wird bei dem Behandlungskonzept darauf gelegt, dass der Patient immer „feste Zähne“ hat. ■

Für die Durchführung der zahntechnischen Arbeiten danke ich Christian Vordermayer, Dentallabor BeautyDent.

■ KONTAKT

Dr. med.dent. Thomas Lederer
General Arnold Str. 6, 5020 Salzburg, Österreich

NEU: DHC-2010 JETZT MIT
TOP ONLINE KOOPERATIONSPARTNERN



WERDEN SIE DIE FÜNF STERNE - GÜTESIEGELPRAXIS IN IHRER REGION



Zahnärztliche Praxisgemeinschaft
John + Chanteaux, Düsseldorf



Praxisklinik Ruhrgebiet
Metz/Heller/Alfers, Mülheim



Kaiserberg Klinik, Duisburg



Ingo Horak
Gründer
DocInsider.
Ihr Online-
Experte

Beratungswochen

Dental High Care und Ingo Horak beraten Sie gerne persönlich zum Thema professionelles Online-Marketing.
Termine unter: 0234-97 47 60 27

Fünf Sterne für Qualität und Patientenservice

Was bei hotel.de und Michelin schon längst gang und gäbe ist, hält jetzt Einzug in die Zahnmedizin.

Mehr als 300.000 Patienten informieren sich monatlich auf Online-Portalen über Zahnärzte, um denjenigen zu finden, der ihre individuellen Bedürfnisse erfüllt und Vertrauen schafft.

Im Zeichen der Fünf-Sterne-Qualität bewerten erstmals Patienten Deutschlands Zahnärzte und verleihen so das begehrte Dental High Care Gütesiegel:

„Top-Praxis von Patienten empfohlen“.

Dental High Care



Von Patienten empfohlen

2010: Werden Sie Dental High Care Center

Qualitätsoffensive plus Online Empfehlung

In Deutschland gibt es 70.000 Zahnärzte. Patienten stehen vor der Frage, welche Praxis ihrem individuellen Wertempfinden von Behandlungsqualität und Patientenservice entspricht. Dental High Care startet jetzt die Qualitätsoffensive und bietet mit dem Netzwerk von qualitätsorientierten Zahnmedizinern die optimale Lösung für ein professionelles, zeitgemäßes Empfehlungsmarketing.

5000 Seitenbesucher garantiert

Mehr als 300.000 Patienten informieren sich monatlich auf Online-Portalen über Zahnärzte und deren Behandlungsspezialisierungen, um nach Umzug oder Unzufriedenheit denjenigen zu finden, der ihre individuellen Bedürfnisse erfüllt und Vertrauen schafft.

Das dentale Gütesiegel DHC ist aufgrund eines umfassenden Kooperationsvertrags Partner von den führenden Arztbewertungsportalen (DocInsider, Imedo) sowie von 50 Kooperationsportalen wie Spiegel, Stern, Zeit. Im Rahmen dieser Kooperation garantiert DHC seinen Partnerpraxen 5000 Klicks per anno auf ihren Microsites.



Juristisch geprüft und wissenschaftlich fundiert

Grundlage für die Vergabe des begehrten Patienten-Gütesiegels ist Deutschlands einzigartiger Arztbewertungsfragebogen (Zahn-ZAP), welcher auf der Basis einer wissenschaftlich fundierten Methodik vom Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) entstand. Die Auszeichnung besonderer medizinischer Qualität durch Gütesiegel ist laut Bundesverwaltungsgericht jetzt möglich.

Neue Patienten und renommierte Partner

30 positive Patientenbewertungen ermöglichen den Erhalt des Gütesiegels und die Teilnahme an der Online-Marketing-Kampagne, und sichern eine eigene Microsite auf www.dentalhighcare.com. Ohne viel Aufwand kann dieses Angebot erweitert und Ihre Praxis auf den renommierten DHC-Partnerportalen platziert werden.

Lassen Sie sich weiterempfehlen und gewinnen Sie dauerhaft neue Patienten. Werden Sie Dental High Care-Center in Ihrer Region. Darüber hinaus ermöglicht die Auswertung der Umfrageergebnisse eine kontinuierliche Prozess- und Qualitätsmanagementoptimierung Ihrer Praxis.

Kontakt und weitere Infos: www.dentalhighcare.com • www.docinsider.de • Tel. +49 (0) 234 97 47 60 27

FAXANTWORT

Ich interessiere mich für die Beratungswoche in:

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Berlin | <input type="radio"/> Hamburg | <input type="radio"/> Hannover |
| <input type="radio"/> Leipzig | <input type="radio"/> Dortmund | <input type="radio"/> Köln / Düsseldorf |
| <input type="radio"/> München | <input type="radio"/> Nürnberg | <input type="radio"/> Frankfurt |
| <input type="radio"/> Karlsruhe | <input type="radio"/> Freiburg | <input type="radio"/> Kaiserslautern |

Bitte vereinbaren Sie mit mir einen persönlichen Beratungstermin.

PRAXISSTEMPEL

Fax: +49 (0) 234 97 47 60 30

Die Bedeutung des Implantatdesigns für den Behandlungserfolg

Ein minimalinvasives Therapiekonzept ohne Augmentation und Sinuslift

Das Ergebnis einer implantologischen Versorgung wird durch verschiedenste Faktoren beeinflusst. Besonders die das Implantat kennzeichnenden Eigenschaften spielen eine wesentliche Rolle für das ästhetische Endresultat und können dabei helfen, invasive implantatchirurgische Eingriffe zu umgehen.

Dr. med. dent. Jochen Günther/Kämpfelbach-Bilfingen

■ Grundvoraussetzung zur Erzielung langfristig stabiler Rot-Weiß-Ästhetik um Implantate ist, wie bei natürlichen Zähnen und auch sonstigen prothetischen Versorgungen (Kronen, Brücken, Teleskope), die Vermeidung von Knochenabbau. Für eine ästhetisch erfolgreiche Behandlung ist daher der Erhalt des periimplantären Knochens, der für die Unterstützung des Weichgewebes und den Erhalt der Interdentalpapille verantwortlich ist. Hieraus resultieren folgende Forderungen an ein Implantatsystem:

1. Zur Vermeidung von auf Fehlbelastungen beruhendem Knochenabbau ist die homogene Kaukräfteinleitung auf das Knochen-Implantat-Interface erforderlich. Zu bevorzugen sind daher Implantate mit Plateau-Design. Bei diesen bildet sich zwischen den Plateaus Lamellenknochen mit dem typischen Havers'schen-System, der dem Implantat eine erhöhte Widerstandskraft während der Kaukräfteinwirkung bietet (Lemons J. et al. 2003 und 2004).
2. Zur Vermeidung von entzündungsbedingtem Knochenabbau um Implantate (Periimplantitis) ist eine bakteriendichte Verbindung von Implantat, Abutment und Suprakonstruktion erforderlich. Weiterhin müssen bei zweiteiligen Implantaten geweberie-



Abb. 1: OPG-Röntgenbefund, Implantat in Regio 15. – Abb. 2: IAC in Regio 15 mit harmonischem Zahnfleischrandverlauf von vestibulär.

zende Mikrobewegungen zwischen Implantat und Abutment verhindert werden. Untersuchungen haben gezeigt, dass dies am sichersten mit Konusverbindungen zwischen Implantat und Abutment erreicht werden kann (Zipprich H. et al. 2007).

Für eine minimalinvasive Implantation bieten sich unserer Erfahrung nach längenreduzierte Implantate an, mit denen, bei entsprechendem Implantatdesign, wissenschaftlich abgesichert erfolgreich implantiert werden kann (Gentile M. et al. 2005, Venuleo C. et al. 2008). Die Anzahl der auf dem Markt befindlichen Short-Implants mit einer Gesamtlänge von ≤ 10 mm und Ultra-Short-Implants mit einer Gesamtlänge von ≤ 8 mm, mit denen diese Eingriffe durchführbar sind, nimmt stetig zu.

Hierdurch lassen sich aufwendige und kostenintensive chirurgische Verfahren (z.B. externe Sinusbodenelevation, vertikale Distraktionsosteogenese, Knochenblocktransplantate etc.) bzw. die Verlegung anatomischer Strukturen (z.B. Nervenlateralisation) vermeiden.

Die oben beschriebenen allgemeinen Anforderungen an das Implantatdesign werden von dem seit 25 Jahren klinisch bewährten Bicon-Implantat-System voll erfüllt.

Die nachweislich bakteriendichte Konusverbindung (Locking-Taper) zwischen Implantat und Abutment mit einem Mikrospace von weniger als 0,5 Mikron (Di Carlo F, Marincola M. et al. 2008) wird durch das technisch bekannte Verfahren der Kaltverschweißung, über eine 1,5°-Konusverbindung zwischen Abutmentpfosten und Implantatschacht, sichergestellt. Die da-

ANZEIGE

Nose, Sinus & Implants
29./30. Oktober 2010 | Berlin | Hotel Palace Berlin / Charité Berlin

Informationen unter Tel.: 03 41/4 84 74-3 08 oder www.oemus.com



HI-TEC IMPLANTS

Nicht besser, aber auch nicht schlechter



NEU

89,-*

*inkl. Verschlusschraube

VISION

VISION

Konisches wurzelförmiges Implantat mit Tri-Lobe Rotationsschutz



NEU

89,-*

*inkl. Verschlusschraube

LOGIC

LOGIC

Selbstschneidendes knochenverdichtendes Implantat mit Platform-Switching und Innen-Hex



89,-*

*inkl. Verschlusschraube

Self Thread

Self Thread

Konisches selbstschneidendes Doppelgewinde-Implantat



79,-

Tite-Fit

Tite-Fit

Einphasiges Implantat



59,-

TRX

TRX

Sofortbelastungs-Implantat



65,-

TRX-OP

TRX-OP

Einteiliges Sofortbelastungs-Implantat



65,-

TRX-TP

TRX-TP

Sofortbelastungs-Implantat mit abnehmbarem Kugelkopf-Attachment

ohne Abbildung: Mini-Implantate
2,4 mm Ø mit und ohne Kugelkopf-Aufbau

Beispielrechnung*
*Einzelzahnversorgung Komponentenpreis

Implantat (Vision, Logic, Self Thread).....	89,-
Abheilpfosten.....	15,-
Einbringpfosten=Abdruckpfosten.....	0,-
Modellimplantat.....	12,-
Titan-Pfosten.....	39,-
Gesamtpreis	€ 155,-

zzgl. MwSt.

Internationale Standards und Zertifizierungen **FDA, CE, ISO 9001:2000, CMDCAS**

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

HI-TEC IMPLANTS · Vertrieb Deutschland · Michel Aulich · Germaniastraße 15b · 80802 München
Tel. 0 89/33 66 23 · Fax 0 89/38 89 86 43 · Mobil 01 71/6 08 09 99 · michel-aulich@t-online.de · www.hitec-implants.com



HI-TEC IMPLANTS



Abb. 3: OPG-Röntgenbefund; Implantate in Regio 15 und 46. – **Abb. 4:** IAC in Regio 15 mit harmonischem Zahnfleischrandverlauf von vestibulär. – **Abb. 5:** IAC in Regio 15 mit harmonischem Zahnfleischrandverlauf von palatinal. – **Abb. 6:** IAC in Regio 46 mit harmonischem Zahnfleischrandverlauf von vestibulär. – **Abb. 7:** IAC in Regio 46 mit harmonischem Zahnfleischrandverlauf von lingual; vor Zahnreinigung.

durch erzielte stabile Konusverbindung lässt keine Mikrobewegungen zu.

Mit der abgeschrägten Implantatschulter (Sloping Shoulder) wird das Platform Switching auf Implantatniveau erreicht (Li Shi et al. 2007). Unabhängig vom Implantatdurchmesser wird die Austrittsöffnung aus dem Knochen auf den Durchmesser des Implantat-Abutment-Aufnahmeschachtes, der bei Implantaten bis 4,0 mm Durchmesser 2,0 mm und bei Implantaten ab 4,5 mm Durchmesser 3,0 mm beträgt, begrenzt. Dies bietet eine größere Flexibilität bei der Implantatpositionierung und der Knochenerhalt über dem Implantat zur Stützung des Weichgewebes wird dadurch maximiert.

Durch ein Platform Switching auf Abutmentniveau kann das prothetische Ausgangsprofil individuell angepasst werden, was die erzielbare Rot-Weiß-Ästhetik bei der prothetischen Versorgung des Bicon-Implantates begünstigt. Somit können ästhetische Gingivakonturen durchgängig erreicht werden (Bozkaya D. et al. 2004). Neben dem Plateau-Design bietet das ausgewählte Implantat eine mindestens 30% größere Oberfläche als Schraubenimplantate gleicher Größe.

Falldarstellung

Im Folgenden werden fünf Patientenfälle präsentiert, die mit dem Bicon-Implantat-System versorgt wurden. Die Implantate wurden gemäß dem chirurgischen Protokoll und zur Erzielung optimaler ästhetischer Ergebnisse 2–3 mm subkrestal inseriert. Nach dreimonatiger gedeckter Einheilphase erfolgte die Implantatfreilegung mit anschließender prothetischer Versorgung. Bei allen Fällen handelt es sich um festsitzende Einzelkronen, die im Verfahren der Integrierten-Abutment-Krone (IAC) hergestellt wurden.

Bei diesem Verfahren werden die Abutments im Labor für die Herstellung von Integrierten-Abutment-Kronen (IAC) vorbereitet. Die Präparation der Abutments kann aufgrund der schraubenlosen Verbindung mit dem Implantat (Kaltverschweißung, Locking-Taper) ohne Rücksichtnahme auf einen internen Schraubenkanal erfolgen, was die Arbeit des Zahntechnikers deutlich vereinfacht. Anschließend wird das Abutment direkt mit keramikähnlichen Hochleistungskunststoffen verblendet. Abutment und Krone bilden eine spaltfreie Einheit und können desinfiziert in den Implantatschacht inseriert werden. Weitere Vorteile der IAC gegenüber Keramikverblendkronen sind die kostengünstigere Herstellung und die problemlose Reparaturmöglichkeit (Kontaktpunkte, Verblendfrakturen etc.) sowie das zementlose Einsetzen der Restauration bei gleichem ästhetischen Erfolg.

Da das chirurgische Vorgehen bei Insertion und Freilegung sowie die Arbeitsabläufe beim Einsetzen der prothetischen Versorgung bereits in früheren Ausgaben des Implantologie Journals (5/2008, 3/2009 und 5/2009) und anderen Veröffentlichungen (ZWP 11/2009; DZW Orale Implantologie 1/10) ausführlich erläutert wurden, wird im Folgenden lediglich auf die Eckdaten und Fotos nach prothetischer Versorgung eingegangen.



Abb. 8: Röntgenbefund mit IAC in Regio 46 drei Jahre nach Eingliederung. Zu beachten ist der sehr gute Knochenerhalt über dem Implantat und das doppelte Platform Switching auf Implantat- und Abutment-Niveau. – **Abb. 9:** IAC in Regio 46 mit harmonischem Zahnfleischrandverlauf von vestibulär; drei Jahre nach Eingliederung. – **Abb. 10:** IAC in Regio 46 mit harmonischem Zahnfleischrandverlauf von lingual; drei Jahre nach Eingliederung.

EMS-SWISSQUALITY.COM

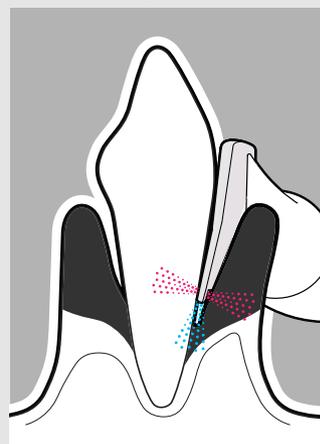
EMS⁺
ELECTRO MEDICAL SYSTEMS

AIR-FLOW KILLS BIOFILM

THE NEW AIR-FLOW HANDY PERIO GETS RID OF THE ENEMY –
WITH GENTLE ACTION AND UTMOST PRECISION



Three horizontal nozzle apertures for the air-powder mixture, a separate vertical water nozzle aperture for rinsing: what used to be off limits is now easily reachable, through gentle action and without any risk of emphysema. And since the Air-Flow Powder Perio is particularly fine, the tooth surface is not damaged.



DEEP DOWN, between tooth and gingiva, billions of bacteria managed to proliferate under the cover of malicious biofilm – until now.



Grain size ~ 25 µm

Together with the Original Air-Flow Powder Perio, the new Air-Flow handy Perio with its unique Perio-Flow nozzle tracks down biofilm, even in the deepest periodontal pockets.

With its new Air-Flow handy Perio, Air-Flow has assigned its latest family member to combat – right on target for subgingival prophylaxis in your practice.

**“I FEEL
GOOD”**

For more information >
welcome@ems-ch.com



Abb. 11: Kleinröntgenbild; Implantat in Regio 45. – **Abb. 12:** IAC in Regio 45 mit harmonischem Zahnfleischrandverlauf von vestibulär. – **Abb. 13:** IAC in Regio 45 mit harmonischem Zahnfleischrandverlauf von lingual; vor Zahnreinigung.

Abb. 14: OPG-Röntgenbefund; Implantat in Regio 26. – **Abb. 15:** IAC in Regio 26 mit harmonischem Zahnfleischrandverlauf von vestibulär.

Fall 1

Patientenalter: 25 Jahre
 Implantat in Regio 15: Durchmesser 5 mm; Länge 6 mm
 Prothetik: 15 IAC
 Trotz reduziertem Knochenangebot konnte ein Kurzimplantat ohne weitere augmentative Maßnahmen (Sinuslift) sicher inseriert werden (Abb. 1). Das ästhetische Ergebnis stellte sowohl den Behandler als auch den Patient zufrieden (Abb. 2).

Fall 2

Patientenalter: 49 Jahre
 Implantat in Regio 46: Durchmesser 4,5 mm; Länge 8 mm
 Implantat in Regio 15: Durchmesser 5 mm; Länge 6 mm
 Prothetik: 15 und 46 IAC
 In diesem Fall wurde die Implantatinserterion durch die bereits vorliegenden Zahnkippen und die Atrophie im Oberkiefer erschwert. In Regio 15 konnten aufwendigere augmentative Maßnahmen durch einen internen Sinuslift und Inserierung eines Ultra-Short-Implants vermieden werden (Abb. 3). Sowohl in Regio 15 als auch in

Regio 46 ist eine sehr gute ästhetische Versorgung das Ergebnis der Behandlung, die seit drei Jahren stabil ist (Abb. 4 bis 7). Trotz suboptimaler Mundhygiene im lingualen Bereich ist die Gingiva im Bereich der Implantatversorgung entzündungsfrei.

Fall 3

Patientenalter: 58 Jahre
 Implantat in Regio 46: Durchmesser 6 mm; Länge 8 mm
 Prothetik: 46 IAC
 Die verzögerte Sofortimplantation erfolgte acht Wochen nach der Extraktion des entzündeten und nicht mehr erhaltungswürdigen Zahnes 46. Hart- und Weichgewebe waren zu diesem Zeitpunkt sicher ausgeheilt, sodass kein Einheilungsrisiko für das Implantat aufgrund einer noch vorhandenen Knochenentzündung bestand. Eine Röntgenkontrollaufnahme und Bilder des ästhetisch gelungenen Zahnersatzes, drei Jahre nach prothetischer Versorgung des Implantates mit einer IAC, dokumentieren den stabilen Erhalt des periimplantären Hart- und Weichgewebes (Abb. 8 bis 10).

Stellungnahme Wissenschaftlicher Beirat der DGZI

Dr. med.dent. Roland Hille/Viersen

Augenblicklich findet eine intensive Diskussion über Shorties, Ultrashorties und durchmesserreduzierte Implantate als Alternative zur bewährten Augmentation und Implantation statt. Die Evidenz für den langfristigen Erfolg von Shorties und Ultrashorties ist in wissenschaftlichen Studien zum heutigen Zeitpunkt nur begrenzt vorhanden. Für den Chirurgen und Patienten stellt diese Behandlungsvariante sicherlich eine verlockende Behandlungsalternative dar, sind doch das Operationstrauma sowie der Behandlungszeitraum und das Behandlungsrisiko deutlich reduziert.

Die DGZI wird das Thema „Shorties und Ultrashorties – eine Revolution in der Implantologie?“ im Rahmen einer Podiumsdiskussion anlässlich ihres internationalen Jubiläumskongresses in Berlin vom 1. bis 2. Oktober 2010 mit namhaften internationalen Referenten diskutieren. Hier werden chirurgische, materialkundliche sowie prothetische Gesichtspunkte der Shorties und Ultrashorties unter unterschiedlichen Blickwinkeln kontrovers betrachtet. Lassen Sie sich „updaten“ beim Update Implantologie der DGZI in Berlin.

Das DURAPLANT[®] Durchstartset. Alles inklusive für 170 €!

Fall 4

Patientenalter: 70 Jahre

Implantat in Regio 45: Durchmesser 5 mm; Länge 11 mm

Prothetik: 45 IAC

Nach fünf Jahren der Zahnlosigkeit in Regio 45 wurde die Lücke mit einem Implantat und einer IAC versorgt (Abb. 11). Die Rot-Weiß-Ästhetik spricht für sich. Auch in diesem Fall ist trotz schlechterer Mundhygiene im linguale Bereich keine Entzündung an der Implantatversorgung aufgetreten (Abb. 12 und 13).

Fall 5

Patientenalter: 51 Jahre

Implantat in Regio 26: Durchmesser 5 mm; Länge 8 mm

Prothetik: 26 IAC

Nach erfolgreicher Therapie der Parodontitis und einem parodontal bedingtem Zahnverlust in Regio 26 wurde vor drei Jahren erfolgreich ein Implantat inseriert (Abb. 14). Die Knochen- und Zahnfleischverhältnisse sind seit der Versorgung mit der IAC stabil, was am entzündungsfreien Zahnfleischrandverlauf im Bereich der Implantatversorgung erkennbar ist (Abb. 15).

Zusammenfassung

Die beschriebenen Fälle verdeutlichen, welche Einflüsse das Implantatdesign auf eine erfolgreiche minimal-invasive Implantatbehandlung und eine langfristig erfolgreiche ästhetische Versorgung hat. Mit entsprechendem Implantatdesign lassen sich Kurzimplantate (Short- & Ultra-Short-Implants) unserer Erfahrung nach erfolgreich in der Praxis einsetzen und stellen eine ideale Alternative für aufwendigere und kostenintensivere Implantationsverfahren dar. Es konnte gezeigt werden, dass eine bakteriedichte Verbindung zwischen Abutment und Implantat für die Vermeidung von Periimplantitis von großer Bedeutung ist. Ein doppeltes Platform Switching auf Implantat- und Abutment-Niveau bietet große Flexibilität und dem Anwender (Prothetiker und Zahntechniker) beste Voraussetzung für die Erzielung optimaler ästhetischer Ergebnisse, die auch den Patienten in höchstem Maße zufriedenstellen. ■

ZWP online

Eine Literaturliste steht ab sofort unter www.zwp-online.info/fachgebiete/implantologie zum Download bereit.

Die dargestellten Abbildungen wurden mittels Intraoralkamera aufgenommen. Wir bitten daher, eventuell entstandene Qualitätseinbußen zu entschuldigen.

■ KONTAKT

Dr. med. dent. Jochen Günther

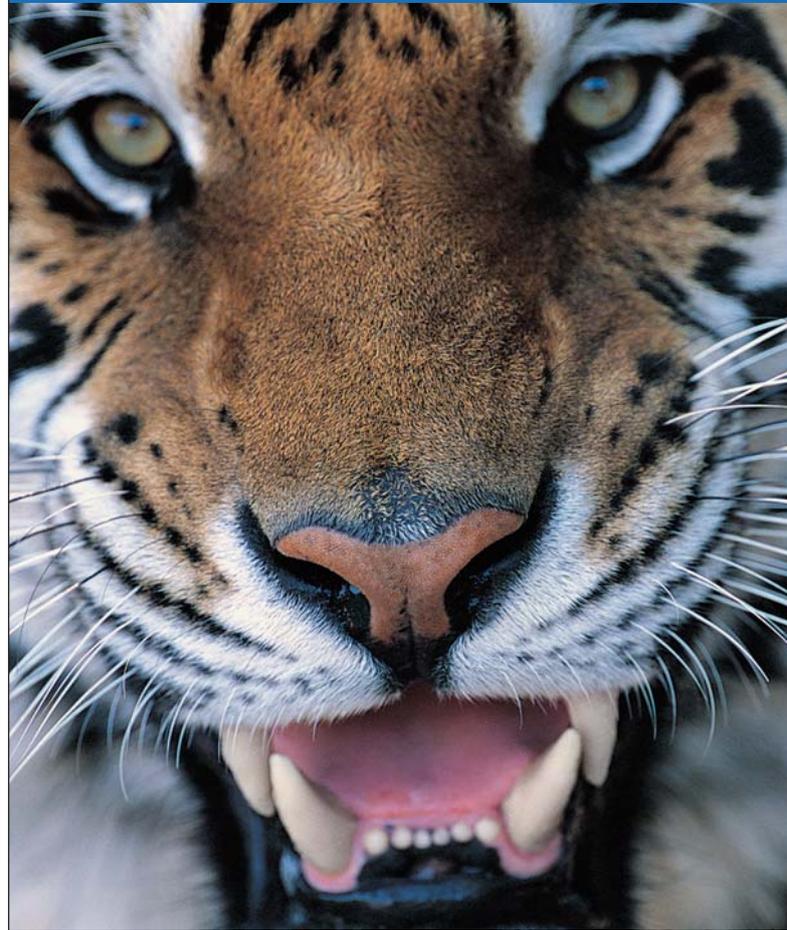
Feuerstr. 5

75236 Kämpfelbach-Bilfingen

Tel.: 0 72 32/69 85

Fax: 0 72 32/31 55 63

E-Mail: Dr.Jochen_Guenther@t-online.de



DURAPLANT[®]

Das Durchstart-Set Ihrer Wahl enthält:

- ein DURAPLANT[®]-Implantat mit Einheilkappe,
- einen Sulkusformer,
- einen Abformpfosten,
- ein Laborimplantat,
- und einen Titanaufbau 0°.

Dieses Angebot gilt vom 01.02.2010 bis zum 30.04.2010.

DURAPLANT[®] - für höchste Zuverlässigkeit und Sicherheit bei jedem Biss.

www.zl-microdent.de
Telefon 02338 801-0

Präzision seit 1968



Bicon

ZWP online
 Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

„short implants“ for a long time

Anfang Februar fand in Stuttgart das 4. Bicon Competence Dinner statt. Professor Mauro Marincola aus Rom präsentierte vor mehr als 120 Teilnehmern die klinischen und wissenschaftlichen Erfolge der Bicon „short implants“, die in diesem Jahr ihr 25-jähriges Jubiläum feiern. Selbst bei fortgeschrittener Atrophie ermöglichen die Kurzimplantate von Bicon, ohne augmentative Maßnahmen implantieren zu können. Die bakteriendichte Konusverbindung erlaubt es dem Behandler, selbst bei schwierigen



ten Kieferverhältnissen eine sichere und zuverlässige Versorgung herzustellen. Bicon Kurzimplantate stellen eine perfekte Ergänzung zum bestehenden Implantatsystem dar und helfen das Indikationsspektrum in der implantologischen Praxis deutlich zu erweitern. Nach der Veranstaltung hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, sich mit den Produktspezialisten der Firma und mit dem Referenten auszutauschen. Das nächste Bicon Competence Dinner findet am 14. April in Hannover statt – ebenfalls mit Prof. Marincola als Referent.

Bicon Europe Ltd.
 Michael-Felke-Straße 9a, 55487 Sohren
 E-Mail: germany@bicon.com
 Web: www.bicon.com

HUMANCHEMIE

Interims-Kronenzement – jetzt neu mit Dosierhilfe

Da immer mehr Patienten allergische Reaktionen auf Kunststofffüllungen zeigen und trotzdem amalgamfreie Versorgungen wünschen, steigt der Bedarf an Zementen als alternatives Füllungs- und Befestigungsmaterial. Häufig erweist es sich jedoch als schwierig, eine gleichbleibende Festigkeit bei jedem Anrührvorgang zu erzielen. Daher wird der Interims-Kronenzement von HUMANCHEMIE ab sofort mit einer Dosierhilfe – bestehend aus einem Dosierlöffel und einem Tropfer – ausgeliefert. Der Interims-Kronenzement ist ein eugenolfreier alkalischer Unterfüllungs- und Heilzement. Nach dem Anrühren mit Aqua dest. bindet er langsam durch Hydrolyse unter Bildung von Kalziumhydroxid ab. Er bleibt dabei von geringer Festigkeit, die durch das Mischungsverhältnis Aqua dest. zu Zement variierbar ist.



Auf die Pulpa wirkt er beruhigend, das alkalische Kalziummilieu paralyisiert die bei der Präparation entstandenen initialen Entzündungsreize und stimuliert die Sekundärdentinbildung. Zusätzlich zur alkalischen Proteolyse wirkt auch die schwache Kupferdotierung desinfizierend. Interims-Kronenzement findet so Anwendung beim temporären Aufsetzen von Kronen und leichteren Brücken sowie als pulpbaheruhigende Unterfüllung.

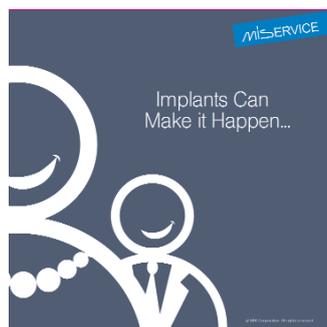
HUMANCHEMIE GmbH
 Hinter dem Krüge 5, 31061 Alfeld
 E-Mail: info@humanchemie.de
 Web: www.humanchemie.de

ZWP online
 Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

MIS

Für Klarheit in Sachen Implantation

Das Thema Implantate ist komplex und für die Patienten fast immer mit hohen Kosten verbunden. Verständlich also, dass sich die meisten Patienten im Vorfeld eine umfassende Aufklärung über die geplante Behandlung wünschen. Die Implantat-spezialisten von MIS Implants kommen diesem Wunsch jetzt entgegen und bieten den Zahnärzten in Kürze einen aufwendig produzierten und sehr anschaulichen Aufklärungsfilm rund um Implantate und ihre Anwendung. Der in mehreren Sprachen produzierte Film (die Wunschsprache wird dabei über ein Auswahlmü angewählt) informiert die Patienten in verschiedenen Kapiteln über alle relevanten Ein-



zelheiten der Implantatbehandlung. So profitiert der Behandler nicht nur von optimal aufgeklärten Patienten, er spart daneben auch viel wertvolle Zeit. Leicht verständliche Erklärungen und hochwertig produzierte Animationen vermitteln alle Aspekte besonders anschaulich und realitätsnah. So verstärkt der Film die Vertrauensbasis zwischen Zahnarzt und Patient und sorgt bereits im Vorfeld für zufriedene Patienten. Interessierte Zahnärzte können den Film per E-Mail oder Telefon kostenlos bei MIS Implants anfordern.

MIS Implant Technologies GmbH
 Paulinenstraße 12A
 32427 Minden
 E-Mail: service@mis-implants.de
 Web: www.mis-implants.de

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

ANZEIGE

Solaris LED Licht wie es sein soll!

Das beste Licht für die beste Behandlung.

ULTRADENT

Dental-Medizinische Geräte GmbH & Co. KG
 D-85649 Brunnthal - Eugen-Sänger-Ring 10
 Tel. 089-420992-70 - Fax 089-420992-50
www.ultradent.de - info@ultradent.de

Keystone

Herzlich willkommen!

Keystone Dental lädt Sie zu folgendem Seminar ein:

„*Exposing DynaMatrix*“ – Schnellere und vorhersagbare Gewebeheilung mit der extrazellulären Membran DynaMatrix
Referent: Dr. Frederic Roehrig,
Universität Nizza

- 14. April 2010: München,
Sheraton München Arbellapark Hotel,
18 bis 21 Uhr
- 15. April 2010: Stuttgart,
Maritim Hotel Stuttgart,
18 bis 21 Uhr

Der Vortrag, der sich auf einige bedeutende Fallbeispiele aus der Praxis von Dr. Roehrig stützt, behandelt das hervorragende Verhalten von DynaMatrix, der extrazellulären Membran von Keystone Dental, in Bezug auf Stabilität, einfaches Handling und einige induktive Merkmale zur Regeneration des Knochens sowie des Hart- und des Weichgewebes.

DynaMatrix ist mehr als nur Kollagen – DynaMatrix liefert zwei entscheidende Ele-

mente für ein erfolgreiches Gewebetransplantat und fördert die Gewebeheilung und Geweberegeneration des Patienten:

- Die einzigartige Zusammensetzung von DynaMatrix bildet die Kollagengrundlage und die dreidimensionale Struktur für die Geweberegeneration.
- Durch entsprechende Signale wird der Körper zu schneller Heilung und Gewebeumbau stimuliert.

Bitte informieren Sie sich telefonisch unter 0222/9294-18 über Details zur Anmeldung.

**Keystone Dental GmbH**

Jägerstraße 66

53347 Alfter

E-Mail: info@keystonedental.deWeb: www.keystonedental.de

ZWP online
Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

W&H

Einfach sicher dokumentieren

Der Gesetzgeber verlangt sie, zum Schutz von Patienten, Arzt und Personal ist sie ein Gebot der Zeit: die lückenlose Dokumentation bei der Aufbereitung von Medizinprodukten. Eine wichtige Voraussetzung bei



der Aufbereitung von kritischen Medizinprodukten ist die Kennzeichnung von Sterilgut mit den sterilisationsrelevanten Informationen. Mit dem Dokumentationskonzept „Lisa 300/500 Sterilisator + LisaSafe Etikettendrucker“ bietet W&H eine sichere und PC-unabhängige Lösung dieser Aufgabe. Lisa Sterilisatoren arbeiten mit einer „intelligenten“ Software, die die sichere Sterilisation jeglichen Ladeguts aus-

schließlich in „Klasse-B“-Zyklen gewährleistet und die jeweiligen Daten auf einer Speicherkarte dokumentiert. Nach erfolgreicher Sterilisation – und nur dann – wird LisaSafe autorisiert, Etiketten zu drucken. Sie geben Aufschluss über die Nummer des Sterilisators, die Chargennummer, das Datum der Sterilisation und die Lagerfrist des Sterilguts. Dies erfolgt auf Wunsch manuell oder automatisch. Vor einer Behandlung wird die Sterilgutverpackung geöffnet, das Etikett abgelöst und auf die Patientenkarte geklebt. Verwender einer Praxismanagement-Software können die Informationen auch über einen handelsüblichen 128-Bit-Barcodeleser in die Patientenkarte einspeisen. Lisa 300/500 Sterilisatoren und LisaSafe Etikettendrucker bilden das patente Duo zu garantiert sicherer Sterilisation und deren einfacher, dabei aber völlig gesetzeskonformer Dokumentation. LisaSafe ist nach dem „Plug & Play“-System einfach zu installieren und wird ohne zusätzliche Software und völlig schulungsfrei betrieben.

W&H Deutschland GmbH

Raiffeisenstraße 4

83410 Laufen/Obb.

E-Mail: office.de@wh.comWeb: www.wh.com

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



Seit unserer Gründung vor mehr als 20 Jahren, haben wir uns auf qualitativ hochwertige und innovative Produkte zur Prävention vor Kreuzkontamination und Infektionen im OP-Bereich spezialisiert.

Unsere Produkte garantieren Ihnen, Ihrem Team und Ihren Patienten, Sicherheit und Schutz im alltäglichen Einsatz, sowie bei spezifischen Behandlungsgebieten wie Implantologie oder MKG - Chirurgie.

Mit Omnia sicher in Sicherheit.

Surgical Line

Safety Line

MAXI®



OMNIA®
Disposable Medical Devices

OMNIA S.p.A.

Via F. Delnevo, 190 - 43036 Fidenza (PR) Italy

Tel. +39 0524 527453 - Fax +39 0524 525230

VAT. IT 01711860344 - R.E.A. PR 173685

Company capital € 200.000,00

www.omniaspa.eu

EMS

Zuverlässige Schnittführung

Als man sich 2007 zur Produkteinführung im Segment der Chirurgie entschied, wollte man wiederum ein erfolgreiches Produkt entwickeln. Routiniert und sicher im Umgang mit der Methode der Piezochirurgie war dies nur ein kleiner Schritt in das Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie. Die Methode basiert auf piezokeramischen Ultraschallwellen, die hochfrequente, geradlinige Schwingungen vor und zurück erzeugen. Laut EMS erhöhen diese Vibrationen die Präzision und Sicherheit bei chirurgischen Anwendungen. So ermöglicht der Ultraschallantrieb eine mikrometrische Schnittführung im Bereich von 60 bis 200 Mikrometern, bei der nur wenig Knochensubstanz verloren geht. Selektiv

schneiden die Ultraschallinstrumente lediglich Hartgewebe; Weichgewebe bleibe geschont. In der Parodontal-, Oral- und Maxillarchirurgie sowie in der Implantologie liefert das Gerät zuverlässige Ergebnisse und erfüllt die Erwartungen der Anwender – nicht zuletzt wegen der genial einfachen Bedienung über das ergonomische Touch-Board, so EMS. Streicht man den Finger über die vertieften Bedienelemente, kann sowohl die Power als auch die Durchflussmenge der isotonischen Lösung eingestellt werden. Die sensitive LED-Anzeige reagiert auf leichte Berührung mit einem leisen Signal – auch wenn die Hand im Chirurgiehandschuh steckt und eine zusätzliche Schutzfolie verwendet wird.

EMS Electro Medical Systems GmbH
Schatzbogen 86
81829 München
E-Mail: info@ems-ch.de
Web: www.ems-ch.de

ZWP online
Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info



BioHorizons

Für langfristig ästhetische Resultate

Um langfristig ästhetische Resultate zu erzielen, ist die Osseointegration von Implantaten nur ein Aspekt. Zunehmend steht heute die Weichgewebeatmung am Implantat im Fokus wissenschaftlicher Studien. Ohne Weichgewebeanhaftung kann die Papille verloren gehen, der gingivale Saum kann sich zurückziehen, der Knochen kann sich abbauen mit der Folge tiefer Taschen. In Zusammenarbeit mit Zellbiologen und Biomaterialingenieuren wurden Forschungen angestellt, wie eine Zellführung, bestehend aus hochpräzise-ausgerichteten Kanälen (Mikrorillen) in der Größenordnung von Gewebezellen, dazu genutzt werden kann, um eine Integration von sowohl Hart- als auch Weichgewebe mit einer speziellen Oberfläche zu erhalten. Die daraus resultierende patentierte Laserober-

fläche (LaserLok®) hemmt vertikales, epitheliales Downgrowth, ermöglicht krestale Knochenanlagerung und -erhaltung und stellt die biologische Breite und Gewebefixierung wieder her. BioHorizons-Implantatsysteme werden in Kooperation mit Dr. Carl Misch entwickelt und überzeugen in Funktion und Ästhetik. Weiterentwicklungen und Produktverbesserungen erfolgen in Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern, Bioingenieuren und Zahnmedizinern, und sorgen dafür, dass BioHorizons-Kunden immer auf dem neuesten Stand der Technik inserieren.

BioHorizons GmbH
Marktplatz 3
79199 Kirchzarten
E-Mail: info@biohorizons.com
Web: www.biohorizons.com



ZWP online
Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

KaVo

Das passende Instrument für jeden Anspruch!

Die individuellen Ansprüche an zahnärztliche Instrumente können höchst unterschiedlich sein. Aber welches Instrument entspricht den Bedürfnissen am besten? Die neue Einteilung des KaVo Instrumentenprogramms in die Master Series und Expert Series bringt jetzt Licht ins Dunkel. Sie wissen, was Sie wollen? Wir haben, was Sie brauchen! Sie möchten in Ihrer Praxis auf Kompromisslösungen verzichten und sich das Beste vom Besten sichern? Dann ist die innovative KaVo Master Series genau das Richtige für Sie: Die Instrumente bieten höchste Behandlungsqualität, optimalen Behandlungskomfort, größte Patientenzufriedenheit, größtmögliche Sicherheit sowie maximale KaVo Qualität und Langlebigkeit. Wenn Sie vor allem Wert legen auf qualitativ hochwertige, zuverlässige Produkte und bei der Investition stets die Kosten und das Wesentliche im Blick behalten wollen, dann ist die KaVo Expert Series für Sie die richtige Wahl: Bewährte Ausstattung, enorme Effizienz und das wohl beste Preis-Langlebigkeits-Verhältnis im gesamten Instrumentenmarkt erwarten Sie. Egal, wie Sie Ihre Prioritäten setzen: Bei KaVo finden Sie schnell und einfach das richtige Instrument – bis zum 31. Mai 2010 sogar zu besonders attraktiven Konditionen!



KaVo Dental GmbH
Bismarckring 39
88400 Biberach/Riß
E-Mail: info@kavo.com
Web: www.kavo.com

ZWP online
Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

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

Medical High Care

Dental High Care 2010

Dental High Care, das Qualitätsnetzwerk von Zahnarztpraxen, verfolgt im Jahr 2010 neue Ziele. Weg von der teuren Zertifizierung hin zu aktivem Empfehlungsmarketing durch die eigenen Patienten. Diese bewerten jetzt im Zeichen der Fünf-Sterne-Qualität erstmals Deutschlands Zahnärzte und verleihen ihnen so das Dental High Care Gütesiegel: „Top-Praxis – von Patienten empfohlen“.

Grundlage für die Vergabe des Gütesiegels ist das einzigartige Arztbewertungssystem, welches auf der Basis einer wissenschaftlich fundierten Methodik vom Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) entstand. Geschaffen wurde ein Fragebogen, der mit 42 Erhebungskriterien zu den umfangreichsten aller deutschen Bewertungsbögen gehört. Dental High Care ist aufgrund eines umfassenden Koopera-



Dental High Care
von Patienten empfohlen!

tionsvertrags Partner der führenden Arztbewertungsportale (DocInsider, Imedo) und mehr als 50 Kooperationsportale, wie zum Beispiel Spiegel, Stern, Zeit oder Focus. DHC-Mitglieder haben so die einzigartige Möglichkeit, ihre Praxis, durch effizientes Online-Empfehlungs-Marketing, auf den Top-Positionen der Bewertungsportale zu platzieren. Im Internet stets gut sichtbar, garantiert Dental High Care bis zu 5.000 Klicks per anno auf der eigenen

Microsite. Wünschen Sie einen individuellen Beratungstermin? Gerne helfen wir Ihnen weiter unter Tel.: 02 34/97 47 60 27.

Medical High Care GmbH

Am Bergbaumuseum 31
44791 Bochum

E-Mail: k.letzner@medicalhighcare.de

Web: www.medicalhighcare.de

ZWP online
Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

Implant Direct

Simply Smarter Days 2010

Nach dem letztjährigen Erfolg der „Simply Smarter Days“ führt Implant Direct, Europas führender Online-Anbieter für Zahnimplantate, diese Veranstaltungsreihe in verschiedenen Städten in Ihrer Nähe fort. Im Rahmen der halbtägigen Veranstaltung werden die führenden Referenten Dr. Marius Steigmann („Soft Tissue Management“) und Dr. Achim Sieper („Praxismarketing in der täglichen Praxis“) einen Einblick in ihre Erfahrungswerte mit Implant Direct geben.

Termine

– *Düsseldorf, 12. Mai 2010*

Hotel Radisson Blu –
Dr. Marius Steigmann, Dr. Achim Sieper

– *Hamburg, 26. Mai 2010*

Hotel East – Dr. Marius Steigmann, Dr.
Achim Sieper

Implant Direct Europe

Förrlibuckstr. 150, 8005 Zürich, Schweiz

E-Mail: info-eu@implantdirect.com

Web: www.implantdirect.de

K.S.I.

Bewährtes erweitert

K.S.I. BauerSchraube hat das seit 23 Jahren bewährte Implantatsystem für die Anhänger von metallfreien Versorgungen erweitert. Bei dem sogenannten H-Implantat mit dickerem Kopf und Hohlkehle wurde der Wunsch vieler Kunden aufgegriffen, die Versorgung im Molarenbereich zu erleichtern und für die Einzelzahnversorgung im Frontzahnbereich eine optimale ästhetische Lösung zu er-



möglichen. Als vorgefertigtes Prothetikteil gibt es eine äußerst passgenaue verbrennbare Kunststoffkappe. Sie lässt sich hervorragend auch als Einheilkappe oder als Grundlage für die provisorische Versorgung benutzen. Ein Klickeffekt ermöglicht den Halt des Provisoriums ohne Zement. Die Anforderung der Patienten nach minimalinvasiver schmerzfreier Insertion bleibt weiterhin gewährleistet.

K.S.I. Bauer-Schraube

Keramisches Dentallabor GmbH
Eleonorenring 14

61231 Bad Nauheim

E-Mail: ksi-bauer-schraube@t-online.de

Web: www.ksi-bauer-schraube.de

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

easy-graft® sticky granules
bionic

easy-graft® CRYSTAL



Biphassiges Knochenaufbau-Composit, 60 % HA/40 % β -TCP, PLGA ummantelt

- 100 % synthetisch
- Beschleunigte Osteokonduktion
- Nachhaltiger Volumenerhalt
- Pastös aus der Spritze
- Im Defekt gut modellierbar
- In-situ «steinhart»



easy-graft®
CRYSTAL

Genial einfaches Handling
beschleunigte Osteokonduktion
nachhaltige Volumenstabilität

Testapplikation kostenfrei
im Internet bestellen!

Vertrieb Deutschland:

Hager & Meisinger GmbH
41468 Neuss, Tel. 02131 20120
www.meisinger.de

Paropharm GmbH
78224 Singen, Tel. 0180 13 73 368
www.paropharm.de

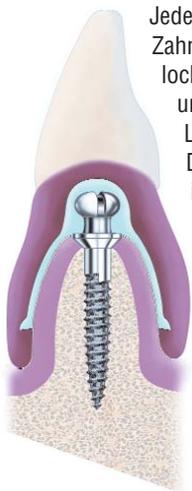
Herstellerin:

DS DENTAL Degradable Solutions AG
CH-8952 Schlieren/Zürich
www.easy-graft.com

LOSER & CO

ZWP online
 Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

Prothesen schnell und sicher in nur einer Sitzung fixieren



Jeder Totalprothesenträger wünscht sich stabilisierenden Zahnersatz. Die Realität sieht jedoch häufig anders aus: lockersitzende Prothesen, Probleme beim Sprechen und Essen – zahlreiche Prothesenträger sind in ihrer Lebensqualität stark eingeschränkt.

Die meisten Patienten scheuen einen umfangreichen implantologischen Eingriff. Für sie hat Dentatus eine schnelle, komfortable und preiswerte Lösung entwickelt: Die Atlas Kugelkopf-Implantate ermöglichen das Abstützen und Fixieren von Unterkieferprothesen in nur einer Sitzung. Die kurzen Atlas-Implantate können aufgrund der einfachen Handhabung auch von implantologisch wenig tätigen Behandlern angewandt werden. Das Einsetzen der Implantate erfolgt ohne die sonst üblichen chirurgischen Behandlungsschritte transgingival. Zugleich wird die Prothese des Patienten in weni-

gen Minuten mit dem weich bleibenden Tuf-Link Silikon passend für die Implantate unterfüttert. Der Patient verlässt die Praxis nach einem nur kurzen Eingriff mit festsitzendem Zahnersatz und einem völlig neuen Lebensgefühl. Atlas Implantate sind schlanke, einteilige Kugelkopf-Implantate mit einer sehr geringen Höhe. Durch den abgeflachten Retentionskopf können sie auch bei nur geringem vertikalen Platzangebot in der Prothesenbasis sicher verankert werden.

Im Laufe des Jahres finden in ganz Deutschland praxisorientierte Arbeitskurse zur Prothesenfixierung mit Atlas statt, zum Beispiel in Oldenburg, Wolfsburg, Aachen, Essen, Leipzig, Regensburg und Rosenheim. Weitere Informationen bei:

LOSER & CO GmbH
 Benzstraße 1 c
 51381 Leverkusen
 E-Mail: info@loser.de
 Web: www.loser.de

Dentaurum

Implantologie intensiv und aktiv erleben

Mit der neuen Kurserie „*Implantologie intensiv*“ bietet Dentaurum Implants ein vollkommen neues Fortbildungskonzept an, um implantologische Kenntnisse aktiv zu erweitern und neue chirurgische Techniken zu erlernen und zu vertiefen. Dieses Konzept setzt sich aus drei speziell aufeinander abgestimmten Fortbildungsböcken zusammen. Den Auftakt bildet eine Rekapitulationsfortbildung zur Anatomie und Techniken zu Hart- und Weichgewebe, gefolgt von jeweils einem intensiven Fortbildungsblock zu chirurgischen Vorgehensweisen im lateralen atrophierten Oberkiefer und Unterkiefer. Die Leitung dieser gesamten Fortbildungsreihe obliegt Dr. Joachim Hoffmann aus Jena mit seinem der Praxis angeschlossenen Fortbildungszentrum, dem „*Implantarium*“. Der erste Fortbildungsblock von „*Implantologie intensiv*“ startet im März 2010 mit einem aktiven Arbeitskurs an Humanpräparaten. Nach Vertiefung der anatomischen Strukturen schließen die beiden weiteren Fortbildungsböcke zu atrophiertem



lateralen Ober- und Unterkiefer an. Inhaltlich werden u. a. Themen wie Sinuslift transalveolär und lateral, Techniken der Fensterpräparation, Besonderheiten bei der simultanen und verzögerten Implantation sowie die prothetische Therapie nach Sinuslift behandelt. Live-Operationen und aktive Übungen vervollständigen das Programm und sichern einen direkten Praxisbezug. Alle drei Fortbildungsböcke sind inhaltlich aufeinander abgestimmt und werden jeweils als 1-Tages-Kurse angeboten. Werden alle drei Kursteile als komplette Fortbildungsreihe absolviert, erhalten die Teilnehmer eine Ermäßigung auf die reguläre Kursgebühr.

Dentaurum Implants GmbH
 Centrum Dentale Kommunikation
 Turnstr. 31
 75228 Ispringen
 E-Mail: kurse@dentaurum.de
 Web: www.dentaurum.com

BIOMET 3i

ZWP online
 Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

Knochenregeneration mit Korngröße 1.000–2.000 µm

Rechtzeitig zum Frühlingsanfang stellt BIOMET 3i das neue Endobon® Xenograft Granulat mit einer Korngröße von 1.000 bis 2.000 µm als Erweiterung seiner regenerativen Produktlinie vor. Das bovine Hydroxylapatit Endobon®, welches von BIOMET Orthopaedics in der Schweiz produziert wird, ist durch eine zweifach thermische Behandlung zu 100% frei von organischen Bestandteilen wie Proteinen, Bakterien, Viren oder Prionen. Klinisch bewährt hat sich Endobon® seit über zehn Jahren in der Traumatologie, Orthopädie und MKG-Chirurgie. Die osteokonduktiven Eigenschaften wurden in umfangreichen Studien belegt. Die größere Korngröße wird durch eine spezielle Herstellungs-



methode erzielt. Das Granulat zeigt beim Hydrieren mit Kochsalzlösung oder Patientenblut eine starke Klumpenbildung auf und eignet sich hervorragend bei großen Knochendefekten oder einer umfangreichen Kieferkammaugmentation. Das nicht-resorbierbare Material wird im natürlichen Remodellingprozess des Knochens innerhalb von etwa fünf Jahren durch körpereigenes Knochenmaterial ersetzt.

BIOMET 3i Deutschland GmbH
 Lorenzstraße 29
 76135 Karlsruhe
 E-Mail: 3i-deutschland@biomet.com
 Web: www.biomet3i.com

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

TePe

Prophylaxe kreativ

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 Zahnarzthelferinnen 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 Teilnehmer sind dabei keine Grenzen gesetzt. Ob interdentale Reinigung beim

tentin (ZMP) im Wert von 3.450 Euro bei „praxisDienste“ freuen. 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. 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. Juni 2010!



Kopfstand, morgens auf dem Weg zur Arbeit, beim Kinobesuch oder beim Marathonlauf... Alles ist erlaubt, Hauptsache ausgefallen und trotzdem alltäglich – wie die Mundhygiene! Mitmachen lohnt, denn attraktive Preise warten: Die Gewinnerin darf sich über einen Weiterbildungsplatz zur Prophylaxeassis-

**TePe Mundhygieneprodukte
Vertriebs-GmbH**
Borsteler Chaussee 47
22453 Hamburg
E-Mail: kontakt@tepe.com
Web: www.tepe.se

m&k

Kein Zutritt für Bakterien!

Die Implantate des Systems Trias®, die sich durch eine spezielle Golddichtung auszeichnen, waren Gegenstand einer aktuellen Untersuchung der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde an der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Hierbei wurde die Verbindungsstelle zwischen Implantat und Abutment einer Dichtigkeitsprüfung unterzogen. Geprüft wurde die Implantat-Abutment-Verbindung an insgesamt zwölf Trias®-Implantaten des Durchmessers 4,4 mm. Im Vorfeld wurden je drei der mit den Abutments verschraubten Implantate einmalig mit einer Kraft von 200 N, 400 N be-

ziehungsweise 500 N und unter einem Winkel von 60° belastet. Eine Vergleichsgruppe blieb unbelastet. Bei der REM-Begutachtung waren keine Deformationen im Bereich der Verschraubung zu identifizieren. Anschließend wurden die Trias®-Implantate mit Abutments bei einem Überdruck von 2,0 bar 30 Minuten lang in eingefärbtem, sehr dünnflüssigem Epoxidharz gelagert. Ein Eindringen von Harz konnte nach Prüfung des Implantatinneren nicht nachgewiesen werden. Die Ergebnisse belegen, dass ein Medien-austausch zwischen dem Innenraum der Trias®-Implantate mit Golddichtung und dem umgebenden Gewebe nahezu ausgeschlossen ist. Hierdurch sinkt die Gefahr einer bakteriellen Kontamination, welche die Ausbildung einer Periimplantitis begünstigt und letztlich den Verlust des Implantates bedeuten könnte.



m&k gmbh, Bereich Dental
Im Camisch 49, 07768 Kahla
E-Mail: mail@mk-webseite.de
Web: www.mk-webseite.de

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

BACK TO THE ROOTS

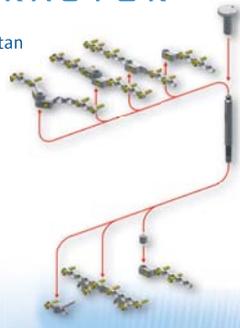
Q-IMPLANT®

- Für alle Indikationen, auch für den atrophierten Ober- oder Unterkiefer
- Atraumatisches Vorgehen
- Möglichkeit der prothetischen Sofortversorgung
- Einfache Behandlungsabläufe
- Übersichtliches Instrumentarium
- Extrem geringe Lagerhaltung
- Minimaler Kostenrahmen
- Problemlose Hygienefähigkeit für den Patienten



Q-MULTITRACTOR

- Modularer Distraktor aus Titan
- Innovative Pin-Basis-Platte
- Hohe Stabilität
- Minimal invasive Chirurgie
- Für atrophierte Unter- und Oberkiefer



MIN. 30 IMPLANTATE
IN 5 TAGEN INSERIEREN
einzigartiges
Praxisseminar



Q-IMPLANT® MARATHON
Einwöchiger Intensivkurs Implantologie

IN DER KARIBIK UND
IN INDOCHINA

mit vierjähriger Erfahrung und mehr als
20.000 eingesetzten Implantaten.



Dieser 40-stündige Kurs ermöglicht Ihnen, unter der Leitung von sehr erfahrenen Implantologen und in Kooperation mit anerkannten Universitätskliniken, Ihre theoretischen Kenntnisse umzusetzen und praktische Erfahrungen in der Implantologie zu sammeln.

Die Teams werden aus 2-3 Teilnehmern bestehen, von denen jeder 30-50 Implantate pro Woche einsetzen kann.

Nähere Informationen erhalten Sie unter
e-mail: q-implant-marathon@trinon.com

TRINON
TITANIUM

TRINON Titanium GmbH
Augartenstraße 1 · D-76137 Karlsruhe
Tel.: +49 721 93 27 00 · Fax: +49 721 24 991
www.trinon.com · trinon@trinon.com

ZWP online
 Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

Straumann

Nach einem Bericht des Implantatherstellers Straumann verkürzt sich die Einheilzeit mit Straumann SLActive-Implantaten aufgrund verbesserter Oberflächeneigenschaften auf drei bis vier Wochen. Bereits 2005 wurde diese Implantatoberfläche aufgrund ihres besonderen Charakters mit dem „Medical Device Technology Award“ ausgezeichnet. Diese spezielle Straumann-Oberfläche besitzt die gleichen Makro- und Mikrostrukturen wie die wissenschaftlich belegte SLA-Oberfläche. Sie verfüge zusätzlich über grundlegend verbesserte Oberflächenqualitäten wie Hydrophilie und chemische Aktivität. Implantologisch tätige Zahnärzte und Kli-



niker sowie deren Patienten könnten daher von einer hohen Vorhersagbarkeit für die Unterstützung von Hartgewebeförderung und Sicherheit bei der Behandlung profitieren. SLActive-Implantate würden sich für alle Indikationen eignen. Insbesondere für komplizierte Versorgungssituationen in anspruchsvollen klinischen Situationen. Zahlreiche prä- und klinische Studien¹ auf First-Level-Evidenz-Basis sowie Tests unter aggressiven Belastungsprotokollen zeigten laut Straumann hervorragende Ergebnisse. Die breite Akzeptanz bei den Zahnärzten erkläre sich unter anderem darin, dass SLActive bereits in über 70 Ländern erhältlich ist. Mehr als eine Million aller verkauften Straumann-Implantate besäßen die SLActive-Oberfläche.

¹ Wissenschaftliche Studien – Straumann SLActive (Art.-Nr. 151.911)

Straumann GmbH
 Jechtinger Straße 9
 79111 Freiburg im Breisgau
 E-Mail: info.de@straumann.com
 Web: www.straumann.de

Ursapharm

Die Einheilphase unmittelbar nach dem Einbringen einer künstlichen Zahnwurzel ist für die Lebensdauer und Funktionalität eines Implantates von größter Wichtigkeit. Die komplikationslose Regeneration der Knochensubstanz ist eine zentrale Voraussetzung für die biologische Akzeptanz des Implantats. Hinweise für die Patienten zur postoperativen Schonung des Implantats spielen genauso eine Rolle wie eine Vermeidung entzündlicher Prozesse im betroffenen Bereich. Trotz sorgfältig ausgeführter Operationstechniken sind die Eingriffe nahezu immer mit der Ausbildung mehr oder minder stark ausgeprägter Ödeme und Hämatome verbunden. Sie behindern die Anlagerung



des Knochens an die Implantatoberfläche und damit letztlich den Aufbau der notwendigen Primärstabilität für die spätere Lastaufnahme der Kaukräfte. Hier leisten proteolytische Enzyme einen wertvollen Beitrag zur langfristigen Implantatsicherung. Durch Einsatz des Ananas-Enzyms Bromelain fallen postoperative Schwellungen und Hämatome deutlich geringer aus bzw. gehen schneller zurück. Im Sinne der Qualitätssicherung sollten Bromelain-Präparate mit Arzneimittelstatus eingesetzt werden, die weder Laktose, Gluten noch potenziell allergisierende Farbstoffe aufweisen (z.B. Bromelain-POS®).

Ursapharm Arzneimittel GmbH
 Industriestraße 35
 66129 Saarbrücken
 E-Mail: info@ursapharm.de
 Web: www.ursapharm.info

ZWP online
 Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

American Dental Systems

15 Monate nach dem ersten SonicWeld-Kurs mit Dr. Iglhaut zieht American Dental Systems eine durchweg positive Bilanz. Die Zu-

sätze, atraumatisches und zeitsparendes Verfahren zugunsten des Patienten und Behandlers.



friedenheit und Begeisterung der mit SonicWeld augmentierenden Zahnärzte – schon jetzt über 200 Anwender – und die hohe Nachfrage geben Anlass, die Kursreihe in das zweite Jahr fortzusetzen. „Ich arbeite schon seit über zwei Jahren mit der Schalenteknik. In diesem Zeitraum wurde von mir kein Knochenblock mehr eingesetzt“, so Dr. Iglhaut. Das Verwenden resorbierbarer Pins und Membranen aus PDLLA 50:50, mit Ultraschall aktiviert und appliziert, verzeichnet eine außerordentlich hohe Ursprungsfestigkeit. Diese revolutionäre Augmentationstechnik bietet ein minimalinva-

Info und Anmeldung:
 Eventmanagement/Timo Beier,
 Tel.: 0 81 06/30 03 06

Termine
 21.04.2010 in Berlin
 30.04.2010 in Göttingen
 05.05.2010 in München
 16.06.2010 in Mannheim

American Dental Systems GmbH
 Johann-Sebastian-Bach-Str. 42
 85591 Vaterstetten
 E-Mail: T.Beier@ADSystems.de
 Web: www.ADSystems.de

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

zantomed

Unter den Knochenersatzmaterialien setzen sich besonders synthetische, biore-sorbierbare Polymere immer stärker durch. Speziell Biomaterialien aus Polyglycolidsäure (PGA) und Polylactidsäure (PLA) sind in der Orthopädie und Chirurgie schon jahrelang erfolgreich

darüberliegenden Gewebe. So ermöglicht es den Knochenzellen in kürzester Zeit nachzuwachsen und seinen Platz einzunehmen. Die geringe Masse und große Oberfläche des Materials führen zu einer schnellen Auflösung, die in drei bis sechs Monaten, equivalent zur



im Einsatz und finden Verwendung z.B. als Knochenplättchen und Nahtmaterialien, die in überschaubarem Zeitrahmen rückstandslos resorbieren müssen. FISOGRAFT besteht aus kopolymerisierter PLA-PGA im Verhältnis 1:1. Es hat eine schwammige offene Zellstruktur. Wichtig ist die geringe Dichte, denn das Material soll keine mechanische Funktion übernehmen und ist so besonders durchlässig. Es fungiert als absorbierbarer Abstandhalter zwischen dem Knochendefekt und dem

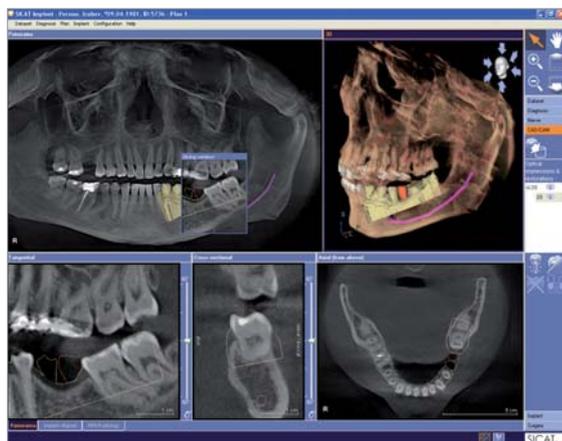
Neubildung der patienteneigenen Knochensubstanz, ganz vollendet ist. FISOGRAFT ist das einzige Material in dieser Art, dass als Gel, Pulver und Schwamm erhältlich ist.

zantomed GmbH
Ackerstraße 1
47269 Duisburg
E-Mail: info@zantomed.de
Web: www.zantomed.de

SICAT

Als Hersteller der Implantat-Planungssoftware SICAT Implant bietet SICAT Zahnärzten ein komplettes System, welches von der

gendaten fusioniert. Neben der Visualisierung von 3-D-Röntgendaten ermöglicht es die gleichzeitige Planung von Implantaten auf der Basis des virtuellen Prothetikvorschlages. SICAT Implant CAD/CAM optimiert den gesamten Workflow. Die aufwendige Herstellung von konventionellen Röntgen-schablonen auf der Basis von Bariumsulfat entfällt. Planung, Implantation und Versorgung sind dadurch in nur wenigen Sitzungen möglich.



Ein weiterer Vorteil: Mittels des optischen Abdrucks von CEREC, verbunden mit den 3-D-Röntgendaten, kann erstmals auch der Gingiva-verlauf in SICAT Implant CAD/CAM deutlich dargestellt werden, sodass sich die Zahnfleischdicke exakt messen lässt.

3-D-Diagnostik über digitale Implantatplanung bis hin zur Fabrikation von präzisen und kostengünstigen Bohrschablonen schnell zum Ziel führt.

Mit SICAT Implant CAD/CAM stellt SICAT heute eine neue Funktionalität der Software vor, die erstmals optische Abdrücke und virtuelle Prothetikvorschläge mit 3-D-Rönt-

SICAT GmbH & Co. KG
Brunnenallee 6, 53177 Bonn
E-Mail: info@sicat.com
Web: www.sicat.de

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

ZWP online
Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

ZWP online
Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

The bone regeneration cement

by PD

OSTEOKONDUKTIV
RESORBIERBAR
MINERALISCH
AUSHÄRTEND
INJIZIERBAR



bone splitting



peri-implant



onlay graft



sinus lift

Klinische Fälle
www.vitalos.com

Your distributor for Germany & Austria

Alexander Haid
Tel. 0049 (0)700 69 69 90 90
Fax: 0049 (0)700 69 00 90 90
info@i-dent.org
www.i-dent.org

i-DENT

intelligentes Dentalequipment

www.vitalos.com
Produits Dentaires SA / Switzerland



ZWP online
 Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

Acteon

Wenn Karies, Kronen- oder Füllungsänder tief unter dem Zahnfleisch liegen, sind Probleme vorhersehbar und eine chirurgische Kronenverlängerung häufig indiziert. Mit dem CrownExtension-Kit von Satelec (Acteon Group), das speziell für die Ultraschallgeneratoren Piezotome und ImplantCenter (Generation 1 und 2) entwickelt wurde, ist der Zahnarzt hierfür bestens ausgerüstet, denn für jeden chirurgischen Arbeitsschritt steht eine spezielle Arbeitsspitze zur Verfügung. Dank der präzisen, selektiven Schnittführung der vier filigranen Ansätze BS6, CE1, CE2 und CE3 lassen sich Ostektomien und Osteoplastiken sicher und schonend, aber auch schnell und rationell durchführen.



Die BS6-Spitze und die drei CE-Diamantinstrumente wurden speziell für die Kronenverlängerung mit piezoelektrischem Ultraschall entwickelt. Dank unterschiedlicher Längen und Durchmesser, der exakt definierten Schnittführung und einer perfekten Weiterleitung der Ultraschallvibrationen an die Spitze garantieren sie einen minimalinvasiven Eingriff bei maximaler Schonung der angrenzenden bzw. behandelten Zähne, aber auch des umgebenden Weichgewebes. Dabei sind sie perfekt auf die hohe Leistungsstärke der beiden Generatoren Piezotome und ImplantCenter abgestimmt. Mehr Informationen erhalten Sie bei:

Acteon Germany GmbH
 Industriestraße 9
 40822 Mettmann
 E-Mail: info@de.acteongroup.com
 Web: www.de.acteongroup.com

ZWP online
 Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

NSK

Surgic XT gilt auf dem Weltmarkt als Produkt der Wahl bei zuverlässigen chirurgischen Mikromotorsystemen. Als Nachfolgemodell der Serie wurde nun Surgic XT Plus entwickelt, um maximale Sicherheit bei Eingriffen zu gewährleisten. Surgic XT Plus bietet mehr Effizienz in der Steuerung der im Handstück erzeugten Drehmomente und kalibriert automatisch Implantatmikromotor und Handstück auf den Rotationswiderstand jedes einzelnen Handstücks vor dem Betrieb (erweiterte Handstückkalibrierung AHC). Erhältlich sind die Mikromotoren mit und ohne Licht. NSK Implantatmikromotoren für Surgic XT Plus sind extrem langlebig und leichtgewichtig dank der Vorteile des verwendeten Titans. Auch erleichtert die große LCD-Anzeige Erkennung und Überprüfung der angezeigten Daten. Dort werden gleichzeitig alle Parameter und der aktuelle Status angezeigt. Surgic XT Plus ist das zuverlässige chirurgische



Mikromotorsystem aus der NSK-Produktpalette und bietet ein genaues, leistungsstarkes Drehmoment mit beeindruckenden Leistungswerten.

Wichtige Merkmale:

- breiter Drehzahlbereich 200–40.000 min⁻¹
- kraftvolles Drehmoment: 5–50 Ncm
- hohe Leistung von 210 W
- hohe Drehmomentgenauigkeit dank AHC
- große LCD-Anzeige mit einfacher Bedienung
- acht Programme individuell einstellbar
- bürstenloser Mikromotor mit oder ohne Licht wählbar
- hervorragend widerstandsfähiger, leichter Mikromotor-Korpus schont die Hand und verbessert die Balance
- geräusch- und vibrationsarm mit geringer Hitzeentwicklung

NSK Europe GmbH
 Elly-Beinhorn-Str. 8
 65760 Eschborn
 E-Mail: info@nsk-europe.de
 Web: www.nsk-europe.de

ZWP online
 Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

Dr. Ihde Dental

Noch vor Beginn der Fußball Weltmeisterschaft startet Dr. Ihde Dental mit dem einwöchigen Karibik-Kurs vom 5. bis 12. Juni in die implantologische Trainingswoche nach Santo Domingo, Dominikanische Republik. Das intensive Chirurgie-Training in der modernen Odonto-Dom Klinik gibt den Teilnehmern die Möglichkeit, mit rund 20 gesetzten Implantaten viel Routine und Sicherheit für den chirurgischen Part der Implantologie zu sammeln. Die erfahrenen Kursleiter Dr. Werner Mander, Mondsee/Österreich, und Prof. Dr. Juan Jesús Pérez García, Malaga/Spainien verstehen es, die Zahnärzte entsprechend ihrer individuellen chirurgischen Erfahrungen persönlich zu



betreuen, sodass sie mit einem sicheren Gefühl die Patienten versorgen können. Mit dem KOS® Implantat lernen die Zahnärzte ein ausgereiftes und einfaches System für die Sofortbelastung kennen. Die Teilnehmer erhalten ein Zertifikat und 50 Punkte gemäß den Vorgaben der BZK/DGZMK/APW. Der zweite Karibik-Kurs 2010 findet vom 23. bis 30. Oktober 2010 statt. Weitere Informationen bei:

Dr. Ihde Dental
 Erfurter Straße 19, 85386 Eching
 E-Mail: info@ihde-dental.de
 Web: www.implant.com
www.ihde-dental.de

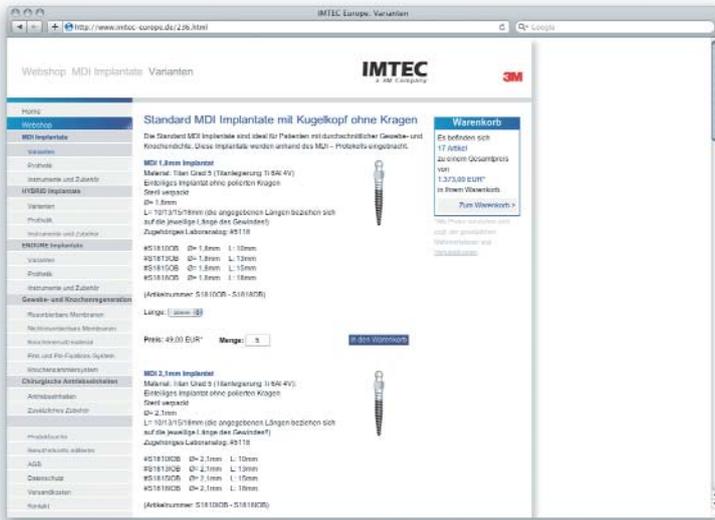
Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

IMTEC

Für die anstehende minimalinvasive Implantation fehlen noch Materialien? Dieses Problem können IMTEC-Kunden nun rund um die Uhr lösen. Über den neuen Online-Shop unter www.imtec-europe.de/shop lassen sich unter anderem alle Implantate des Anbieters sowie Materialien und Hilfsmittel zur Gewebe- und Knochenregeneration bestellen. Wird morgens (bis 12 Uhr) die Option „Expressversand“ gewählt, so kommen sie garantiert am nächsten Tag zum vereinbarten Termin in die

Praxis. Einkaufen im Webshop ist nicht nur schnell und einfach, es lohnt sich auch. So bieten monatlich wechselnde Sonderaktionen Rabatte für Online-Kunden, und zu jeder Bestellung ab 250,- Euro spendiert das Unternehmen ein Patientenposter.

Ein weiterer Grund, sofort einen Blick auf die IMTEC-Homepage zu werfen: Die neuen Kurstermine für das bundesweite Qualifizierungsprogramm des Unternehmens sind da! Einsteiger wie auch Fortgeschrittene finden in diesem vielseitigen und praxisnahen Veranstaltungsangebot zur minimalinvasiven Implantologie das Passende. Daneben präsentiert IMTEC auf den übersichtlichen und optisch ansprechenden Seiten sein gesamtes Produktportfolio. Die Implantatsysteme werden vorgestellt, vom konventionellen System ENDURE über die MDI Mini-Implantate bis hin zum „kleinen Riesen“ MDI 2,9mm Hybrid. Instrumente, Materialien und Hilfsmittel zur Knochen- und Geweberegeneration vervollständigen das Angebot ebenso wie chirurgische Antriebseinheiten. Ein Patientenbereich mit leicht verständlichen Informationen zur konventionellen und minimalinvasiven Implantation rundet den Auftritt ab.



IMTEC, a 3M Company
 Dornbachstraße 30
 61440 Oberursel
 E-Mail: info.imtec@mmm.de
 Web: www.imtec.com

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

ANZEIGE

Die natürliche Art der Knochenregeneration

- Funktion / CMD
- Prophylaxe
- Parodontologie
- Ästhetik
- Prothetik
- Implantologie**
- Hilfsmaterialien

FisioGraft: Jetzt auch in Deutschland erhältlich

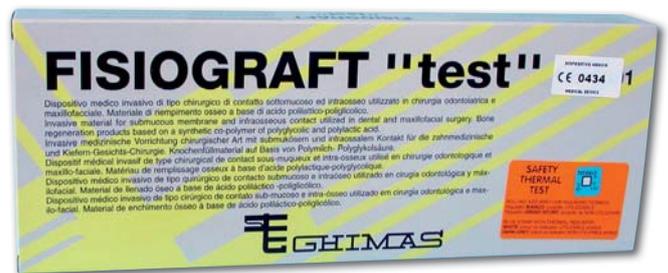
- Bioresorbierbare PLA-PGA Polymere
- In 4-6 Monaten völlig absorbiert und durch patienteneigenen Knochen ersetzt
- Keine Gefahr von Kreuzinfektionen

Erhältlich als:

- Gel
- Pulver
- Schwamm

Testkit mit je einer Arbeitseinheit:

139⁹⁵ €
 (statt 159,90 €)
 zzgl. gesetzl. MwSt.



Schwamm



Gel



Pulver



Exklusivvertrieb durch:
Zantomed GmbH
 Ackerstraße 1 · 47269 Duisburg
 Tel.: + 49 (0) 203 - 80 510 45
 Fax + 49 (0) 203 - 80 510 44
 E-Mail: info@zantomed.de

ZWP online
 Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

Dentegris

Ab sofort erweitert die Dentegris Deutschland GmbH ihr Produktportfolio um Knochenersatzmaterialien und Produkte für die Geweberegeneration in der Implantologie, Parodontologie und Oralchirurgie. Der Implantatspezialist aus Düsseldorf greift dabei auf das Know-how und die 20-jährige Erfahrung eines weltweit arbeitenden und europaweit führenden Unternehmens für medizinische Biomaterialien mit Sitz in Deutschland zurück. Neben einem Knochenersatzmaterial bovinen Ursprungs „CompactBone B“, das sich seit 20 Jahren in der klinischen Orthopädie bewährt, werden Kollagenmembranen „BoneProtect Membrane“ und ein Kollagenvlies „BoneProtect Fleece“ angeboten. Für Anwender, die alloplastische Materialien bevorzugen,

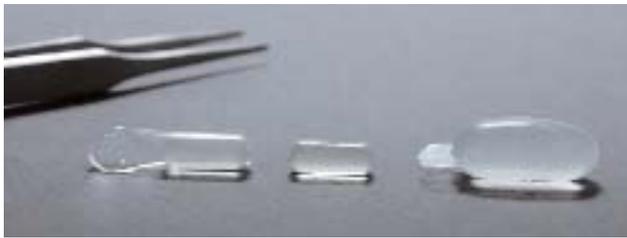


steht außerdem ein sehr innovatives, synthetisches Knochenersatzmaterial „CompactBone S“ in Form eines biphasischen Kalziumphosphat-Kompositmaterials zur Verfügung. Alle Produkte sind in verschiedenen Korngrößen und Volumina erhältlich und erfüllen höchste Standards bei Sicherheit, Effizienz und Handlingeigenschaften. Eine attraktive Preisgestaltung entspricht der Philosophie von Dentegris und ist sicher auch im Sinne der Anwender und deren Patienten.

Dentegris Deutschland GmbH
 Klosterstraße 112
 40211 Düsseldorf
 E-Mail: info@dentegris.de
 Web: www.dentegris.de

osmed

Knochenaugmentationen scheitern häufig an fehlendem Weichgewebe. Das gilt vor allem für die vertikale Komponente. Durch Einsatz von osmed Gewebeexpandern auf Hydrogelbasis lässt sich gezielt Weichgewebe für die spannungsfreie plastische Deckung gewinnen. Wirkprinzip ist eine kontrollierte osmotische Quellung um den Faktor 4,5 bis 7. Der Expander wird mit einer Knochenschraube suprapariostal fixiert und vernäht. Über einen Zeitraum von acht bis zehn Wochen nimmt er dann Flüssigkeit aus dem umgebenden Gewebe auf.



osmed Gewebeexpander Cylinder Dental im ungequollenen Zustand (links), ohne Silikonhülle (Mitte) und nach Quellung (rechts).

Nach Explantation steht ausreichend hochwertiges Weichgewebe für erfolgreiche Knochenaugmentationen zur Verfügung. osmed Gewebeexpander werden seit über zehn Jahren weltweit eingesetzt, unter anderem in der plastischen Chirurgie. Expander für die oralchirurgische Anwendung werden zurzeit an den Universitäten Berlin, Hannover und weiteren europäischen Zentren getestet. Eine zur Publikation eingereichte prospektive Studie der Charité Berlin zeigt, dass mit osmed Gewebeexpandern bei vertikalen Augmentationen signifikant mehr Knochen gewonnen werden kann als mit konventionellen Methoden, bei weniger Expositionen. osmed Gewebeexpander für die Weichgewebsexpansion vor Augmentationen sind in den Varianten Cylinder Dental für geradlinige posteriore Kieferabschnitte (vier Größen) und Cupola Dental für kleine und gekrümmte Kieferbereiche (eine Größe) erhältlich.

osmed gmbh
 Ehrenbergstraße 11, 98693 Ilmenau
 E-Mail: ulrich.gerlach@osmed.biz
 Web: www.osmed.biz

curasan

„Mit Osborne® haben wir jetzt ein vollsynthetisches Hydroxylapatit der neuen Generation, das im Gegensatz zu bovinen Materialien keinerlei potenzielle Infektions- oder Allergierisiken in sich trägt, welche bei xenogenen Materialien niemals völlig ausgeschlossen werden können“, erläutert Dr. Wolf-Dietrich Hübner, Leiter des Bereichs Medizin der curasan AG. Osborne® ist ein synthetisches Hydroxylapatit und eignet sich aufgrund seiner Eigenschaften für den Einsatz im Bereich der MKG-Chirurgie für viele Indikationen. Entsprechend seiner langsamen Resorptionskinetik und seiner polygonal gebrochenen Form eignet sich Osborne® insbesondere zur Füllung von Defekten bzw. zur Augmentation von Arealen, in denen ein stabiles Lager für Implantate erforderlich ist. Um ein optimales Ergebnis zu erreichen, sollten zur Vorbereitung des Implantatlagers Knochenfragmente, nekrotisches Gewebe und Bindegewebe sorgfältig entfernt werden. Direkter Kontakt von Osborne® mit dem blutenden vitalen Knochen und eine gründliche Anfrischung des Kno-



chens vor dem Einbringen unterstützen die Besiedlung mit Knochenzellen und Durchsetzung mit Blutgefäßen. Osborne® erlaubt dem Arzt eine vereinfachte Patientenaufklärung. Aufgrund seiner synthetischen Herstellung entfallen Erklärungen über einen biologischen Ursprung des Materials, seine Herkunft und mögliche, durch das Produkt induzierte Restrisiken für Infektionen und Allergien. Der gesetzlich vorgeschriebenen Aufklärungspflicht und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten kann der Arzt so ohne Sorge gerecht werden.

curasan AG
 Lindigstraße 4
 63801 Kleinostheim
 E-Mail: info@curasan.de
 Web: www.osbone.de

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

Zimmer Dental

Unter der Überschrift „Mehr Wissen. Weiter kommen.“ präsentiert Zimmer Dental in diesem Jahr sein aktuelles Fortbildungsprogramm. Neue Workshops am Zimmer Institute in Winterthur/Schweiz und ein fünftägiges Kurs-Erlebnis in New York/USA erweitern das vielfach bewährte Veranstaltungs- und Kursprogramm des weltweit viertgrößten Implantatherstellers.



Implantologen, die ihr praktisches Fachwissen in der Parodontal- und Implantattherapie nachhaltig vertiefen möchten, bietet das Zimmer Institute ein einzigartiges Lernumfeld für alle Schwierigkeitsgrade. In hochmodern eingerichteten Räumen können Kursteilnehmer klinische Situationen, unterschiedlichste Patientenfälle und Behandlungsmethoden an

technisch ausgereiften anatomischen Modellen simulieren. Mit der „NYU International Implantology Week“ präsentiert Zimmer Dental mit dem College of Dentistry der New York University ein besonderes Highlight. Renommierte Referenten aus aller Welt füllen ein anspruchsvolles fünftägiges Programm, das umfassende Einblicke in die modernsten Methoden und Techniken aus dem Bereich der regenerativen und restaurativen Implantologie praxisnah vermittelt.

Wie immer steht für Zimmer Dental bei allen Veranstaltungen neben dem intensiven Wissenstransfer der Dialog zwischen Teilnehmern und Referenten im Vordergrund. Das Programm 2010 ist kostenlos bei Zimmer Dental erhältlich.

Zimmer Dental GmbH
Wentzinger Straße 23
79106 Freiburg im Breisgau
E-Mail: info@zimmerdental.de
Web: www.zimmerdental.de

ZWP online
Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

ULTRADENT

Die Dental-Manufaktur ULTRADENT präsentiert eine Neuheit im Bereich innovativer, individueller Behandlungseinheiten. Die komplette Behandlungseinheit wurde speziell für den Einsatz in der Implantolo-



gie, der MGK-Chirurgie und der Oralchirurgie entwickelt. Da die klassischen Patientenstühle nicht alle Anforderungen der Chirurgie erfüllen, haben die Dentalspezialisten aus München erstmals eine komplette Chirurgie-Behandlungseinheit zusammengestellt. So ist ein professioneller Arbeitsplatz entstanden. Das Ergebnis ist ein durchdachtes Arbeitsplatzkonzept für zahnärztliche Chirurgen, das die Elemente Funktion, Hygiene, Sicherheit und Ergonomie konsequent verbindet. Der neue Pa-

tientenstuhl sorgt für freien Zugang zum Patienten von allen Seiten. Seine Konstruktion ermöglicht einen Einstieg im Sitzen, die extrem langen Auf/Ab-Bewegungsintervalle lassen für den Chirurgen das Behandeln im Sitzen als auch im

Stehen zu. Der Antrieb erfolgt über einen eingebauten Akku, somit lässt sich der Stuhl schnell und problemlos aus dem Eingriffsraum fahren, es liegen auch dank eines Funkfußanlassers keine Kabel am Boden, was die hygienischen Voraussetzungen erleichtert.

Ein massives Sicherheitsfahrwerk mit vier großen Doppelrollen und einem 3-stufigen Bremssystem sorgt für sicheren Stand und kontrollierte Mobilität. Das patentierte Kopfstützen-System bietet dem Patienten Kopf sicheren Halt, es lässt sich für die optimale Positionierung in fünf Ebenen verstellen, teilweise motorgesteuert.

ULTRADENT Dental-Medizinische Geräte GmbH & Co. KG
Eugen-Sänger-Ring 10
85649 Brunnthal
E-Mail: info@ultradent.de
Web: www.ultradent.de

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

Große
Bohrhülsen
für alle Planungssysteme



coOrdination®

**Besser
Flexibler
Günstiger**

**Nutzen Sie ihr
Implantat-Planungssystem
effizienter!**

Führungshülsen Durchmesser:
4,1; 5,0; 6,2 mm
4,5 und 5,2 mm

**Fordern Sie unsere
aktuelle Hülsenübersicht an!
Info-Telefon 040 55 77 81 55**

www.steco.de

Das neue modulare Curriculum Implantologie der DGZI

Aufgrund der Vielzahl der angebotenen Fortbildungsmöglichkeiten unterschiedlichster Anbieter und der veränderten Anforderungen an Aus- und Weiterbildung hat sich die DGZI, Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V., entschlossen, das erfolgreiche Curriculum Implantologie neu zu gestalten.

Redaktion

■ Wie bereits berichtet, kann man anstatt der geforderten acht Kurswochenenden, welche in der Vergangenheit festgelegt waren, nun sehr zeitlich und vor allem auch fachbezogen flexibel das Curriculum absolvieren. Mit fünf Pflichtmodulen (Kurswochenenden) und drei frei wählbaren Wahlmodulen (Kurswochenenden) können nun die Teilnehmer ihre Schwerpunkte in der implantologischen Ausbildung selbst setzen. Das Spektrum reicht hier von Alterszahnheilkunde, Sedationstechniken, bis zum praktischen Kurs an Humanpräparaten. Mehr als



zehn verschiedene Wahlmodule werden nun in der neu gestalteten curricularen Ausbildung angeboten. Erstmals können damit im implantologischen Curriculum auch Kenntnisse der Schwerpunkte der eigenen Arbeit in der Praxis ausgebaut werden. Alle Wahlmodule sind ebenfalls als ergänzende Fortbildungen einzeln und außerhalb der Curricula buchbar. In den kommenden Ausgaben stellen wir unseren Lesern einige der neuen Wahlmodule, in diesem Heft *Implantationstechniken von A–Z*, vor. ■

Pflicht- und Wahlmodule des Curriculums Implantologie der DGZI auf einen Blick

Pflichtmodule

- 01 Grundlagen der Implantologie und Notfallkurs
- 02 Spezielle implantologische Prothetik
- 03 Übungen und Demonstrationen an Humanpräparaten
- 04 Hart- und Weichgewebsmanagement in der Implantologie (Teil I und Hygiene in der zahnärztlichen Chirurgie)
- 05 Hart- und Weichgewebsmanagement in der Implantologie (Teil II)

- ▶ **Alle Pflicht- und Wahlmodule auch einzeln buchbar als individuelle Fortbildungsveranstaltung ohne Curriculumteilnahme!**
- ▶ **Volle Anerkennung der Konsensuskonferenz Implantologie!**
- ▶ **Fortbildungspunkte nach BZÄK/DGZMK!**

Termine, Kursorte und detaillierter Modulkatalog auf Anfrage über die DGZI-Geschäftsstelle.

Wahlmodule

- 06 Okklusion und Funktion in der Implantologie
- 07 Implantatprothetische Fallplanung
- 08 Alterszahnheilkunde, Altersimplantologie und Gerontoprothetik
- 09 Laserzahnheilkunde und Periimplantitistherapie
- 10 Sedationstechniken, Implantations- und Operationsverfahren
- 11 Bildgebende Verfahren in der Implantologie
- 12 Implantationstechniken von A–Z
- 13 Implantologie für die Praxis aus der Praxis
- 14 Piezosurgery
- 15 Umstellungsosteotomien im Zahn-, Mund- und Kieferbereich
- 16 Problembewältigung in der zahnärztlichen Implantologie

INFORMATIONEN

DGZI-Geschäftsstelle

Feldstraße 80
40479 Düsseldorf
Tel.: 02 11/1 69 70-77
Fax: 02 11/1 69 70-66
E-Mail: sekretariat@dgzi-info.de
Web: www.DGZI.de

Wahlmodul: Implantationstechniken von A–Z

Kursleiter	Prof. Dr. Dr. Wilfried H. Engelke/Göttingen	
Kursort	Göttingen	
Lern-/Lehrziele	Grundlagen der geschlossenen Implantation (Flapless implantology), Biologie, Planung, Klinik	
Zielgruppe	approbierte Zahnärzte/-innen	
Notwendige Ausrüstung	keine	
Modulinhalt	<ul style="list-style-type: none"> • Comparison of Flap and Flapless Procedures • Rationale for Flapless Implant Surgery • Flapless Implant Technique: Soft Tissue Punch and Mini-flap Technique • Diagnosis and Treatment Plan for Flapless Implant Surgery • Flapless Implant Surgery • Drilling for Flapless Implant Surgery • Stage II Surgery in Flapless Implant Surgery • Spontaneous Early Exposure of Submerged Implants after Flapless 	<ul style="list-style-type: none"> • Surgery • Plaque Control Following Flapless Implant Surgery • Soft Tissue around Flapless Implants • Flapless Implants in a thick mucosa • Flapless Implant Surgery in the case of vertical or horizontal bone resorption • Socket Lift and Simultaneous Flapless Implant Placement • Sinus Membrane Elevation and Simultaneous Flapless Implant Placement • Maxillary Sinus Bone Grafting and Flapless Implant Surgery

ANZEIGE

Sie haben Standards. Wir auch!

Chlorhexamed® alkoholfrei

- Zugelassenes Arzneimittel
- 0,2 % Chlorhexidindiguconat
- Äquivalente klinische Wirksamkeit gegenüber unserem Gold-Standard Chlorhexamed® FORTE 0,2 %, belegt in einer klinischen Studie bei Prof. Schlagenhauf, Universität Würzburg¹

Vertrauen Sie Chlorhexamed®!

Bekämpft schnell die Entzündungsursachen im ganzen Mundraum.



¹ Klinische 4-Tages-Plaque-Aufwuchs-Studie an der Universität Würzburg durch die Gruppe von Prof. Dr. Ulrich Schlagenhauf (gsk data on file).

² Quelle: TNS, November 2008.

Chlorhexamed® alkoholfrei. Wirkstoff: Chlorhexidinbis(D-gluconat). **Zusammensetzung:** 100 ml Lösung enthalten 0,2 g Chlorhexidinbis(D-gluconat) sowie Pfefferminzaroma, Macroglyglycerolhydroxystearat (Ph. Eur.), Glycerol, Sorbitol-Lösung 70% (nicht kristallisierend) (Ph. Eur.), gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** Chlorhexamed® alkoholfrei wird angewendet zur vorübergehenden unterstützenden Behandlung bei Zahnfleischentzündungen (Gingivitis) und nach parodontalchirurgischen Eingriffen. **Gegenanzeigen:** Chlorhexamed® alkoholfrei darf bei schlecht durchblutetem Gewebe und Patienten mit Überempfindlichkeitsreaktionen gegenüber Chlorhexidinbis(D-gluconat) oder einem der sonstigen Bestandteile des Präparates nicht angewendet werden. Bei erosiv-desquamativen Veränderungen der Mundschleimhaut, bei Wunden und Ulzerationen sollte Chlorhexamed® alkoholfrei nicht angewendet werden. **Nebenwirkungen:** Selten treten Überempfindlichkeitsreaktionen gegen Chlorhexidin auf. In Einzelfällen wurden auch schwerwiegende allergische Reaktionen nach lokaler Anwendung von Chlorhexidin beschrieben. In Einzelfällen treten reversible desquamative Veränderungen der Mukosa (bestimmte Mundschleimhautveränderungen) und eine reversible Parotis-(Chlrspeicheldrüsen-) schwellung auf. Bei Beginn der Behandlung kann ein brennendes Gefühl auf der Zunge auftreten. Es können eine Beeinträchtigung des Geschmackempfindens und ein Taubheitsgefühl der Zunge auftreten. Diese Erscheinungen sind nach Beendigung der Anwendung von Chlorhexamed® alkoholfrei reversibel. Verfärbungen der Zahnhartgewebe, von Restaurationen (dies sind u. a. Füllungen) und der Zungenpapillen (Resultat ist die so genannte Haarzunge) können auftreten. Diese Erscheinungen sind ebenfalls reversibel, und zum Teil kann ihnen durch sachgemäße Anwendung entsprechend der Dosierungsanleitung vorgebeugt werden. Bei Vollprothesen empfiehlt sich ein Spezialreiniger. **Pharmazeutisches Unternehmen:** GlaxoSmithKline Consumer Healthcare GmbH & Co. KG, D-77815 Bühl

Chlorhexamed®
alkoholfrei

Aktuelles

40. Internationaler Jahreskongress der DGZI

Das wissenschaftliche Programm des 40. Internationalen Jahreskongresses der DGZI steht in diesem Jahr unter dem Titel „Am Puls der Implantologie – UPDATE“.



Die traditionsreichste europäische Fachgesellschaft für zahnärztliche Implantologie – die DGZI – feiert 2010 ihr 40-jähriges Bestehen. Renommierte Referenten aus dem In- und Ausland, Vertreter befreundeter internationaler Fachgesellschaften und aus der Standespolitik werden zu diesem bedeutenden Anlass in Berlin vertreten sein. Derzeit laufen die aktiven Vorbereitungen für den

Jubiläumskongress, der am 1. bis 2. Oktober 2010 im Hotel Maritim Berlin/Stauffenbergstraße stattfinden wird. Ziel des Kongresses ist es, erstklassige praxisnahe Fortbildung auf höchstem Niveau zu bieten und eine Brücke zu schlagen von neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen aus dem universitären Bereich, über die Vorstellung von Innovationen aus den Reihen der Industrie bis hin zu deren Umsetzung in der täglichen Praxis.

Neben dem Mainpodium werden am Kongresssamttag Experten zum Thema „Grundsätze der Implantologie – Minis, Shorties und Co. auf dem Prüfstand“ sprechen, im anschließenden Expertentalk zu diesem Thema diskutieren und sich den Fragen der Teilnehmer stellen. Ein spannendes und innovatives Programm also, welches durch ein Workshop-Programm, eine attraktive Dentalausstellung und die fast schon legendäre DGZI-Party am Freitag abgerundet wird.

Problembewältigung in der zahnärztlichen Implantologie

Am 28./29. Mai 2010 findet in Essen der DGZI-Kurs „Problembewältigung in der zahnärztlichen Implantologie“ bei Prof. Dr. Thomas Weischer statt.

Dieser DGZI-Kurs ist sowohl im Rahmen des DGZI-Curriculum Kurses 150 als Wahlmodul als auch separat als Einzelkurs buchbar. Nähere Informationen zum DGZI-Fortbildungsangebot erteilt Ihnen gerne die DGZI-Geschäftsstelle in Düsseldorf:

DGZI Geschäftsstelle
Feldstraße 80, 40479 Düsseldorf
Tel.: 02 11/169 70-77
Fax: 02 11/169 70-66
E-Mail: sekretariat@dgzi-info.de
Web: www.dgzi.de

DGZI rückt Studenten in den Fokus

„Um früh in die Implantologie einzusteigen, bedarf es einer fundierten und auch zeitlich umfangreichen Ausbildung“, so Dr. Rolf Vollmer, Vizepräsident und Schatzmeister der DGZI im Interview der aktuellen dentalfresh, dem Magazin für Zahnmedizinstudenten und Assistenten. Darin wird deutlich, dass die älteste europäische implantologische Fachgesellschaft ihre Arbeit weiter in Richtung Nachwuchsförderung rückt. Dr. Vollmer ging sowohl auf das Curriculum Implantologie ein, das inzwischen auch für Studenten angeboten wird, als auch auf weitere Projekte, um den Studenten den implantologischen Weg zu ebnet.



Der Vorstand und die Mitglieder der DGZI gratulieren

zum 70. Geburtstag

Dr. Hans-Jürgen Friemert (10.04.)
Dr. Hartmut Steinkrüger (26.04.)
Dr. Jürgen Huhmann (27.04.)

zum 65. Geburtstag

Dr. Osman Sahovic (07.04.)
Dr. Elizabeth Siswanto-Hartmann (08.04.)

zum 60. Geburtstag

Dr. Johannes Schüssler (21.04.)

zum 55. Geburtstag

Dr. Rüdiger Hobohm (14.04.)
Dr. Bernd Thomaschewski (16.04.)
Josef Pechl (21.04.)
ZTM Ulrich Gonsberg (25.04.)

Dr. Veselko Jovanovic (29.04.)
Dr. Thomas Gross (30.04.)

zum 50. Geburtstag

Ines Ayoub (05.04.)
Dr. Helmuth Althoff (06.04.)
Dr. Dr. Stephan Wolf (08.04.)
ZTM Claus Fiderer (13.04.)
ZA Rolf Hoppenrath (16.04.)
Dr. Rene Kleinlugtenbelt (17.04.)
Dr. Kamal Tizieni (18.04.)
Günter Somberg (23.04.)
Drs. Marcel A. Kruitbosch (26.04.)
Dr. Masud Sayed (28.04.)

zum 45. Geburtstag

Dr. Robert Suetter (02.04.)

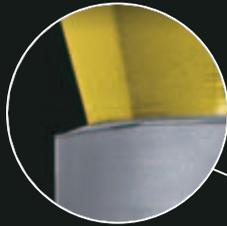
Dr. Jan van den Daele (02.04.)
Dr. Stefan Eckardt (05.04.)
Dr. Bernd Ronneburg (06.04.)
Dr. Susanne Martin (17.04.)
Dr. Stephan Arnold (20.04.)
Dr. Mario Heupel (26.04.)
Dr. Knut Langer (28.04.)

zum 40. Geburtstag

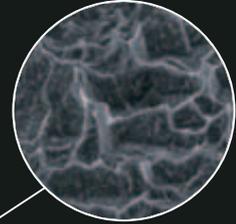
Dr. Jan Kielhorn (03.04.)
Dr. Sven Schultze (13.04.)
Dr. Marc Hausamen (17.04.)
ZA Anka Fritsch (19.04.)
Dr. Ammar Hamdah (19.04.)
Dr. Timo Weihing (21.04.)
Dr. Jörg Umfermann, M.Sc. (24.04.)

Certain® PREVAIL® Tapered

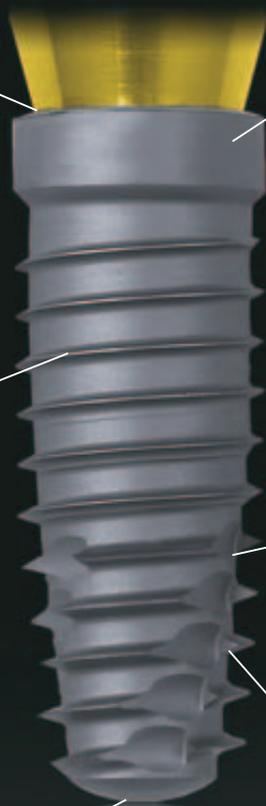
Primärstabilität für Implantate beginnt mit dem BIOMET 3i-System für zahnwurzelförmige Implantate



Integriertes Platform Switching
Das zahnwurzelförmige NanoTite PREVAIL-Implantat weist zur Erhaltung des Knochenkammes rund um das Implantat ein eingebautes Platform Switching auf.



Das zahnwurzelförmige NanoTite-Implantat – Eine Bone Bonding®-Oberfläche
Die komplexe Struktur im Nanometermaßstab erzeugt beim NanoTite-Implantat den sogenannten Bone Bonding-Effekt, d.h. einen form-schlüssigen Verbund der Knochen-zementlinie mit der Implantatoberfläche.



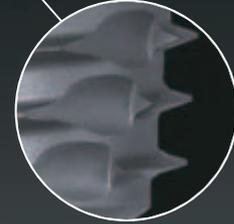
Einzigartiges Gewinde
Winkel, Tiefe und Steigung des Gewindes sorgen für ein „Verbeißen“ im Knochen zum Zeitpunkt der Implantatinsertion, um eine initiale mechanische Stabilität des Implantats zu erzielen.



Spanräume
Dienen als Sammelzonen für Knochen-späne, Blut und Wachstumsfaktoren, welche potenziell die Osseointegration fördern.



Abgerundeter Apex
Verminderte Gefahr eines Trauma bei der Annäherung an anatomische und vitale Strukturen.



Progressive Schneiden
in einer spiralförmigen Anordnung mit leichtem Hinterschliff des nachlaufenden Gewindegangs machen das Implantat selbstschneidend und tragen zu einem geringeren Drehmoment und damit einer leichteren Insertion bei.

Um mehr über die Primärstabilität bei Implantaten mit dem BIOMET 3i-System für zahnwurzelförmige Implantate zu erfahren, kontaktieren Sie noch heute Ihren BIOMET 3i Gebietsverkaufsleiter oder unseren Customer Service unter 0721-255 177 10. Oder besuchen Sie uns online auf www.biomet3i.com

Anatomie am Wochenende

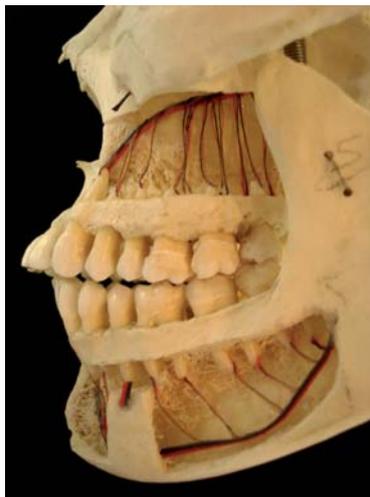
Kursteil der DGZI lässt sich jetzt separat buchen

Anatomische Grundkenntnisse gehören zum unabdingbaren Rüstzeug für jeden Zahnarzt. Insbesondere der chirurgisch und implantologisch tätige Kollege ist hier auf Sattelfestigkeit angewiesen, und so stellt ein eigens dafür konzipiertes Kursmodul der DGZI (Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie) schon seit einem Jahrzehnt einen festen Bestandteil des Curriculums und der Prüfungen dar. Jetzt lässt sich dieser Part auch separat als Wochenend-Kurs zur Auffrischung buchen.

Dr. Rainer Valentin/Köln

■ Es gibt Fragen, die einfach klingen und sich doch spätestens bei Nachforschungen im Detail als schwierig erweisen können: In welchem Bereich liegt der Eingang zum Sinus? Welche Stellen kann ich für die autologe Knochenentnahme zwecks Transplantation nutzen? Was war noch die Chorda tympani? Schon im anatomischen Präparierkurs der vorklinischen Semester hat sich so mancher angesichts der schier Stofffülle mit diesen und ähnlichen Fragen tage- und nächtelang beschäftigt. Eine detaillierte Kenntnis der Anatomie des Kopfes stellt später im Alltag besonders des chirurgisch-implantologisch arbeitenden Kollegen ein Basiswissen dar, das auf den Erfolg seiner Behandlungen eine wesentliche Auswirkung hat. Das schließt etwa eine genaue Vorstellung von der Nerven- und Blutgefäßversorgung, der Anatomie der Knochen und ebenso der Zunge ein. Die moderne bildgebende Diagnostik kann den Zahnarzt zwar unterstützen. Wer sich jedoch blind auf die Magie der digitalen Welt verlässt, dem kann es gehen wie dem Autofahrer, der vor dem Pferdestall eines abgelegenen Bauernhofs steht und dennoch behauptet, dies sei die Tiefgarage seines Hotels – schließlich habe ihn das Navigationssystem genau hierhin gelotst. Fazit: Nach wie vor zählt das eigene medizinische Urteilsvermögen, das auf einer profunden anatomischen Kenntnis basiert!

Eine hervorragende Möglichkeit für eine Auffrischung und Angleichung an den Stand der Wissenschaft bietet das Anatomie-Wochenende der DGZI. Erfahrene Anato-



Eine hervorragende Möglichkeit für eine Auffrischung und Angleichung an den Stand der Wissenschaft bietet das Anatomie-Wochenende der DGZI.

men und Praktiker erläutern detailliert die wichtigsten Strukturen. Dabei besteht in angenehmer und ruhiger Atmosphäre reichlich Gelegenheit zum eingehenden Studium. Überdies können neueste Techniken der Implantatinsertion und des Knochenmanagements geübt werden. Zum Kursinhalt gehören auch spezielle Aspekte des Notfallmanagements. Das Anatomie-Wochenende legt den Schwerpunkt auf die Anwendung in der Praxis. Damit eignet es sich sowohl für Zahnärzte, die sich ein „update“ für ihre nicht mehr unmittelbar präsenten Kenntnisse aus dem Studium wünschen, als auch für Implantologen, die einige Zeit nach erfolgreich abgeschlossenem Curriculum diesen Lernstoff wieder auffrischen möchten.

Das nächste Anatomie-Wochenende der DGZI findet zu folgendem Termin statt: 8.–9. Oktober 2010. ■

■ KONTAKT

Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.

Feldstraße 80, 40479 Düsseldorf

Tel.: 02 11/1 69 70-77 oder

0800-DGZITEL (0800/33 49 48 35)

Fax: 02 11/1 69 70-66

E-Mail: sekretariat@dgzi-info.de

Web: www.dgzi.de

ANZEIGE

ZWP online

Das Nachrichten- und Fachportal für die gesamte Dentalbranche

Erweitern Sie jetzt kostenlos Ihren Praxis-Grundeintrag auf ein Expertenprofil!

www.zwp-online.info



Ihr Spezialist für

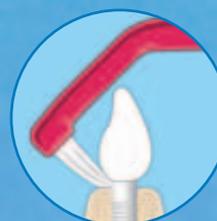
Professionelle Implantatpflege



TePe Implant Care™



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



25th Anniversary of Academy of Osseointegration (AO)

Unter dem Motto „The Formular for Predicatable Implant Success“ fand der diesjährige 25th Kongress der AO vom 4. bis 6. März 2010 im Walt Disney World Dolphin Resort in Orlando/Florida statt.

Dr. Rolf Vollmer/Wissen



■ Da die AO die größte Affiliate Association der DGZI ist, war es selbstverständlich, dass die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie auch beim diesjährigen Kongress in Amerika vertreten war. Die Vorstandsmitglieder Dr. Rainer Valentin und Dr. Rolf Vollmer sowie der internationale Repräsentant der DGZI, Dr. Mazen Tamimi, besuchten drei Tage lang die Vorträge und Ausstellungen im Walt Disney World Dolphin Resort. Wenn auch das Wetter für Florida ungewöhnlich kühl war, war es dennoch angenehm, dem Schnee in Deutschland zu entfliehen.

Der amtierende Präsident Vincent J. Iacono stellte zunächst das Programm des Kongresses vor und betonte, dass es die Mission der Academy sei, die Mundgesundheit zu verbessern, indem den Kollegen der neueste Stand der oralen Implantologie und der Gewebegeneration präsentiert werde. Während des Kongresses wurden die verschiedensten Möglichkeiten der Implantattherapie sowie die Lösungen von nicht zu erwartenden Komplikationen detailliert besprochen. Begleitend zum Mainpodium wurden Hands-on-Workshops und das AO Corporate Forum angeboten.

Des Weiteren waren mehr als 250 Posterpräsentationen von Kollegen aus aller Welt in die Ausstellung integriert. Ein ganzer Tag beschäftigte sich parallel mit den chirurgischen Problemen in der ästhetischen Zone einerseits und andererseits mit den ästhetischen Problemen, die der Prothetiker zu bewältigen hat. Das prothetische Handling für anguliert eingebrachte Implantate sowie biologische und technische Komplikationen wurden ausführlich diskutiert, ebenso wie die mit Implantaten konkurrierende Endodontie.

Alles in allem war es ein erfolgreicher Kongress mit mehr als 2.000 Teilnehmern. Die DGZI war wie in jedem Jahr am Samstagmittag zu dem International Affiliates Committee eingeladen. Diesem wohnten in diesem Jahr

Delegationen aus Kanada, Japan, England und Italien bei. Der amtierende Präsident Iacono bat die Teilnehmer ihre Ideen für eine Zusammenarbeit in der Zukunft zu formulieren.

Die Teilnehmer waren sich darüber einig, dass es im Rahmen der Globalisierung keine Abschottung einzelner Länder geben könne und dürfe. Die Situation sei jedoch in verschiedenen Ländern auch sehr unterschiedlich. Ein Punkt seien beispielsweise Sprachbarrieren der japanischen Kollegen.

Nach dem Treffen der International Affiliates fand das sogenannte Annual Business Meeting statt, in dem der neue Präsident Dr. Peter Moy seine Antrittsrede hielt. Er bedankte sich für die Anwesenheit der Kollegen und im speziellen bei den weit angereisten Referenten und Repräsentanten der befreundeten Gesellschaften.



V.l.n.r.: Dr. Valentin, Dr. Norton, Dr. Vollmer, Steven Eckert, Dr. Tamimi.

Die zukünftigen Kongresse der AO finden vom 3. bis 5. März 2011 in Washington/DC, vom 1. bis 3. März 2012 in Phoenix/Arizona, vom 7. bis 9. März 2013 in Tampa/Florida und vom 6. bis 8. März 2014 in Seattle/Washington statt. Interessierte Kollegen, die mit uns zusammen eines dieser Meetings besuchen wollen, können sich gerne über nähere Details beim DGZI-Büro in Düsseldorf melden. ■

■ KONTAKT

DGZI-Büro Düsseldorf

Feldstraße 80, 40479 Düsseldorf

Tel.: 02 11/1 69 70-77

Fax: 02 11/1 69 70-66

E-Mail: hartmann@dentalnet.de

40. INTERNATIONALER JAHRESKONGRESS DER DGZI

Am Puls der Implantologie – UPDATE

1./2. Oktober 2010 in Berlin

Jubiläumskongress



40 JAHRE DGZI
1970-2010
 DGZI
Deutsche Gesellschaft für
Zahnärztliche Implantologie e.V.

Goldsponsor



Silbersponsor



Bronzesponsor



FAXANTWORT +49-3 41/4 84 74-2 90

 Bitte senden Sie mir das Programm zum
40. INTERNATIONALEN JAHRESKONGRESS DER DGZI
am 1./2. Oktober 2010 in Berlin zu.

Praxisstempel

Allmacht der Versicherung = Ohnmacht des Zahnarztes?

Neues Versicherungsvertragsgesetz Thema beim DGZI-Studiengruppentreffen

Ein wenig mulmig war es Studiengruppenleiter Prof. Stoll schon, als er zum Treffen des Freiburger Forums Implantologie der DGZI einlud. Waren es bis dato doch rein zahnmedizinisch-implantologische Beiträge, die von namhaften Referenten dargestellt, hinterleuchtet, diskutiert wurden und stets zu einem vollen Haus führten.

■ Zum jüngsten FFI-Treffen hatte Stoll die bewährten Pfade verlassen und ein außergewöhnliches Thema gewählt: das neue Versicherungsvertragsgesetz. So bestand seitens der Studiengruppenleitung Unsicherheit, ob dieses außergewöhnliche Thema auch auf ähnliche Resonanz seitens der Kollegenschaft stoßen würde. Ein erneut bis auf den letzten Platz besetzter Hörsaal verdeutlichte letztlich, wie relevant dieser Themenbereich für die niedergelassenen Kollegen ist.

Prof. Stoll gelang es, gleich zwei renommierte Referenten zu gewinnen. Mit Rechtsanwalt Wolfgang K. Schwarz, Fachanwalt für Medizinrecht und Justitiar der Bezirkszahnärztekammer Freiburg, ergriff einer der bekanntesten Medizinrechtler der Region das Mikrofon. Den zweiten Teil des Abends bestritt Dipl. oec. med. Alexandra Petersen (Singen), die über umfangreiche Erfahrung im Umgang mit Kostenerstattem verfügt. Somit ergänzten sich beide Referenten in idealer Weise, wurden doch sowohl die rechtliche als auch die Erstattungsseite hinreichend gewürdigt.

„Juristische Fallstricke in der Implantologie“, so das erste Thema des interessanten FFI-Abends. RA Wolfgang K. Schwarz zeigte in packender und eloquenter Weise, wie schnell auf einen implantologisch tätigen Zahnarzt ein Arzthaftungsfall zu kommen kann – statistisch gesehen drei- bis viermal im Rahmen eines zahnärztlichen Berufslebens!

Gleich zu Beginn seiner Ausführungen ein Tipp des erfahrenen Medizinrechtlers: „Schließen Sie eine erweiterte Haftpflichtversicherung ab, diese deckt auch die strafrechtliche Komponente ab!“

Credo des Referenten – zur Vermeidung von Haftungsfallen gibt es nur eins und zwar: Arzthaftungsprophylaxe! Der Weg hierzu: DAB – Dokumentation – Aufklärung – Behandlung! Schwarz wies darauf hin, dass der Dienstvertrag des Zahnarztes ohne Gesundheitsgarantie ausgestattet ist, es wird also lediglich eine korrekte Behandlung, nicht aber der Erfolg geschuldet. Die Behandlungsdokumentation muss immer schriftlich erfolgen, die Aufklärung hingegen mündlich (Forderung der Rechtsprechung und der Berufsordnung). Die mündlich erfolgte Aufklärung

hingegen kann schriftlich bestätigt werden. Wichtigster Bestandteil der Aufklärung ist die Risikoaufklärung. Dies vor allem vor dem Hintergrund, dass jeder Eingriff eine Körperverletzung, allerdings mit Zustimmung des Patienten darstellt. Der Patient muss wissen, worauf er sich einlässt, und zwar in der Sprache des subjektiven Empfängerhorizonts! Bei größeren Eingriffen sollte die Aufklärung in einem größeren zeitlichen Abstand zum Eingriff selbst erfolgen (ca. 48 Stunden).

Innerhalb einer Woche muss ein Behandlungsfehlervorwurf der Haftpflicht gemeldet werden, sonst droht eine Leistungsfreiheit.

Einen sehr interessanten Lebenslauf weist die Referentin auf, die den zweiten Beitrag des FFI-Abends beisteuerte. Sie ist gelernte Zahnarthelferin, die dann über die ZMV/DH-Schiene zu einem Studium zur Gesundheitsökonomin kam. Neben ihrer Tätigkeit für ein Factoring-Unternehmen ist Frau Petersen auch Referentin für einen skandinavischen Implantathersteller und Gründerin einer DGZI-Studiengruppe im Bodenseeraum. Bei 58 Privatversicherern und ca. 16.000 verschiedenen Tarifen ist ein

kompletter Überblick nicht mehr oder nur schwer möglich. „Die Schmerzgrenze der Praxen ist bei Erstattungsproblematiken weit überschritten!“ Mit dieser Aussage bot die Referentin die Möglichkeit des „Outsourcings“ an, die es den Praxen ermöglichen soll, sich auf deren Kernkompetenzen zu konzentrieren und die Rechnungsstellungen „außer Haus“ zu geben.

Obschon eine gestellte Rechnung sofort zu begleichen ist, raten die Privatversicherer deren Kunden vorerst nicht zu bezahlen, sondern die Rechnung zunächst zur „Prüfung“ einzureichen. Im Gespräch mit dem Patienten ist stets auf den Unterschied zwischen Erstattung und Rechnungsstellung zu achten und darauf im Vorfeld hinzuweisen. Mustertexte und zahlreiche Tipps rundeten die Ausführungen der Abrechnungsexpertin ab.

Abschließend ging Frau Petersen auf das von Versicherungen befürwortete „Zielleistungsprinzip“ und auf „Rückforderungsansprüche“ (mit Abtretungsanspruch) ein, weiterhin auf das „Kürzungsverhalten“ einiger PKVen. ■



V.l.n.r.: Prof. Dr. Dr. Peter Stoll, Dipl. oec. med. Alexandra Petersen, RA Wolfgang K. Schwarz.

Alle Lernmittel/Bücher
zum Kurs inklusive!

Implantologie ist meine Zukunft ...

Schon mehr als 1.000 meiner Kollegen und Kolleginnen haben das erfolgreiche und von erfahrenen Referenten aus Wissenschaft und Praxis getragene DGZI-Curriculum erfolgreich abgeschlossen. Mit 100% Anerkennung durch die Konsensuskonferenz ist das Curriculum der DGZI eines der wenigen anerkannten Curricula und Aufbaustudium auf dem Weg zum Spezialisten Implantologie und zum Master of Science.

STARTTERMIN

Kurs 150 ▶ 30. April 2010

DGZI-Curriculum – Ihre Chance zu mehr Erfolg!

Neugierig geworden? Rufen Sie uns an und erfahren Sie mehr über unser erfolgreiches Fortbildungskonzept!

DGZI – Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.
Fortbildungsreferat, Tel.: 02 11/1 69 70-77, Fax: 02 11/1 69 70-66, www.dgzi.de
oder kostenfrei aus dem deutschen Festnetz: 0800-DGZITEL, 0800-DGZIFAX



DGZI
Deutsche Gesellschaft für
Zahnärztliche Implantologie e.V.

Bitte senden an Fax: 02 11/1 69 70 66 oder 0800-DGZIFAX

Titel/Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Tel. (Praxis): _____ Tel. (priv.): _____

Fax (Praxis): _____ E-Mail: _____

ZA/ZÄ Oralchirurg MKG-Chirurg

Implantologische Erfahrung: ja nein

Falls ja: Implantologisch tätig seit: _____

Anzahl der inserierten Implantate: _____

Ich habe Erfahrung mit folgenden Implantatsystemen:

Ich bin Mitglied der DGZI: ja nein

Ich habe die Mitgliedschaft beantragt: ja nein

Hiermit melde ich mich verbindlich für die Teilnahme an der Seminarreihe „Curriculum Implantologie“ der DGZI an.

Die Gebühr: 5.950,- € (Nichtmitglieder) bzw. 4.900,- € (Mitglieder) umfasst die 8 Seminar-Wochenenden. Die Gebühren für die Übungsmodelle des propädeutischen Kurses sind extra zu entrichten. Hospitation und Supervision sind nicht in den Kursgebühren enthalten. Die Hospitation kostet pro Tag 500,- €, Hospitation pro Halbtage 300,- €. Die Supervision kostet 250,- € pro Stunde. Bei der Supervision werden die im Programmheft dargestellten rechtlichen und vertraglichen Bestimmungen Grundlage dieser Anmeldung und wesentlicher Bestandteil des Vertrages. Fachlich gilt der Inhalt des jeweils aktuellen Programmheftes als vereinbart. Auf die Möglichkeit von darüber hinausgehende Änderungen seitens der DGZI – wie im Programmheft dargestellt – sei noch mal hingewiesen.

EINZUGSERMÄCHTIGUNG (gilt nur innerhalb von Deutschland)

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V. widerruflich die von mir zu entrichtenden Gebühren zulasten meines Kontos

Konto-Nr. _____ Bankleitzahl _____

Kreditinstitut _____

durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Siegener Implantologietage gut besucht

Unter der Themenstellung „Moderne augmentative Konzepte bei stark reduziertem Knochenangebot“ fanden am 19. und 20. März 2010 zum zweiten Mal die Siegener Implantologietage statt. Die Veranstaltung lockte wieder mit einem spannenden Programm-Mix aus Live-OP, Seminaren, Workshops und wissenschaftlichen Vorträgen.

Jürgen Isbaner/Leipzig



■ Nicht jedem steht der Sinn nach mehrtägigen Kongressaufenthalten mit teurer Anreise und hohen Übernachtungskosten. Dem Wunsch vieler niedergelassener Zahnärzte nach hochkarätiger aber zugleich effizienter Fortbildung im direkten Praxisumfeld trägt die Oemus Media AG in Verbindung mit verschiedenen wissenschaftlichen Partnern seit mehreren Jahren mit ihren Regionalveranstaltungen Rechnung. In Kooperation mit der DGZI-Studiengruppe Bergisches Land & Sauerland fanden jetzt die 2. Siegener Implantologietage statt. Die wissenschaftliche Leitung der Tagung hatte erneut DGZI-Präsident Dr. Friedhelm Heinemann/Morsbach. Zum hochkarätigen Referententeam gehören u.a. Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. Berthold Hell/Siegen, Prof. Dr. Thomas Weischer/Essen, Prof. Dr. Karl Günter Wiese/Göttingen, Prof. Dr. Udo Stratmann/Münster, Prof. Dr. Mauro Marincola/Rom (IT), Prof. (Griffith Univ.) Dr. Torsten Remmerbach/Leipzig, Prof. Dr. Marcel Wainwright/Düsseldorf, Priv.-Doz. Dr. Rainer Buchmann/Düsseldorf, Dr. Jochen H. Schmidt, M.Sc./Köln, Dr. Winfried Walzer/Berlin und Dr. Stephan Kressin/Berlin.

Neben den wissenschaftlichen Vorträgen am Samstag wartete bereits das Pre-Congress-Programm am Freitag mit einem abwechslungsreichen praktischen Kursangebot mit Live-OP und Hands-on-Kursen sowie ein Seminar zum Thema Veneertechnik auf. Ein parallel stattfindendes Helferinnenprogramm mit dem Seminar zur Hygienebeauftragten rundete das Programm der Siegener Implantologietage ebenso ab wie die begleitende Industrieausstellung.

Die 3. Siegener Implantologietage finden im nächsten Jahr aufgrund der IDS am 6. und 7. Mai statt. ■

■ KONTAKT

Oemus Media AG

Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-3 08, Fax: 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: event@oemus-media.de

Web: www.siegener-implantologietage.de

Frische Impulse für die Zahnarztpraxis

■ Am 8. Mai 2010 findet das 2. Funktionsforum im Atlantic Hotel Universum in Bremen statt. Dabei steht die Funktion in der Implantologie, Parodontologie und Ästhetik im Fokus des Tagessymposiums. Renommiertere Referenten aus Wissenschaft, Zahnmedizin, Zahnarztpraxis und Dentallabor demonstrieren ihr Fachwissen für das interessierte Publikum. Parallele Workshops runden das Tagungsprogramm perfekt ab. Die zahnärztliche Funktionsdiagnostik erlebt zurzeit eine regelrechte Renaissance. Dabei war die Entwicklung des DIR Systems und dessen Markteinführung ein wesentlicher Auslöser dieses Trends, nicht zuletzt durch das vom FUNDAMENTAL Schulungszen-

trum angekoppelte Schulungskonzept für Zahnärzte und Zahntechniker. Im Team werden neue Behandlungsmethoden erfolgreich angewendet und prothetisch umgesetzt. Dabei handelt es sich nicht nur um von CMD betroffene Patienten, sondern auch um die allgemeine Vorgehensweise bei der Betreuung und Behandlung von Patienten in der Zahnarztpraxis. Durch die zahnärztliche Anwendung des DIR Systems ist es erstmals gelungen, behandlerunabhängige und reproduzierbare Messergebnisse (wissenschaftlich bestätigt) bei der Einstellung einer physiologischen Okklusion zu erzielen. Kongressunterlagen erhalten Sie unter www.dir-system.de ■

Die Studiengruppen der DGZI

Studiengruppe	Leiter der Gruppe	Telefon	Fax	E-Mail
1. German-American Dental Study Club Düsseldorf (GASD)	Prof. Dr. Marcel Wainwright	02 11/4 79 00 79	02 11/4 79 00 09	weinrecht@aol.com
Bayern	Dr. Manfred Sontheimer	0 81 94/15 15	0 81 94/81 61	dres.sontheimer_fries@t-online.de
Bergisches Land & Sauerland	Dr. Johannes Wurm	02 11/1 69 70-77	02 11/1 69 70-66	sekretariat@dgzi-info.de
Berlin/Brandenburg	Dr. Uwe Ryguschik	0 30/4 31 10 91	0 30/4 31 07 06	dr.ryguschik@snaflu.de
Berlin/Brandenburg CMD	Dipl.-Stom. Kai Lüdemann	03 31/2 00 03 91	03 31/88 71 54-42	zahnarzt@za-plus.com
Braunschweig	Dr. Dr. Eduard Keese	05 31/2 40 82 63	05 31/2 40 82 65	info@implantat-chirurgie.de
Bremen/Junge Implantologen	Milan Michalides	04 21/5 79 52 52	04 21/5 79 52 55	michalidesm@aol.com
Euregio Bodensee	Dr. Hans Gaiser	0 75 31/69 23 69-0	0 75 31/69 23 69-33	praxis@die-zahnaerzte.de
Franken	Dr. Dr. Hermann Meyer	0 91 22/7 45 69	0 91 22/6 22 66	info@dr-meyer-zahnarzt.de
Freiburger Forum Implantologie	Prof. Dr. Dr. Peter Stoll	07 61/2 02 30 34	07 61/2 02 30 36	ffi.stoll@t-online.de
Funktionelle Implantatprothetik	Prof. Dr. Axel Zöllner	02 01/86 86 40	02 01/8 68 64 90	info@fundamental.de
Göttingen	ZA Jürgen Conrad	0 55 22/30 22	0 55 22/30 23	-
Hamburg	Dr. Dr. Werner Stermann	0 40/77 21 70	0 40/77 21 72	werner.stermann@t-online.de
Kiel	Dr. Uwe Engelsmann	04 31/65 14 24	04 31/65 84 88	uweengelsmann@gmx.de
Köln	Dr. Christoph Halfmann	02 21/4 24 85 55	02 21/4 24 85 57	praxis@christoph-halfmann.de
Lübeck	Dr. Dr. Stephan Bierwolf	04 51/8 89 01-00	04 51/8 89 01-0 11	praxis@hl-med.de
Magdeburg	Dr. Ulf-Ingo Westphal	03 91/6 62 60 55	03 91/6 62 63 32	info@docimplant.com
Mecklenburg-Vorpommern	Dr. Bernd Schwahn/Dr. Thorsten Löw	0 38 34/79 91 37	0 38 34/79 91 38	dr.thorsten.loew@t-online.de
Mönchengladbach	ZA Manfred Wolf	0 21 66/4 60 21	0 21 66/61 42 02	derzahnwolf1@t-online.de
Niederbayern	Dr. Volker Rabald	0 87 33/93 00 50	0 87 33/93 00 52	oralchirurgie@dr-rabald.de
Studiencolub am Frauenplatz	Dr. Daniel Engler-Hamm	0 89/21 02 33 90	0 89/21 02 33 99	engler@fachpraxis.de
Rhein-Main	Dr. Dr. Bernd Kreusser	0 60 21/3 53 50	0 60 21/35 35 35	dr.kreusser@t-online.de
Ruhrstadt	Prof. Dr. Dr. med. dent. W. Olivier, M.Sc.	0 20 41/15-23 18	0 20 41/15-23 19	info@klinik-olivier.de
Sachsen-Anhalt	Dr. Joachim Eifert	03 45/2 90 90 02	03 45/2 90 90 04	praxis@dr-eifert.de
Stuttgart	Dr. Peter Simon	07 11/60 92 54	07 11/6 40 84 39	dr.simon-stuttgart@t-online.de
Voreifel	Dr. Adrian Ortner	0 22 51/7 14 16	0 22 51/5 76 76	ortner-praxis@eifelt-net.net
Westfalen	Dr. Klaus Schumacher	0 23 03/96 10 00	0 23 03/9 61 00 15	dr.schumacher@t-online.de
	Dr. Christof Becker	0 23 03/96 10 00	0 23 03/9 61 00 15	dr.becker@zahnarztpraxis.net

Die Studiengruppenleiter freuen sich auf Ihre Mitwirkung und stehen bei Fragen gern zur Verfügung.

Implantologie Journal

**Deutsche Gesellschaft
für Zahnärztliche Implantologie e.V.**

Impressum

Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.
Feldstr. 80 · 40479 Düsseldorf
Tel.: 02 11/1 69 70 77 · Fax: 02 11/1 69 70 66
E-Mail: sekretariat@dgzi-info.de

Verleger: Torsten R. Oemus

Verlag:

Oemus Media AG · Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig
Tel. 03 41/4 84 74-0 · Fax 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: kontakt@oemus-media.de
Web: www.oemus-media.de

Deutsche Bank AG Leipzig
BLZ 860 700 00 · Kto. 1501 501

Verlagsleitung:

Ingolf Döbbecke · Tel. 03 41/4 84 74-0
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner · Tel. 03 41/4 84 74-0
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller · Tel. 03 41/4 84 74-0

Chefredaktion:

Dr. Torsten Hartmann (V.i.S.d.P.)

Redaktion:

Eva Kretschmann · Tel. 03 41/4 84 74-3 35
Kristin Urban · Tel. 03 41/4 84 74-3 25

Redaktioneller Beirat:

Dr. Friedhelm Heinemann, Dr. Rolf Vollmer, Dr. Roland Hille,
Dr. Winand Olivier, Prof. Dr. Klaus-Ulrich Benner,
Prof. Dr. Dr. Kurt Vinzenz, Dr. Georg Bach, Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner

Herstellung:

Sandra Ehnert · Tel. 03 41/4 84 74-119

Korrektorat:

Ingrid Motschmann, Frank Sperling · Tel. 03 41/4 84 74-125

Druck:

Messedruck Leipzig GmbH, An der Hebemärchte 6, 04316 Leipzig

Erscheinungsweise:

Das Implantologie Journal – Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V. – erscheint 2010 mit 8 Ausgaben. Der Bezugspreis ist für DGZI-Mitglieder über den Mitgliedsbeitrag in der DGZI abgegolten. Es gelten die AGB.

Verlags- und Urheberrecht:

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

Grafik/Layout: Copyright Oemus Media AG

I. Internationales Henry Schein Symposium

Budapest, 09. bis 11. September 2010

Grit Alkhouri | Bilal Al-Nawas | Jozséf Barabas | Julia Bauer | Robert Böttcher | Stephan Eitner | Marcus Engelschalk | Endre Felszeghy
Andreas Fuhrmann | Stefan Grümer | Matthias Gürtler | Norbert Gutknecht | Olaf van Iperen | Frank Kistler | Johannes Kleinheinz | Albert Mehl
Friedrich W. Neukam | Ulf Nickel | Hans-Joachim Nickenig | Beatrice Nordhaus | Mark Plachtovics | Sven Reich | Kurt Reichel | Rainer Roos
Rainer Schlaegel | Andreas Schlegel | Gerhard Stachulla | Philipp Stockmann | Manfred Wichmann | Jörg Wiltfang | Gerhard Werling

BIS ZU
36
FORTBILDUNGS-
PUNKTE!

HORIZONTE ÜBERSCHREITEN – ZUKUNFT GESTALTEN

WORKSHOPTHEMEN:

A wie alphatech bis Z wie Zirkon

HUMANPRÄPARATEKURSE:

Einzelzahnversorgung, Weichgewebe, Sinuslift

Innovation für Praxis und Labor

Röntgenrefresher

KONGRESSHOTEL:

Kempinski Hotel Corvinus

KONGRESSSPRACHE:

Deutsch

Weitere Informationen unter:

T: 0 18 01 40 00 44

www.henryschein-dental.de

 **HENRY SCHEIN®**
DENTAL DEPOT

Erfolg verbindet.

AUSSERGEWÖHNLICH

Ein neues Implantatsystem von *Sybron* – dem Unternehmen mit einem wegweisenden Namen im Dentalbereich. Das innovative **SybronPRO™ XRT** bietet eine Reihe von außergewöhnlichen Vorteilen: Sofortige Stabilität, Erhalt des Kieferknochens, Langzeit-Ästhetik u.v.a.

ENTDECKEN SIE DAS AUSSERGEWÖHNLICHE - RUFEN SIE UNS AN!

¹**Surgical and Mechanical Techniques to Increase Stability of Dental Implants.** Kharouf, Zeineb; Oh, Hyeong Cheol; Saito, Hanae; Cardaropoli, Giuseppe; Bral, Michael; Cho, Sang-Choon; Froum, Stuart; Tarnow, Dennis. Ashman Department of Periodontology and Implant Dentistry, New York University. Wiss. Studie, präsentiert auf dem AO Kongress Boston 2008.

²**Implant Design and Its Effect on Preservation of Crestal Bone Levels.** Jang, Bong-Joon; Pena, Maria Luisa; Kim, Mean Ji; Eskow, Robert; Elian, Nicolas; Cho, Sang-Choon; Froum, Stuart; Tarnow, Dennis. Ashman Department of Periodontology and Implant Dentistry, New York University. Wiss. Studie, präsentiert auf dem AO Kongress Boston 2008.

Sybron – 100 Jahre Fachkompetenz im Dentalbereich

Europa
Sybron Implant Solutions GmbH
Julius-Bamberger-Str. 8a
28279 Bremen, Deutschland
Telefon 0421.43939.0
info@sybronimplants.de

Großbritannien
4 Flag Business Road
Vicarage Farm Road
Peterborough, PE1 5TX, UK
Telefon 008000 841 2131

Frankreich
16 Rue du Sergent Bobillot
93100 Montreuil, France
Telefon 0033.149.88.60.85

Australien
10, 112-118 Talavera Rd
North Ryde, NSW 2113
Telefon 0061.2.8870.3099

HAUPTSITZ
USA
1717 West Collins Avenue
Orange, California 92867
Telefon 001.714.516.7800



www.sybronimplants.com