

ORALCHIRURGIE

Journal

2 2022

Fachbeitrag

Kieferorthopädisch-kieferchirurgische
Behandlung der Klasse III-Dysgnathie

Seite 12

Tipp

Wie gelingt gesundes,
profitables Praxiswachstum?

Seite 18

Events

„Chirurgische und
implantologische Fachassistenz“

Seite 30

Recht

Kostentragung durch GKV für
Implantate bei Würgereiz

Seite 40





Wir sind Implantologie^o

In einer Welt voller Veränderung braucht es Orientierung, Stabilität und einen Partner, auf den man sich verlassen kann. Einen, der Sicherheit gibt und mit Kompetenz und Erfahrung die richtigen Impulse setzt. Der vorausdenkt, innovativ ist und seinen eigenen Weg geht.

Camlog steht für Kontinuität. Wir bleiben dem treu, was unsere Kunden an uns schätzen: unsere Kernkompetenz Implantologie, Qualität und Präzision, Begeisterung, Verbindlichkeit, Nachhaltigkeit und den Dialog auf Augenhöhe.

Schließen auch Sie sich dem Camlog Team an. Wir freuen uns auf Sie.

www.camlog.de



a perfect fit

camlog

Das kleine Einmaleins



Torsten W. Remmerbach
Chefredakteur
Oralchirurgie Journal

[Infos zum Autor]



[Literatur]



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

eins ist für die nächsten vier Jahre sicher – die private Krankenversicherung (PKV) bleibt auch unter der neuen rot-grün-gelben Bundesregierung bestehen. Wir hatten bereits im *Oralchirurgie Journal* 4/2021 des letzten Jahres einen Bericht der Bertelsmann-Stiftung näher beleuchtet, der die Vorteile einer allgemeinen Bürgerversicherung berechnet hatte. Der Bericht kam zu dem Schluss, dass insgesamt 9 Mrd. Euro dem jetzigen Solidarsystem durch die PKV entzogen würden. Man berechnete, dass jährlich circa 145 Euro pro Beitragszahler eingespart werden könnte, sollten alle in die Bürgerversicherung einzahlen. Kritiker hingegen kamen auf eine Einsparsumme von lediglich 48 Euro jährlich pro Beitragszahler. Die Gegenseite blieb nicht untätig: So ermittelte das Forschungsinstitut Wifor für den Verband der privaten Krankenversicherungen, dass das private Versicherungssystem im Jahr 2019 insgesamt 41,9 Mrd. Euro zur Bruttowertschöpfung in Deutschland beigetragen habe. Weiterhin wurde berechnet, dass die Wertschöpfung im Vergleich zu 2017 um fast 12,3 Prozent zulegen konnte. Somit konnte die Zahl der gesicherten Arbeitsplätze um 5,3 Prozent auf insgesamt 743.000 durch die Wirtschaftsleistung des PKV-Systems erhöht werden. Der übliche Marktanteil der privat Krankenversicherten beträgt in Deutschland ca. 10,6 Prozent, die volkswirtschaftlichen Effekte sind aber deutlich höher: Das Wifor-Institut geht davon aus, dass sich die Anteile infolge der sogenannten Mehrumsätze durch das System PKV, die im Vergleich zu gesetzlich Versicherten erzielt werden, auf insgesamt 14,9 Mrd. Euro belaufen und somit knapp 325.000 Arbeitsplätze finanziert würden. Zusätzlich käme noch die Geschäftstätigkeit der PKV-Unternehmen selbst hinzu. So erzeugten diese insgesamt eine Bruttowertschöpfung von 7,7 Mrd. Euro und sicherten die Beschäftigung von 88.700 Erwerbstätigen. Weiterhin wird vorgerechnet, dass jeder Euro zusätzlich 1,90 Euro in der Gesamtwirtschaft an weiterer Wertschöpfung nach sich zöge. Damit erzielten das Gesamtsystem PKV aufgrund der deutlich besseren Arbeitsproduktivität eine insgesamt höhere Wertschöpfung als z.B. die deutsche Automobilindustrie. Vielleicht bringt unserer Finanzminister den Koalitionskollegen mal das Rechnen bei.

Ihr Torsten W. Remmerbach

Editorial

- 3 Das kleine Einmaleins
Torsten W. Remmerbach

Fachbeitrag

- 6 A trainee’s experience in the learning curve for operating independently for open reduction and internal fixation of condylar neck fractures of the mandible
Brian M Berezowski BDS, MDent (MFOS), FDSRCS, PhD, FFD (SA), FFDRCs (IRE), FCMFOS (SA), FDSRCPS (Glasg), FDSRCS (Edin), PGD (FO) Odont
Imad Adwan BDS, MFDSRCS, MBChB, MRCS, FRCS (OMFS)
Faith Campbell BDS, MFDSRCS, PGCert MedEd
Gary C Cousin BDS, FDSRCS, FDSRCPS, MBChB (Hons), FRCS, FRCS (OMFS), FFSTRCS
Horst Luckey, Dr med dent
- 12 Kieferorthopädisch-kieferchirurgische Behandlung der Klasse III-Dysgnathie
Prof. Dr. Nezar Watted, Dr. Shlomi Kleinman, Dr. Oren Pelg, Dr. Clariel Janculovici, Dr. Mohamad Abu-Hussein Mohamad, Dr. Obeida Awad, Dr. Faruk Watted, Dr. Samir Masarwe, Dr. Dr. Ali Watted

Tipp

- 18 Wie gelingt gesundes, profitables Praxiswachstum?
Maike Klappdor

Markt | Produktporträt

- 25 Ein Auftragsportal für alle Fälle

Events

- 26 Hamburger Kongress-Trio
- 27 Vorschau
- 28 Sicherer und fachlich kollegialer Austausch auf Augenhöhe
- 30 „Chirurgische und implantologische Fachassistenz“
Dr. Joachim Schmidt, Dr. Markus Blume

BDO | Events

- 34 Curriculum für operative und ästhetische Parodontologie
Dr. Robert Würdinger

Recht

- 40 Kostentragung durch GKV für Implantate bei Würgereiz
Dr. Susanna Zentai

22 Markt | Produktinformationen

32 Fortbildungsveranstaltungen des BDO 2022

38 News

42 Termine/Impressum



Titelbild: Geistlich Biomaterials
Vertriebsgesellschaft mbH



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

ANZEIGE



SYNERGIE

für die IMPLANTOLOGIE



Surgic Pro

Chirurgisches Mikromotoren-System



VarioSurg 3

Ultraschall-Chirurgiesystem

Profitieren
Sie noch bis
zum **30. Juni**
von attraktiven
Aktionspreisen.



A trainee's experience in the learning curve for operating independently for open reduction and internal fixation of condylar neck fractures of the mandible

Brian M Berezowski BDS, MDent (MFOS), FDSRCS, PhD, FFD (SA), FFDRCS (IRE), FCMFOS (SA), FDSRCP (Glasg), FDSRCS (Edin), PGD (FO) Odont¹
 Imad Adwan BDS, MFDSRCS, MBChB, MRCS, FRCS (OMFS)²
 Faith Campbell BDS, MFDSRCS, PGCert MedEd³
 Gary C Cousin BDS, FDSRCS, FDSRCP, MBChB (Hons), FRCS, FRCS (OMFS), FFSTRCS⁴
 Horst Luckey, Dr med dent

Abstract

German: Die operative Reposition mit Fixierung durch Osteosynthese von Kiefergelenkhalsfrakturen ist heute ein anerkanntes Verfahren und häufig die Methode der Wahl. Diese retrospektive Studie beschreibt die Lernkurve eines einzelnen, in Weiterbildung befindlichen, Kollegen bei der Durchführung von 30 aufeinander folgenden Eingriffen und die jeweilige Komplikationsrate.

Einleitung

In nur zwanzig Jahren hat sich die chirurgische Reposition und interne Fixierung (Osteosynthese) von Kiefergelenkhalsfrakturen als Hauptverfahren in der Praxis durchgesetzt. Die vorher praktizierten, konservativ geschlossenen Behandlungen verwendeten verschiedene Verfahren wie Bögen, Ösen, Leonard-Knöpfe oder kurzfristige intermaxilläre Fixierungen, um eine intermaxilläre Zuggurtung zu erreichen, damit die Zähne in Okklusion gehalten werden, während der kondyläre Knochen heilte.⁴ Der Hauptgrund für die Nichtdurchführung einer operativen Reposition war die Möglichkeit einer iatrogenen Schädigung des Nervus facialis. Die Kiefergelenkchirurgie ist heute gut etabliert und die vorher ge-

fürchtete Verletzung des siebten Hirnnervs tritt nicht so häufig auf, wie früher angenommen.^{5,6} Dies, zusammen mit Mitchells Beobachtung, dass einige Patienten mit konservativer Frakturbehandlung dürftige Ergebnisse zeigten, hat den Behandlungsweg der Chirurgen für diese Art von Verletzung geändert, im wörtlichen und auch übertragenen Sinn.¹

Andere Techniken zur kondylären Fixierung, wie Nagelung, wurden vorgeschlagen. Es wurde behauptet, eine Schädigung des N. facialis wäre geringer,⁷ aber die Plattenosteosynthese bietet eine direkte Fraktursicht und führt zu einer dreidimensionalen Stabilität.⁸ Es gilt als gesichert, dass es in der Weiterbildung Zeit, Erfahrung und Aufsicht benötigt, um besondere technische Fähigkeiten zu entwickeln, wie z. B. die operative Versorgung einer Kiefergelenkhalsfraktur.

Diese retrospektive Studie untersucht die Komplikationsrate von 30 aufeinander folgenden Fällen, die vom selben Behandler durchgeführt wurden. Sie ermöglicht eine Diskussion über wichtige Weiterbildungs- und technische Aspekte, die während der Lernkurve erworben werden. Alle Fälle wurden durch einen retromandibulären transparotiden Zugang durchgeführt. Im Falle von kondylären Frakturen im Zusammenhang mit Frakturen zahntragender Teile des Unterkiefers wurden letztere zuerst mit Platten versorgt.

Educational pointers

Access and how it was modified over time.

Initially a 2.5 cm long incision, 1 cm posterior to the ramus was used, but

it was found that significant dissection was required to reach the bone. The incision was subsequently modified to lie directly over the posterior border of the ramus. This was in due course modified again to a stepped incision for

the skin and capsular incisions, 1 cm apart, in order to reduce the risk of a sialocele.

When only two surgeons were operating, access could be difficult, especially if one surgeon was inexperienced.



PURE SIMPLICITY



NEW CHIROPRO

IMPLANTOLOGY
motor system



NEW CHIROPRO PLUS

IMPLANTOLOGY
motor system

ORAL SURGERY
motor system

Steuern Sie Ihren Implantologie- und Chirurgie-Motor mit einem einzigen Drehknopf. Die neuen Chiropro von Bien-Air Dental wurden komplett nach einer Philosophie konzipiert: **Schlichtheit!**

The trainee developed a preference for malleable instruments as these could be shaped to suit different anatomical situations. One instrument was inserted vertically through the sigmoid notch, medial to the ramus and a second instrument inserted horizontally posteromedial to the ramus. These instruments could be secured in place with towel clips.

Three techniques used for distraction to prevent segments overlapping.

The first was manual distraction of the fracture, with the assistant bringing the mandible downwards and forward. The second used a standard bite block or mouth prop between the teeth. Finally, if required, a screw was inserted transcutaneously at the lower border of the mandible, and a 0.5 mm wire used to apply downward traction from the screw.

Intermaxillary screws for intraoperative maxillary and mandibular fixation.

In the past, closed treatment of condylar neck fractures in dentate patients utilised arch bars. These were wired to the teeth and elastic bands pulled the teeth and jaws together. Intermaxillary fixation screws (IMF) allowed temporary fixation. These screws were placed conventionally, overlapping fractures distracted and reduced. The maxillary and mandibular fixation was applied with elastic bands or a power chain. This freed up the assistants hands and allowed them to be of help with the plating procedure of the fracture with the teeth in occlusion.

The reason why different shapes of 2.0 mm plates were used.

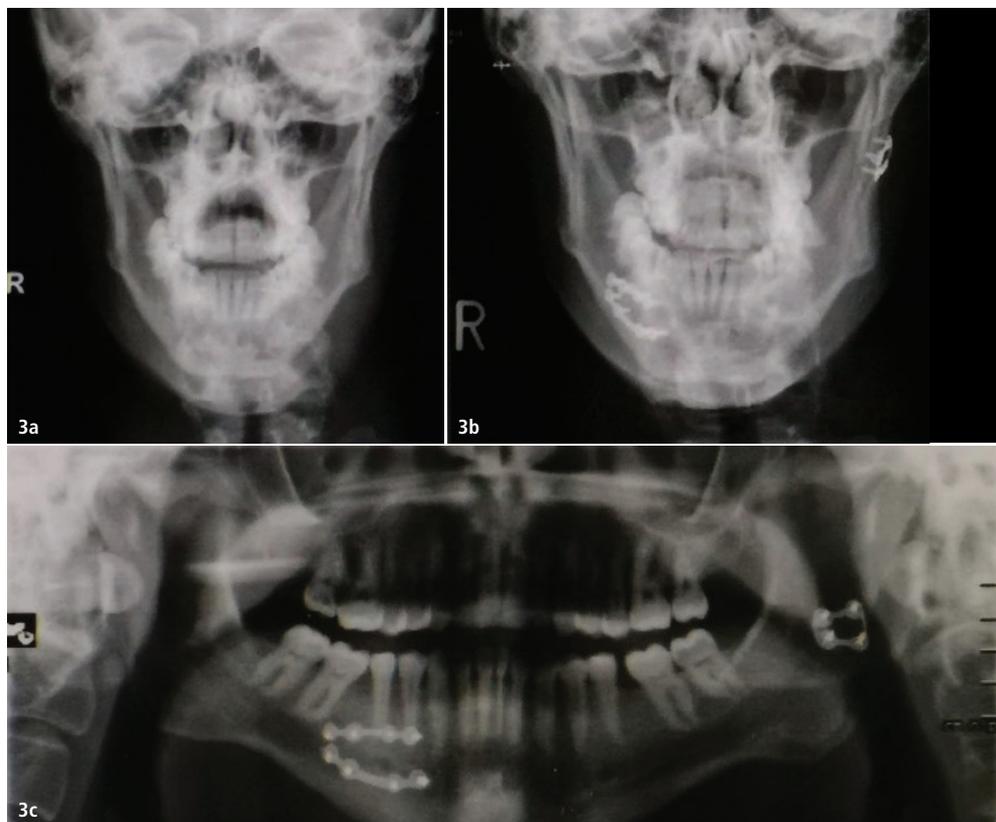
Most frequently, the operator preferred a four-hole plate with a spacer at the posterior border and placed a four-hole non-spaced plate anteriorly. If access to the anterior part of the condylar fracture was difficult, a two-hole spaced plate was used there. The trainee did not feel that one trapezoid shaped plate offered advantages in terms of successfully completing the procedure instead of



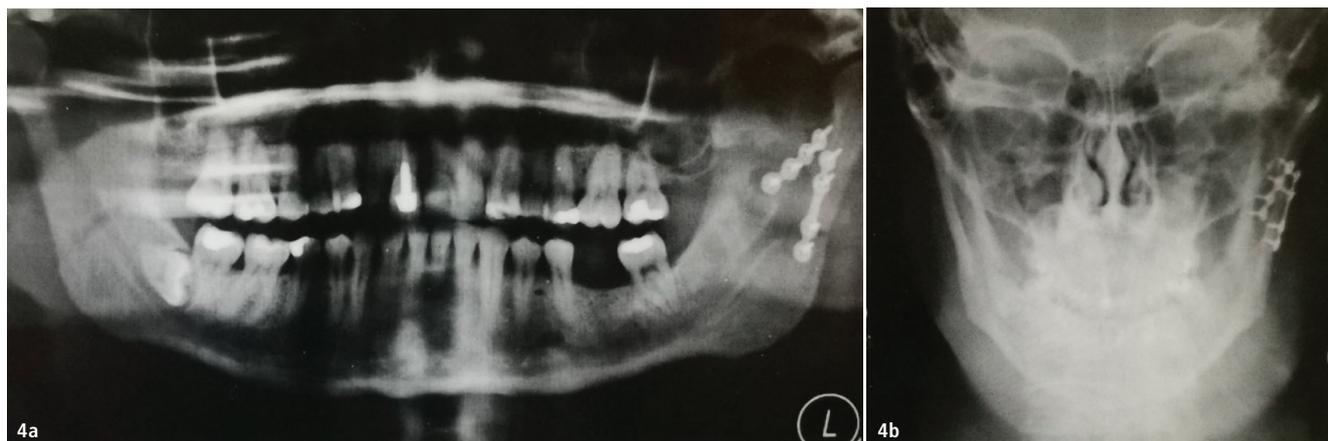
Figs. 1a and b: Modified approach to the condyle for plating.



Figs. 2a and b: The use of retractors to improve access.



Figs. 3a-c: Pre and post views of the Trapezoid plate in position.



Figs. 4a and b: Two four-hole plates with space in position.

using two conventional plates. Subjectively, the operator felt that one single conventional four-hole plate on the posterior border of the condylar neck allowed easier manipulation of the condylar segment into the reduced position.

Audit

The aims of the Audit were to assess compliance with the Strasburg Osteosynthesis Research Group criteria and surgical outcomes (SORG).^{8,14} This was a retrospective audit of all patients who underwent open reduction and internal fixation of fractured condylar necks by a single trainee (IA) between August 2017 and October 2018. The cohort was predominantly male, and the most frequent mechanism of injury was alleged assault. The distribution of the nature of the injuries is shown in Figure 5.

Complications

One patient developed a sialocele, which resolved spontaneously. Another patient had a return to theatre with malocclusion. It was felt that the condylar fracture was satisfactorily reduced and fixed, and that the cause of malocclusion was a suboptimally reduced anterior mandibular fracture.

Conclusions/discussion

From an educational point of view the trainee felt that having had consultant supervision for several cases made it possible for him to perform condylar open reduction and internal fixation with progressively less consultant trainer input and became fluent in the management of these injuries. Clearly trainees vary in all domains of their diagnostic and technical skills, including the complex psychomotor skills, needed to perform this type of operation. So the need for repeated exposure to and performance of specific operative procedures has long been recognised.^{9,10} Although the technique is well-established, there is little in the literature about training surgeons in the open reduction and internal fixation

technique. In the United Kingdom, trainees in recognised training programmes use the Intercollegiate Surgical Curriculum Pathway (ISCP) for continual assessment. One form of workplace-based assessment (WBA) is Direct Observation of Procedure (DOPS). This allows semiobjective assessment of the trainee from novice to those appropriate for certification.¹¹ The trainee had been assessed at Level 3a, prior to independent operating, meaning the trainee was judged by consultant trainers to be able to perform the procedure with minimal guidance or intervention. Perhaps unsurprisingly the trainee reported that having two assistants reduced the operative time and facilitated the procedure. He commented that the careful use of malleable retractors was a key element in completing the procedure.

All patients who had open reduction and internal fixation to the condyle of the mandible met the SORG criteria for that treatment.^{9,14}

These were as follows:

1. Fracture through the condylar head (Diacapitular fracture)
2. Fracture through the neck of the condyle
3. Fracture of the condylar base
4. Greater than 2 mm displacement

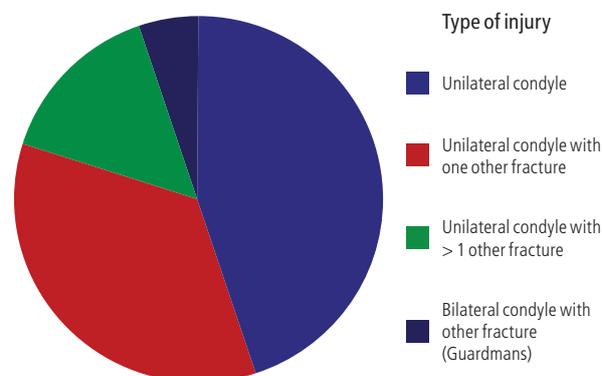
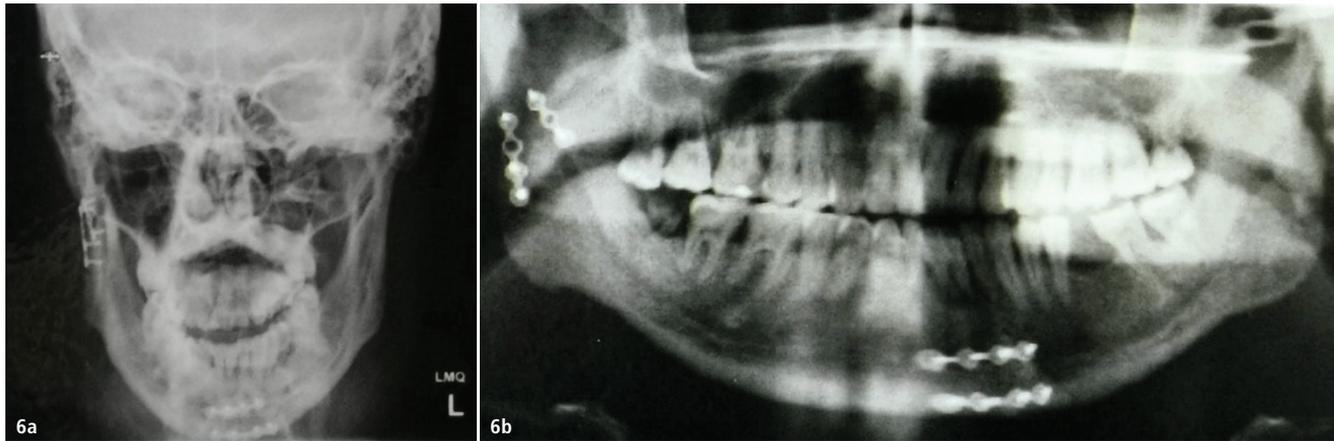


Fig. 5: Nature of injuries sustained in condylar fractures.



Figs. 6a and b: Postoperative radiographs showing bilateral fracture and malocclusion of the anterior mandible.

Open reduction and plating of fractured condylar neck fractures had a low complication rate with only one directly attributable to the procedure and this resolved spontaneously. It was considered a safe approach and no facial nerve weakness was observed even on the first postoperative day.

Tips for trepidations trainees

Access to condylar neck fractures, by means of the retro-mandibular/trans parotid approach, was direct and safe. The skin incision should not be placed directly over the posterior border of the ramus of the mandible. The use of a stepped incision reduced the risk of sialocele. Intermaxillary fixation screws could be used intraoperatively for maxillary and mandibular fixation. Malleable retractors improved access and freed the assistants hands. Using a four-hole spaced plate on the superior condylar fragment, fixing it with two screws, and then using it to pull the condyle into place, before securing the final two holes of the plate with screws to the ramus of the mandible, was a useful technique.

Summary

Open reduction and internal fixation of mandibular condylar fractures presents less danger to the facial nerve than previously thought, and trainees must gain experience of the procedure. We have shown that when a trainee was provided an adequate training and therefore gains experience, they can undertake these procedures safely. In the United Kingdom, there is a move towards competence-based rather than time-based training, using ISCP differently and DOPS. Open reduction and internal fixation of such fractures can be assessed using DOPS. But time spent in surgical training is important and although it may be possible for some trainees to acquire the necessary psychomotor skills to perform operative procedures, it must be remembered that non-technical skills may take longer to develop.¹² Our intention is to continue this work as larger numbers give greater strength to the assessment.¹³

Acknowledgements

The authors also wish to express their grateful thanks to Dr Horst Luckey for the German translation of the Abstract and to Mr Rafael Berezowski for computer and photographic assistance as well as to Ms Hayleigh Murray and Ms Sarah Allen for preparation and typing the manuscript.

Conflict of interest

There is no conflict of interest.

Author affiliations

- 1 Brian M Berezowski: Consultant Maxillofacial and Oral Surgeon University of the Western Cape and private practice, Cape Town, South Africa. Visiting Consultant, Department of Maxillofacial and Oral Surgery East Lancashire Teaching Hospitals NHS Trust, Lancashire, United Kingdom.
- 2 Imad Adwan: Consultant, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Central Manchester University Hospitals NHS Foundation Trust, United Kingdom.
- 3 Faith Campbell: Specialist Trainee in Paediatric Dentistry, Glasgow Dental Hospital and School Glasgow, Scotland.
- 4 Gary C Cousin: Consultant/Clinical Director Department of Oral and Maxillofacial Surgery, East Lancashire Hospitals NHS Teaching Trust United Kingdom.

ORCID numbers for researchers

BM Berezowski: 0000-0003-1687-0433
 GC Cousin: 0000-0003-1563-3727
 F Campbell: 0000-0002-7630-2983

Kontakt

Dr Brian M. Berezowski PhD
 8 Mount Pleasant Road
 Newlands
 Cape Town, 7700
 South Africa
 berezbc@mweb.co.za



Integrate 2022

JUNE 9-11
GOTHENBURG
SWEDEN



Register now!
neossintegrate.com

Integrate. Educate. Celebrate.

Neoss® celebrates 20 years of Intelligent Simplicity

Join us and our community from around the globe for an exceptional scientific program across three days. It will be an action-packed conference with endless opportunities for continuing education and to integrate with your peers.

Scientific Chair – Prof. Christer Dahlin

Meet our speakers

Dr. Emilie Abraham, United Kingdom
Dr. Michael Braian, Sweden
Dr. Pierluigi Coli, United Kingdom
Dr. Marcus Dagnelid, Sweden
Dr. Fabia Flensburg, Germany
Dr. Scott Froum, United States
Dr. David González, Spain
Dr. Nicolas Haßfurth, Germany
Dr. Norbert Haßfurth, Germany
Dr. John Hodges, United States
Prof. Torsten Jemt, Sweden
Dr. Nermin Kamal, Egypt

Dr. Sreenivas Koka, United States
Dr. Nico Laube, Germany
Dr. Giuseppe Luongo, Italy
Dr. Hazem Mourad, Egypt
Dr. Rishi Patel, United Kingdom
Mr. Steven Pigliacelli, United States
Prof. Raoul Polansky, Austria
Dr. Richard Rasmussen, United States
Dr. Rob Ritter, United States
Dr. Isabella Rocchietta, Italy
Dr. Chris Salierno, United States
Dr. Ronak Sandy, Sweden

Dr. Christian Schober, Austria
Dr. Silvio Schütz, Switzerland
Dr. Lloyd Seanson, United Kingdom
Prof. Lars Sennerby, Sweden
Dr. Nicola Sgaramella, Italy
Mr. Dhrumil Shah, United Kingdom
Dr. Kavita N. Shah, United Kingdom
Dr. Stephan Studer, Switzerland
Dr. Alberto Turri, Sweden
Dr. Nicole Winitsky, Sweden
Prof. Burak Yilmaz, Switzerland
Dr. Jakob Zwaan, Italy



Bei kieferorthopädisch behandelten erwachsenen Patienten nimmt die kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgische Therapie einen numerisch nur relativ geringen Teil ein. Sie stellt aber dennoch eine hinsichtlich der individuellen Zielbestimmung und Planung komplexe Herausforderung an das Behandlersteam. Der nachfolgende Fachbeitrag soll die für Klasse III-Dysgnathien typischen Abweichungen von der regelrechten skelettalen und v. a. Weichteilkonfiguration aufzeigen, und diese den Parametern des als ästhetisch empfundenen Gesichtsaufbaus gegenüberstellen.



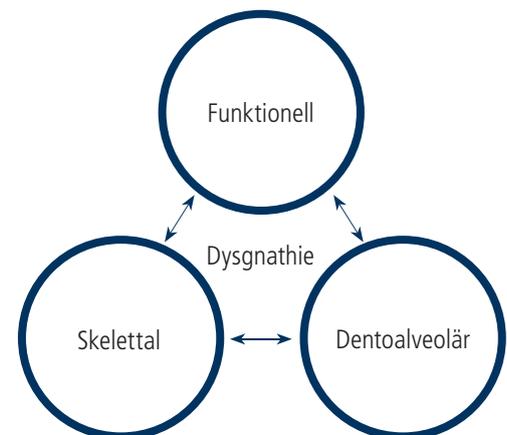
Kieferorthopädisch-kieferchirurgische Behandlung der Klasse III-Dysgnathie

Prof. Dr. Nezar Watted, Dr. Shlomi Kleinman, Dr. Oren Pelg, Dr. Clariel Janculovici, Dr. Mohamad Abu-Hussein Mohamad, Dr. Obeida Awad, Dr. Faruk Watted, Dr. Samir Masarwe, Dr. Dr. Ali Watted

Bei einer Klasse III-Dysgnathie sowie Gesichtasymmetrie ist hauptsächlich die Harmonie der Relationen besonders in der vertikalen, sagittalen und transversalen Dimension gestört: Das skelettale Untergesicht und dementsprechend das vertikale Weichteilprofil weisen eine größere Relation im Vergleich zum Mittelgesicht auf. Die Verlängerung oder Verkürzung des Untergesichtes mit entsprechendem Effekt auf die faciale Ästhetik kann im Sinne einer kausalen Therapie bei diesen Patienten nur durch eine kombinierte kieferorthopädisch-kieferchirurgische Behandlung erreicht werden. Dies wird entweder mithilfe einer operativen Vergrößerung (bei „Short-face-Syndrom“) oder Verkleinerung (bei „Long-face-Syndrom“) des Interbasenwinkels zwischen Oberkiefer und Unterkiefer erreicht. Dabei definiert sich das Ergebnis nicht nur über die letztendlich erreichte Okklusion oder die hergestellte Funktion, sondern muss auch den ästhetisch-kosmetischen Ansprüchen des Patienten gerecht werden. Daher ist es notwendig, die Behandlungsmaßnahmen so abzustimmen, dass sich neben der Korrektur der Okklusion auch ein harmonisches Erscheinungsbild ergibt. In der Kieferorthopädie gibt es drei Kategorien von Problemen bzw. Dysgnathien, die sich in den drei Dimensionen entwickeln können. Diese Dysgnathien können einzeln oder kombiniert sein (Abb. 1):

Funktionelle Dysgnathie: Die Ursache dafür kann in der Regel eine Fehlfunktion, z. B. Atemstörungen, Zungenfehlfunktion oder Daumenlutschen sein.

Skelettale Dysgnathien: Diese sind in der Regel die Folge eines disharmonischen Wachstumsverlaufes, etwa die Klasse II- und



1

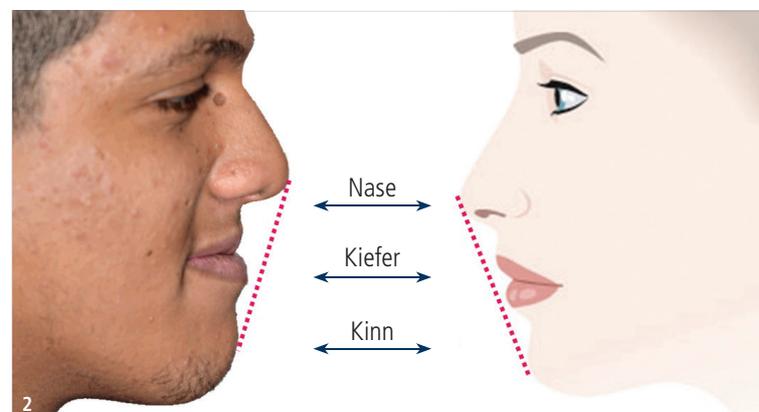


Abb. 1: Darstellung der unterschiedlichen Dysgnathien: funktionelle, skelettale und dentoalveoläre Dysgnathie. – **Abb. 2:** Einfluss der skelettalen Dysgnathie der Klasse III auf die ästhetische Achse; prognathen Unterkiefer bzw. Mittelgesichtshypoplasie.

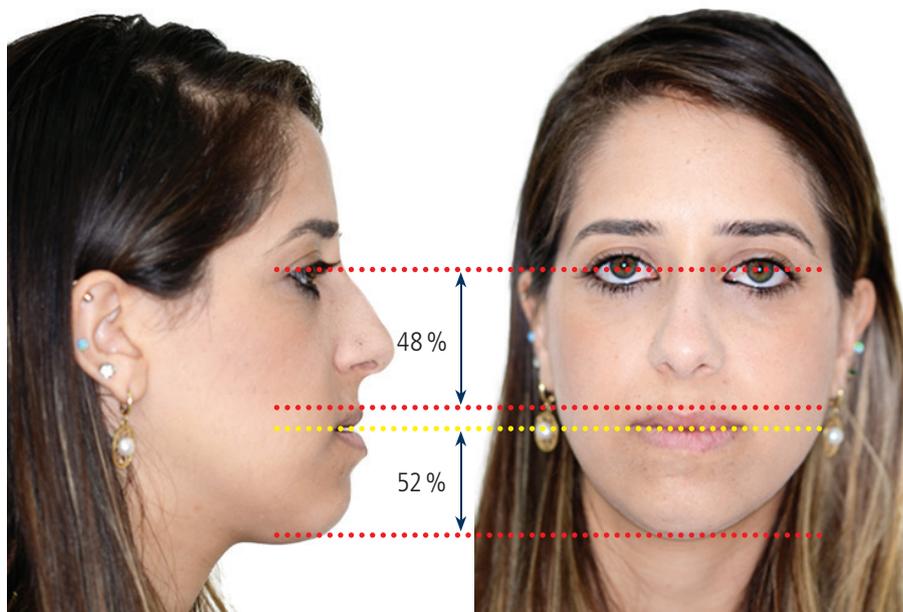


Abb. 3: Die Fotostataufnahme zeigt die Symptome der Klasse III-Dysgnathie.

Klasse III-Dysgnathien oder trauma- bzw. syndrombedingte Wachstumsstörungen. Diese Dysgnathie kann sich in der sagittalen, vertikalen und transversalen Richtung in einem Kiefer oder beiden Kiefern entwickeln.

Dentoalveoläre Dysgnathien: Diese Dysgnathie begrenzt sich auf die Zahnstellung mit dem entsprechenden Alveolarknochen.

Die Wirkung der drei Dysgnathien auf dem Gesicht bzw. die ästhetische Achse ist unterschiedlich. Besonders die skelettale Dysgnathie (Hartteile) kann sich wegen der Fehllage des Oberkiefers, Unterkiefers oder beider Kiefer im Gesicht am stärksten im Vergleich zu den anderen Dysgnathien manifestieren und verursacht damit eine Disharmonie der ästhetischen Achse (Abb. 2). Ist kein Wachstum therapeutisch verfügbar, verbleibt als kausale Therapieform die orthognathe Chirurgie, mit der die Lage-diskrepanz zwischen den beiden Kie-

fern in den drei Dimensionen korrigiert werden kann.^{1, 3, 14, 35, 41, 45, 48–52, 56, 57} Eine Prämisse zur erfolgreichen Durchführung einer kombinierten Therapie ist, dass weniger invasive Behandlungsmöglichkeiten (z. B. die erwähnte Wachstumsbeeinflussung) nicht mehr angewandt werden können bzw. nicht zum Erreichen der aufgestellten Behandlungsziele führen oder sogar den Zustand verschlechtern, z. B. Extraktion bei einem flachen Mundprofil oder Distalisation bei einem knappen Überbiss.

In diesem Beitrag wird eine kausale Therapie einer skelettalen Dysgnathie Klasse III mit Laterognathie durch eine kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgische Korrektur abgehandelt.

Faziale Ästhetik und die ästhetische Achse

Im Rahmen interdisziplinärer, dysgnathiechirurgischer profilverbessernder Eingriffe ist hervorzuheben, dass funktionell-kieferorthopädisch intendierte Ein-

griffe immer mit einer ästhetischen Verbesserung des Äußeren einhergehen. Hier gilt der Spruch: „form goes with function“, bzw. „Korrelation zwischen Form und Funktion“. Die Schönheit des menschlichen Gesichts hängt weitgehend ab von der Ausgewogenheit der drei hervortretenden Profilverkmale Mund, Kinn und Nase als „ästhetische Achse“. Sie bilden in ihrer Gesamtheit die faziale Ästhetiktriade. Innerhalb dieses Bereichs spielt vor allem der Vorsprung bzw. die Konvexität des

Parameter	Mittelwert	vor Behandlung (Zentrik)	nach Behandlung
G'-Sn/G'-Me'	50 %	48 %	50 %
Sn-Me'/G'-Me'	50 %	52 %	50 %
Sn-Stms	33 %	30 %	32 %
Stms-Me	67 %	70 %	68 %

Tab. 1: Kephalometrische Analyse mit Proportionen der Weichteilstrukturen vor und nach Behandlung. – **Abb. 4a und b:** Intraorale Aufnahmen in Okklusion und Aufsicht von Behandlungsbeginn; mesiale Okklusion, frontaler Kreuzbiss.



Parameter	Mittelwert	vor Behandlung (Zentrik)	nach Behandlung
SNA (°)	82°	73°	76°
SNB (°)	80°	71°	72°
ANB (°)	2°	2 (3,2 Indv.)	4 (3,6 Indv.)
WITS-Wert (mm)	± 1	-2	0
Facial-K.	2	1	2
ML-SNL (°)	32°	46°	42°
NL-SNL (°)	9°	11°	14°
ML-NL (°)	23°	35°	28°
Gonion-< (°)	130°	131,5°	131°
SN-Pg (°)	81°	73°	75°
PFH/AFH (%)	63 %	58 %	60 %
N-Sna/N-Me (%)	45 %	43 %	44 %
Sna-Me/N-Me (%)	55 %	57 %	56 %

Tab. 2: Skelettale Analyse: Durchschnittswerte bzw. Proportionen skelettaler Strukturen vor und nach Behandlung.

Munds eine Rolle für die Jugendlichkeit und Attraktivität des Gesichts.⁹ Durch kieferorthopädische Behandlungen – skelettale, funktionelle oder dentoalveoläre – kann diese Achse im Sinne einer Verbesserung bzw. Harmonisierung verändert werden.

Klinische Darstellungen und Behandlungssystematik

Patientengeschichte und Diagnose

Die Patientin stellt sich im Alter von 31 Jahren zu einer kieferorthopädischen Behandlung vor. Sie stört die Disharmonie im Gesicht, vor allem die prominente Unterkieferlage. Die Kaufunktion war eingeschränkt. Als Folge der schlechten Mundhygiene waren parodontale Probleme zu sehen. Bei der Patientin

liegen sonst keine Grunderkrankungen vor. Die frontalen Fotostataufnahmen zeigen in der zentrischen Relation eine leichte Unterkieferabweichung nach rechts sowie Breitenasymmetrie zwischen Augenwinkeldistanz und Nasenbreite einerseits und der Mundbreite andererseits. Bei der Lachaufnahme ist ein Gummy Smile zu sehen. Das Foto-stat von lateral zeigt die Symptome der Klasse III-Dysgnathie. Bei der vertikalen Einteilung des Gesichts ist eine leichte Verlängerung des Untergesichtes (52 statt 50 Prozent) festzustellen (Abb. 3, Tab. 1).^{22,23,33} Die Patientin weist die extraoralen Symptome einer Klasse III-Dysgnathie mit einer mandibulären Abweichung nach rechts auf. Auf den intraoralen Aufnahmen ist eine schlechte parodontale Situation zu

Parameter	Mittelwert	vor Behandlung (Zentrik)	nach Behandlung
1-NL (°)	70	83	84
1-NS (°)	77	67	67
1-NA (mm)	4	3	4
1-NA (°)	22	22	23
1-NB (°)	25	29	31
1-NB (mm)	4	6,5	7
1-ML (°)	90	90	88

Tab. 3: Dentale Analyse.

sehen. Okklusionsmäßig zeigt sich ein frontaler Kreuzbiss mit starker mesialer Okklusion. Die Ober- und Unterkieferzahnbögen weisen zudem Zahnfehlstellungen und leichte Engstände auf (Abb. 4a und b).

Die FRS-Aufnahme zeigt deutlich die Dysgnathie in der Sagittalen und Vertikalen sowohl im Weichteilprofil als auch im skelettalen Bereich. Bei der Patientin liegt unter Berücksichtigung der vertikalen Relation eine mesiobasale Kieferrelation vor, die Differenz zwischen dem normalen und individualisierten ANB-Winkel beträgt -1,2 (ANB - Indv. ANB > +1 weist auf eine distobasale Kieferrelation, ANB - Indv. ANB < -1 auf eine mesiobasale Kieferrelation hin; Tab. 2). Die skelettale Mittelgesichtshypoplasie wird durch die dicken Weichteilstrukturen in Regio des Oberkiefers über den A-Punkt kompensiert.

Die Panoramaaufnahme zeigt keine Auffälligkeiten. Die Zähne 38 und 48 wurden extrahiert, weil sie im Operationsgebiet stehen (Abb. 5).

Therapieziele und -planung

Als erster Schritt und vor der Fertigstellung der Behandlungsplanung wurde eine parodontale Therapie durchgeführt, in der die Motivation und Instruktion der Patientin zur Mundhygiene als wichtiger Teil für den Erfolg der Gesamtbehandlung zu sehen war. Die Ziele waren:

- Herstellung einer neutralen, stabilen und funktionellen Okklusion bei physiologischer Kondylenposition
- Optimierung der Gesichtsästhetik durch eine Harmonisierung der ästhetischen Achse sowie der dentalen Ästhetik unter Berücksichtigung und Schonung des Parodontiums
- Sicherung der Stabilität des erreichten Ergebnisses durch gute Okklusion und Retentionsapparate
- Erfüllung der Erwartungen bzw. Zufriedenheit der Patientin hinsichtlich der Ästhetik und Funktion

Als besonderes Behandlungsziel sind die Verbesserung der Gesichtsästhetik nicht nur in der Sagittalen im Bereich

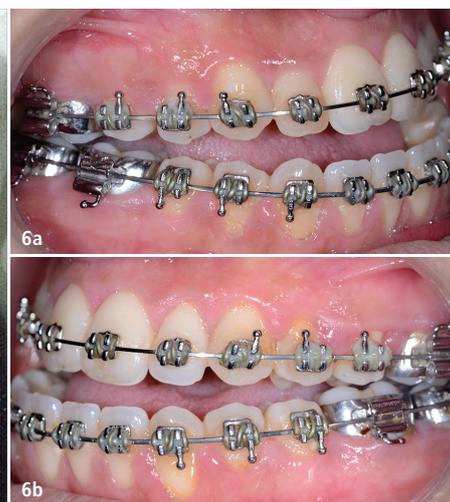
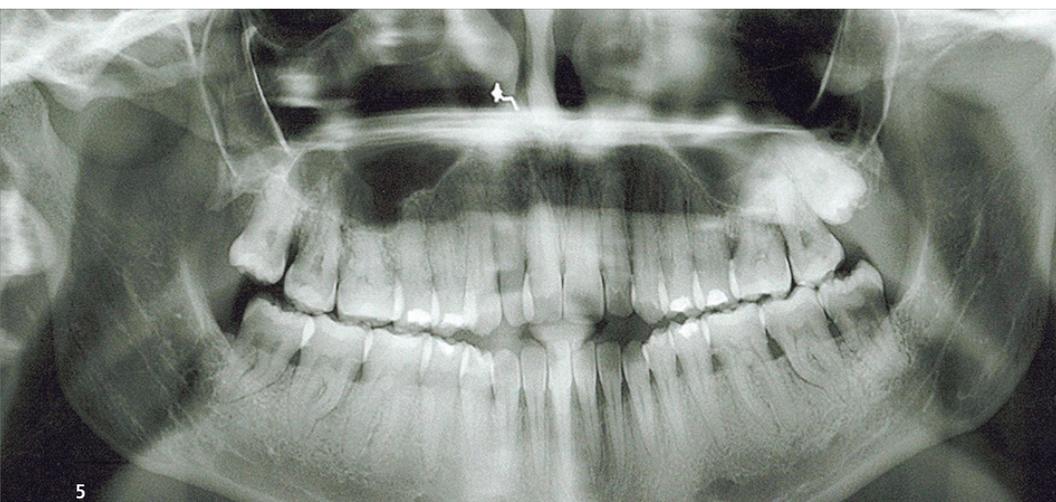
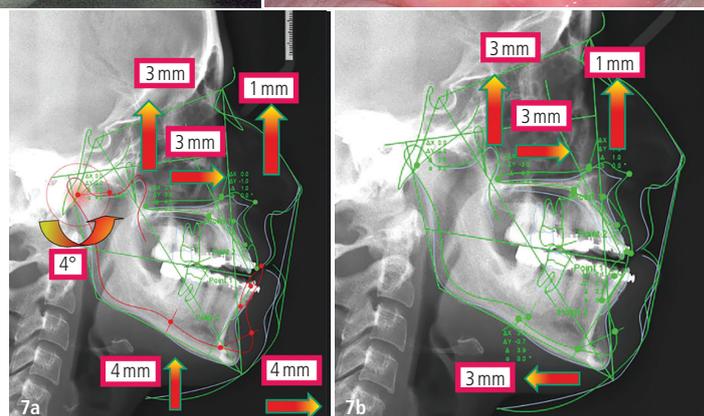


Abb. 5: Orthopantomogramm vor der orthodontischen Behandlung. – **Abb. 6a und b:** Intraorale Aufnahmen nach der Abstimmung der dentoalveolären auf die skelettale Dysgnathie. – **Abb. 7a:** Reaktion der Mandibula im Sinne einer Autorotation nach kranial und gleichzeitig nach ventral als Folge, war die tatsächliche Position der Mandibula in der Vertikalen und der Sagittalen. – **Abb. 7b:** Chirurgische Rückverlagerung des Unterkiefers zur Restkorrektur der sagittalen Dysgnathie.



des Untergesichts (Unterkieferregion), sondern auch im Bereich des Mittelgesichts (Hypoplasie) sowie in der Transversalen zu nennen. Die Veränderung im Bereich des Mittelgesichts soll sich auf der Oberlippe und deren Rot, der Nase sowie Mundform bzw. -breite niederschlagen. Eine Verbesserung der ästhetischen Achse¹⁰ wird angestrebt. Diese Ziele sollen durch zwei Maßnahmen erreicht werden:

- Oberkieferimpaktion (Verlagerung des Oberkiefers nach kranial) und gleichzeitig Verlagerung nach anterior und damit Korrektur der vertikalen Disharmonie sowie Harmonisierung des Mittelgesichts^{11, 26–28, 43, 44, 47, 53}
- nach erfolgter Unterkieferautorotation Durchführung einer Verlagerung des Unterkiefers nach dorsal mit Seitenschwenkung nach links für Korrektur der sagittalen und transversalen Unstimmigkeiten sowohl in der Okklusion als auch im Weichteilprofil.^{12, 13, 18, 38–40}

Die Verbesserung der Gesichtsästhetik in der Vertikalen soll durch eine rela-

tive Verkürzung des Untergesichtes erfolgen. Diese kann als kausale Therapie mit entsprechendem Effekt auf die faciale Ästhetik und Lippenfunktion bei dieser Patientin nur durch eine kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgische Behandlung erreicht werden. Mit alleinigen orthodontischen Maßnahmen wären die angestrebten Ziele hinsichtlich der Ästhetik und Funktion nicht realisierbar gewesen. Die Dysgnathie ist zu gravierend für einen alleinigen dentoalveolären Ausgleich. Als Operation wird eine bimaxilläre Osteotomie geplant. Zur Verbesserung der Vertikalen ist eine Oberkieferimpaktion notwendig, die im dorsalen Bereich durchgeführt werden soll. Als Folge der Impaktion soll der Unterkiefer mit den Kondylen als „Rotationszentrum“ in der Sagittalen und Vertikalen autorotieren. Dabei ist eine Verlagerung des Pogonion nach ventral und gleichzeitig nach kranial zu erwarten.^{4–6, 9–21} Zur vollständigen Korrektur der sagittalen Dysgnathie ist zusätzlich eine Unterkieferrückverlagerung geplant.

Therapeutisches Vorgehen

Die Korrektur der angesprochenen Dysgnathie erfolgt in sechs Phasen:

Phase eins: Schienentherapie

Zur Ermittlung der physiologischen Kondylenposition bzw. Zentrik vor der endgültigen Behandlungsplanung werden für vier bis sechs Wochen eine Aufbisschiene bzw. ein Aquasplint nach Sabbagh (Teledenta) im Unterkiefer eingesetzt. Dadurch kann ein möglicher Zwangsbiss in seinem ganzen Ausmaß dargestellt werden.^{54–57}

Phase zwei:

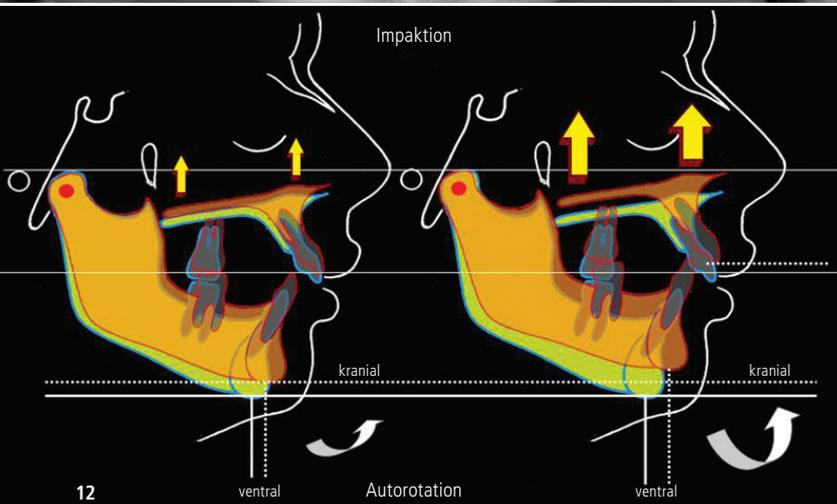
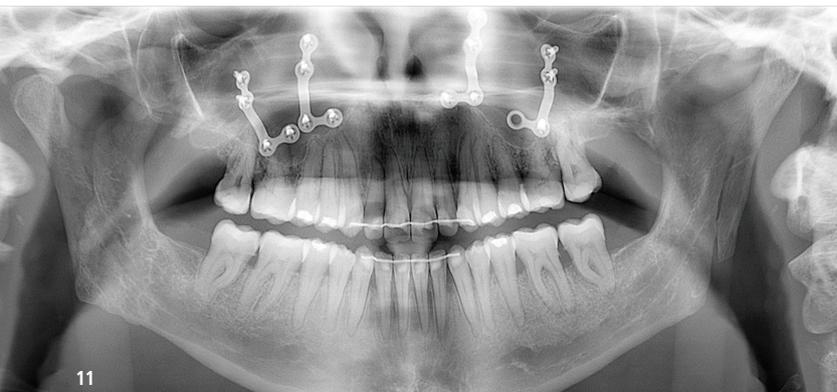
Prächirurgische Orthodontie

Das Ziel der orthodontischen Vorbereitung ist die Ausformung und Abstimmung der Zahnbögen aufeinander und die Dekompensation der skelettalen Dysgnathie. Mit anderen Worten wird die dentale Stellung in beiden Kiefern auf die skelettale Situation beider Kiefer und deren Stellung im Schädel in den drei Dimensionen abgestimmt. Zur orthodontischen Behandlung wird eine



Abb. 8a und b: Digital hergestellter Operationssplint. – **Abb. 9a und b:** Intraorale Aufnahmen zum Behandlungsende, Klasse I-Verzahnung und gut ausgeformte Zahnbögen. – **Abb. 10:** Extraorale Aufnahmen nach Abschluss der Behandlung; ansprechendes dentofaziales Erscheinungsbild ohne Asymmetrie.

Abb. 11: OPG nach Behandlungsende. – **Abb. 12:** Simulation der chirurgischen Impaktion der Maxilla und der folgenden Reaktion der Mandibula im Sinne einer Autorotation nach kranial und gleichzeitig nach ventral (links). Eine stärkere Impaktion führt zu einer stärkeren Autorotation mit den entsprechenden Veränderungen in der Sagittalen und Vertikalen (rechts).



Multibandapparatur (22er Slot-Brackets) verwendet. Zur Herstellung einer ausreichenden und auf die skelettale Dysgnathie abgestimmte negative Frontzahnstufe in der Sagittalen wird die Unterkieferfront protrudiert. Dies ist wichtig für die chirurgische Rückverlagerung des Unterkiefers. Als Operationsbogen wird in beiden Zahnbögen 0,019 x 0,025 mm Stahl eingesetzt. Die orthodontische Phase dauert neun Monate (Abb. 6a und b). Es ist darauf zu achten, dass die Weisheitszähne im Unterkiefer mindestens vier Monate vor dem chirurgischen Eingriff entfernt werden, weil diese sonst im Operationsbereich liegen.

Phase drei: Schienentherapie

Zur Ermittlung der Kondylenzentrik wird die Okklusion für vier bis sechs Wochen vor dem operativen Eingriff entkoppelt.

Phase vier: Kieferchirurgie zur Korrektur der skelettalen Dysgnathie

Bei der Verlagerung wird die Maxilla anterior um 1 mm und posterior um 3 mm nach kranial impaktiert und 3 mm nach ventral verlagert.^{4-6, 19-21} Durch die Autorotation des Unterkiefers wird die mesiale Okklusion um ca. 4 mm verstärkt (Abb. 7a). Der Rest der Korrektur der Klasse III-Okklusion und der Kieferasymmetrie erfolgt durch die operative Unterkieferrückverlagerung (Abb. 7b).^{30, 36-40} Die operative Rückverlagerungsstrecke beträgt rechts 3 mm und links 4 mm mit einem Seitenschwenk von 1 mm nach links zur Herstellung der Gesichtssymmetrie. Nach der Planung mit den entsprechenden Verlagerungsstrecken an beiden Kiefern werden die Operationssplinte hergestellt. Entsprechend der hergestellten Operationssplinte wird am Oberkiefer eine Le Fort-I Osteotomie mit unterschiedlichen Verlagerungsstrecken durchgeführt (Abb. 8).



Phase fünf:

Postchirurgische Orthodontie

Dabei ist der frühestmögliche Einsatz der orthodontischen Kräfte entscheidend für deren Wirkung, da die angestrebte Zahnregulierung einfacher durchzuführen ist. Entsprechend beginnt nur wenige Tage nach der Operation die postchirurgische orthodontische Behandlungsphase. Während der Ruhestellung der Unterkiefersegmente werden im Bereich der Okklusionsinterferenzen, insbesondere in der Vertikalen, Up-and-Down-Gummzüge eingesetzt. Diese Phase dauert ca. fünf Monate.

Phase sechs: Retention

Es werden ein 3-3-Retainer in beiden Kiefern geklebt und als Retentionsgerät Unter- und Oberkieferplatten eingesetzt.

Ergebnisse und Diskussion

Die intraoralen Bilder zeigen die Situation nach der Behandlung (Abb. 9a und b). Es sind nun neutrale Klasse I-Okklusionsverhältnisse auf beiden Seiten und harmonische Zahnbögen hergestellt. Die Zahl der Okklusionspunkte bzw. -fläche wird bei den geschnittenen Kiefern mit blauer Farbe gekennzeichnet. Die extraoralen Aufnahmen lassen eine harmonische Gesichtsdrittelung in der Vertikalen erkennen, welche durch

die operative Verkürzung des UnterGesichts erreicht wurde, und ein harmonisches Profil in der Sagittalen bildet. Das Mundprofil ist harmonisch bei entspanntem Lippenschluss (Abb. 10). Funktionell liegen keine Einschränkungen bei den Unterkieferbewegungen vor. Die OPG-Aufnahme zeigt die Situation nach Behandlungsende und ohne auffällige Befunde (Abb. 11). Die FRS-Aufnahme stellt die Änderungen der Parameter (Tab. 3) dar. Aufgrund der operativen Impaktion und posterioren Schwenkung der Maxilla hat sich die Neigung der Oberkieferbasis um drei Grad vergrößert. Impaktion und Autorotation führten zu einer Verkleinerung der anterioren Gesichtshöhe, sodass es zu einer Vergrößerung und somit zu einer Harmonisierung des Verhältnisses kam. Die vertikale Einteilung des knöchernen und Weichteilprofils ist ebenfalls harmonisch. Die Relation zwischen dem knöchernen Ober- und Untergesicht ist stimmiger geworden.

Bei der Kranialverlagerung der Maxilla tritt eine Autorotation des Unterkiefers ein, bei welcher der Unterkiefer seine Lage in der Sagittalen (ventrale Verlagerung) und in der Vertikalen (kraniale Verlagerung) verändert. Als Folge dieser Impaktion und anschließender Unterkieferautorotation ist die Veränderung der anterioren (AFH) und posterioren (PFH) Gesichtshöhe eingetreten,

sodass sich die Relation der posterioren zu der anterioren (PFH/AFH) Gesichtshöhe vergrößert.^{8,24} Es tritt eine neue Kieferrelation sowohl in der Vertikalen als auch in der Sagittalen ein. Diese Autorotation ist umso stärker, je größer die Impaktionsstrecke der Maxilla ist (Abb. 12).

Kontakt



Prof. Dr. med. dent. Nezar Watted

Universitätsklinikum Würzburg
Klinik und Polikliniken für Zahn-,
Mund- und Kieferkrankheiten der
Julius-Maximilians-Universität
Würzburg
Pleicherwall 2
97070 Würzburg
nezar.watted@gmx.net

Die Patienten „rennen euch die Bude ein“, die Umsatzkurve zeigt fröhlich nach oben. Gleichzeitig kämpfen einzelne Schlüsselkräfte mit krasser Überlastung, die Praxisgewinne hinken noch hinterher und das richtig runde Erfolgsgefühl mag sich auch noch nicht einstellen? Es könnte am Organisations- und Führungskonzept liegen. Ab einem gewissen Wachstumsstadium brauchen Gewissheiten und Erfolgsmuster ein grundlegendes Umdenken. Zur Veranschaulichung der Thematik haben wir eine Infoskizze erstellt, mit der wir die grundlegenden Wirkkräfte des Phänomens erläutern.



Wie gelingt gesundes, profitables Praxiswachstum?

Maike Klapdor

Prinzip Selbstoptimierung

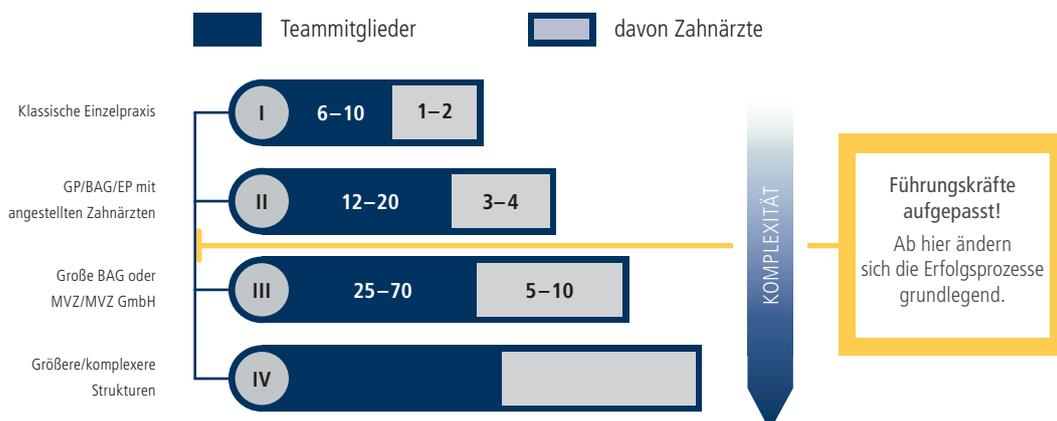
Die meisten Mehrbehandlerpraxen sind aus Ein- und Zweibehandlerbetrieben (Kategorie I) entstanden. Praxisinhaber kommen damit aus einer Historie, in der der Fokus primär auf der Realisierung des eigenen zahnmedizinischen Konzeptes am Patienten liegt. Organisatorische wie personelle Abläufe sind auf die individuellen Präferenzen optimiert. Die Resonanz vom Patienten und damit die Wirkung des eigenen Tuns werden ungefiltert erlebt, gleichzeitig ist noch genug Zeit für den direkten menschlichen Draht ins Team: In Kategorie I und oft auch noch in Kategorie II ist die Aufmerksamkeitsspanne ausreichend, um jedes Teammitglied persönlich (gut) zu kennen und individuell anzusprechen.

Praxisexpansion

Im Wachstumsprozess vergrößert sich mit jeder Neueinstellung naturgemäß das Team, gleichlaufend reduziert sich die Präsenzwirkung von Praxisinhabern auf jeden Einzelnen. Parallel verteilt sich die Honorarleistung der Praxis auf eine zunehmende Anzahl von Köpfen.

Innerhalb dieses Wachstumsprozesses erlebt das Praxisteam an einem gewissen Punkt (meistens zwischen 18 und 22 Personen; im Einzelfall immer abhängig von der Inhaberstruktur), dass langjährig bewährte Handlungs- und Erfolgsroutinen auf einmal nicht mehr funktionieren (siehe gelbe Markierung in abgebildeter Skizze). Der zentrale Grund ist zunehmende Komplexität: Je mehr Menschen, Perspektiven, Erfahrungen

Praxisgrößenkategorien im Wachstumsprozess





tiologic
TWINFIT

conical

platform

IT'S MY CHOICE.

Entscheiden Sie jederzeit individuell und flexibel, welche Abutmentvariante für Ihren Patienten die beste ist – conical oder platform.

Mehr Informationen →



D DENTAURUM
IMPLANTS

www.dentaurum-implants.com



„Wir engagieren uns für menschlich und wirtschaftlich überzeugende Zahnarztpraxen.“

Frau Klapdor, Sie kennen sich als Unternehmensberaterin sehr genau mit der Schnittstelle zwischen Menschen und Zahlen in einer Zahnarztpraxis aus: Können Sie uns in aller Kürze verraten, worauf es bei dieser Schnittstelle besonders ankommt?

Wirtschaftliche Erfolge werden traditionell in Zahlen gemessen, gleichzeitig entsteht in der Zahnarztpraxis jeder Gewinn oder Verlust aus dem Interagieren von Menschen. Unsere Überzeugung ist es insofern, dass jede Erfolgssteuerung wirksam nur an den Themen hinter den Zahlen – also bei den Menschen, der Kultur ihres Miteinanders und der Organisation, die ihr Wirken strukturiert – ansetzen kann. Die Herausforderung ist es, entscheidende Handlungsfelder zu erkennen, auf Fokus-Kennzahlen zu verdichten und Teams in die positive aktive Arbeit mit Kennzahlen einzubinden.

Sie haben nach 20 Jahren Consulting-Tätigkeit umgeschwenkt: Mit der KlapdorKollegen Academy bieten Sie Fortbildungen für Führungskräfte an – welche Themen stehen dabei im Mittelpunkt?

Zahnarztpraxen werden tendenziell immer größer. Das Qualifikationsniveau der jeweiligen Schlüsselpersonen bestimmt den möglichen Erfolgshorizont. Wir engagieren uns für menschlich und wirtschaftlich überzeugende Zahnarztpraxen. Unsere Academy bietet vor diesem Hintergrund einen thematischen Mix aus dentaler Betriebswirtschaft, Organisationswissen und Persönlichkeitskompetenzen – in Form von offenen Seminaren und individuellen Praxisprojekten.

Haben Sie einen zentralen Merksatz für unsere Leser?

O ja: Räume mieten, Technik oder ganze Praxen kaufen ist nicht die Kunst. Konzeptstärke, Organisationsstrukturen und potenzialorientierte Führung entscheiden über Erfolg und Zukunftsfähigkeit einer Zahnarztpraxis.

„Kernaufgabe ist es, sich weg von der Praxisinhaberzentrierung hin zum Funktionieren der Zahnarztpraxis als Organisationseinheit zu fokussieren.“

und Handlungsebenen zusammenkommen, desto mehr Aktion, Reaktion und Wechselwirkungen entstehen im täglichen Miteinander. Zunehmende Komplexität bewirkt, dass Klarheit auf allen Ebenen schwindet.

Fasziniert kann man dann beispielsweise feststellen, welche Therapieabläufe auf einmal in der eigenen Praxis realisiert werden, wie sich Materialvielfalten und Lagerhaltungen entwickeln, welche Patienten(gruppen) auf einmal im Wartezimmer sitzen bzw. ausbleiben, aus welchen Ecken personelle und organisatorische Irritationen kommen, die den gewohnten glatten Lauf durcheinanderbringen. In diesem Mix, also den Auswirkungen zunehmender Komplexität, keimen Reibung und Effizienzverluste mit entsprechenden Folgewirkungen auf Teamkultur bzw. Praxisgewinne.

Bei Praxisinhabern stellt sich in diesem Stadium häufig eine gewisse Ratlosigkeit (mitunter gepaart mit Frustration) ein, weil die ursprüngliche Zielvorstellung vom eigenen Arbeitsalltag in der größeren Praxis wenig mit der erlebten Realität zu tun hat: die Teamsituation wird als anstrengender erlebt, die Performance angestellter Zahnärzte bleibt hinter den Erwartungen zurück, die Liste zu erledigender „Kleinigkeiten“ verlängert sich, gleichzeitig ist der eigene Behandlungsplan voller denn je. Die Praxis ruft nach einem veränderten internen Konzept.

Erfolgreich in größeren, gesunden Strukturen

Gesund bedeutet hier: Die Praxis erwirtschaftet auch dann noch solide Gewinne, wenn der Chefbehandler (plötzlich) nicht mehr kann oder will. Sofern die größere Mehrbehandlerpraxis das erklärte unternehmerische Ziel ist, empfiehlt es sich, das oben beschriebene „Stadium Rüttelplatte“ (gelbe Markierung in der Infoskizze) vorausschauend zu managen und schnell zu überwinden. Dies funktioniert mit grundlegend veränderten Prinzipien in Management und Führung. Kernaufgabe ist es, sich weg von der Praxisinhaberzentrierung hin zum Funktionieren der Zahnarztpraxis als Organisationseinheit zu fokussieren.

SHORT IMPLANTS

Die wichtigsten Komponenten auf diesem Weg sind:

Kooperative Führung

- Bewusster Wechsel der Position – raus aus Rolle des Hauptumsatzträgers hin zum Förderer des Systems: mit der Hauptaufgabe, Rahmenbedingungen aufzubauen, in denen Mitarbeiter persönliche Entwicklung erfahren und die Stärken des Teams gebündelt werden.
- Aufbau und Steuerung eines qualifizierten Führungsteams inklusive systematischer Wahrnehmung der Führungsaufgaben in der Performance-Entwicklung angestellter Zahnärzte (siehe „Brillante Performance mit angestellten Zahnärzten“ in ZWP 11/20).
- Verfolgung von identitätsstiftenden, kooperationsförderlichen Praxiszielen anstatt behandlerfokussierten Honorarzielen.

Starke zweite Führungsebene

- Fundiert ausgebildete Praxismanager ins Boot holen, die eben nicht in Personalunion auch der „Kopf der Abrechnung“ sind, sondern sich mit voller Arbeitskraft auf den Personalbereich (als Basis jeglichen Erfolgs) und die Organisationseffizienz konzentrieren. Die qualifizierte Besetzung des Praxismanagements ist eine der wichtigsten Maßnahmen mit vielfältiger Positivwirkung nach innen und außen.
- Schrittweise Etablierung von Teamleitern, die bereichsbezogene operative Steuerungs- und Koordinationsaufgaben übernehmen. Mit einer reinen Benennung der Personen ist es natürlich nicht getan. Konkrete Aufgabenbeschreibungen und Qualifizierungen sind erforderlich, um tatsächliche Wirkungen und Wohlbefinden zu erleben.

QM für Organisation und Therapie

- Ein ausgefeiltes QM (so wenig wie möglich, so viel wie nötig) strukturiert das Gesamtgeschehen, jeder Neueinsteiger bekommt zur Begrüßung eine „Praxisfibel“ mit den wichtigsten Festlegungen.

- Therapeutische Leitlinien zur Sicherstellung einheitlicher Behandlungsabläufe.
- Definiertes praxisinternes Überweisungssystem.
- Klare Regeln für Dokumentation, Abrechnung und HKP-Abläufe.
- Praxismanagement trägt die Verantwortung für Beachtung von QM, steht für Rückfragen bereit und realisiert Prozesscontrolling (systematische Stichprobenchecks).

Praxissteuerung mit Kennzahlen

- Kennzahlen sind ein Teil des Handwerkszeugs jeder Führungskraft. Ob Praxisziele (ggf. kreativ) in Kennzahlen transferiert werden oder nicht, bestimmt die Ergebniswahrscheinlichkeit.
- Zentrale BWL-Parameter (Honorarstundensätze auf allen Plätzen, Delegationsquote, Patientenzahlen etc.) werden allen Führungskräften bekannt gemacht. Natürlich kennen auch alle Zahnärzte ihre Zahlen.
- Sukzessiver Einstieg in die aktive Arbeit mit Kennzahlen. Es ist belegt, dass Datentransparenz Motivationen befördert – also behutsam einsteigen, abwägen, welche Kennziffern wem offengelegt werden, und dann langsam vorarbeiten.

Fazit

Der Zukunftserfolg größerer Praxen entsteht initial aus einem bewusst veränderten Denkraum bei Praxisinhabern, mit dem erlernte, erfolgshinderliche Sichtweisen bzw. Gewohnheiten reflektiert und entsprechend korrigiert werden. Auf dieser Basis kann dann schrittweise ein modifiziertes Konzept für Management und Führung realisiert werden, das Kräfte im gesamten Team entfesselt, gesunde Leistungsstrukturen fördert, eine robuste Organisation entstehen lässt und nachhaltig gute Gewinne realisiert.

Info

Maike Klapdor

Maike.klapdor@klapdorkollegen.academy
www.klapdorkollegen.academy



Jetzt starten! Mit dem Original.

Die Kurzimplantate von Bicon® überzeugen Anwender und Patienten: Sie sind einfach im Handling, ihr einzigartiges Design fördert den crestalen Knochenerhalt und bietet einen wirksamen Schutz gegen Periimplantitis. Profitieren auch Sie von der Sicherheit, die über 35 Jahre klinische Anwendung Ihnen gibt. In Bicon® haben Sie einen Partner, auf den Sie sich langfristig verlassen können. Rufen Sie uns kurz an und vereinbaren Sie Ihr unverbindliches Beratungsgespräch:

Tel. 06543 818200.

www.bicon.de.com

Das kurze
für alle Fälle

bicon
DENTAL IMPLANTS



Carestream

Gewinner des **Cellerant** **Best of Class Technology Award**

Für das CS 9600 DVT-System ist die Drei wirklich eine magische Zahl. Das intelligenteste extraorale DVT-Bildgebungssystem auf dem Markt hat in 2021 bereits zum dritten Mal in Folge den Cellerant Best of Class Technology Award erhalten – damit ist es das einzige extraorale Bildgebungssystem, das mehr als einmal gewürdigt wurde. Bekannt als das „intelligenteste“ Bildgebungssystem von Carestream Dental, ist das System mehr als nur leistungsstarke Bildgebung und fortschrittliche Software. Es sind die intelligenten Funktionen, welche die Patientenpositionierung erleichtern: Die künstliche Intelligenz, welche die Frankfurter Horizontale automatisch erkennt und verfolgt, die voreingestellten Programme, die Qualitätskontrollinstrumente und die automatische Erkennung der Auswahl falschen Zubehörs machen das System zu einem

Gewinner. Heute sind weltweit mehr als 1.000 CS 9600-Systeme installiert, die zusammen 1,5 Millionen Aufnahmen erfasst haben.



Carestream Dental Germany GmbH
Tel.: +49 711 49067420
www.carestreamdental.de

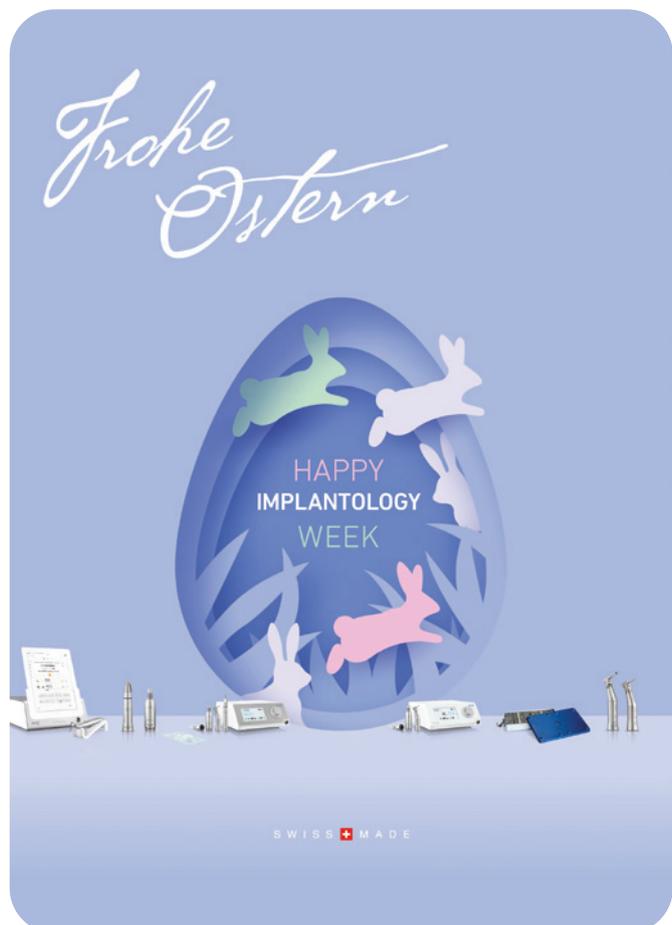
Bien-Air

Ei-light für Implantologen

Ostern hoppelt in großen Sprüngen heran, und damit erstmals auch die neu lancierte Angebotswoche von Bien-Air Dental: Noch bis zum 18. April 2022 legt das Schweizer Qualitätsunternehmen während der HAPPY IMPLANTOLOGY WEEK allen Implantologen und Oralchirurgen seine hochwertigen Innovationen zu besonders attraktiven Aktionspreisen ins Nest.

Vom Implantologiesystem über Hand- und Winkelstücke bis zur Steribox – insgesamt fünf frisch geschlüpfte Produktpakete gilt es auf bienair.com zu entdecken. Fündig werden Behandler etwa bei den Implantologie-/Chirurgiemotoren iChiropro und Chiropro sowie Chiropro Plus, die als Special Offer inklusive den Mikromotoren MX-i LED 3rd Gen bzw. MX-i LED PLUS sowie dazugehörigem Kabel erhältlich sind. Das Osternest von Bien-Air überrascht außerdem mit je zwei Winkel- oder Handstücken zum Sonderpreis sowie einem Mengenrabatt auf Irrigationsleitungen. Also nicht lang suchen, sondern sich direkt die Ei-lights der HAPPY IMPLANTOLOGY WEEK sichern!

Bien-Air Deutschland GmbH
Tel.: +49 761 45574-0
www.bienair.com



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

SC 5010 HS Mobiler OP Stuhl

für

- Oralchirurgie
- Implantologie
- Kieferorthopädie
- Plastische ästhetische Chirurgie



Standard
Kopfstütze



Mehrgelenks-
Kopfstütze



Deck chair



Fuß Joystick

Bicon

Das Kurzimplantat mit Mehrwert!

Seit nunmehr 37 Jahren bietet das Bicon-System nationalen und internationalen Zahnärzten nicht nur breit gefächerte Lösungen, sondern auch sehr gut kalkulierbare Resultate. Das System ermöglicht Zeitersparnis, da aufwendige Knochenaufbau- und Augmentationsverfahren nicht notwendig sind und die Prothetik nachweislich in nur wenigen Sekunden eingesetzt ist. Auch die Patienten wissen das schonende Verfahren zu schätzen. Das Bicon System bietet umfangreiche Komponenten für den digitalen Workflow. Scanbare Abdruck- und Einheißpfosten, Fräsrohlinge und komplette Restaurationen können digital geplant und individuell bearbeitet werden. Die Suprakonstruktionen können wahlweise verschraubt oder zementiert werden. Bei Patienten mit komprimierten Knochenverhältnissen setzen viele Implantologen bereits auf Bicon als erfolgreiche Behandlungsergänzung und Erweiterung ihres Therapiekonzeptes.

Bicon Europe Ltd.
Tel.: +49 6543 818200
www.bicon.de.com



NSK

Prothetikschauber mit Drehmoment-Kalibriersystem

Der NSK Prothetikschauber iSD900 bietet hohe Sicherheit beim Befestigen von Halte- bzw. Abutmentschrauben. Mit drei Geschwindigkeiten (15, 20, 25/min) sowie zwischen 10 und 40 Ncm freiwählbaren Anzugsmomenten (anwählbar in 1- und 5-Ncm-Schritten) ist er geeignet für alle gängigen Implantatsysteme. Das speziell für diese Anwendung konzipierte Drehmoment-Kalibriersystem stellt dabei sicher, dass stets das exakt erforderliche Drehmoment anliegt. Gegenüber herkömmlichen Befestigungssystemen, wie zum Beispiel manuellen Ratschen, bietet der iSD900 eine deutliche Zeitersparnis bei gleichzeitig guter Zugänglichkeit. Der Behandler kann sich so auf das Wesentliche konzentrieren, nämlich Schrauben ohne Verkanten zu platzieren. Der iSD900 ist leicht und klein wie eine elektrische Zahnbürste; aufgrund seiner Aufladung durch Induktion (d.h. keine Kontaktkorrosion an elektrischen Kontakten) und seinem sterilisierbaren Verlängerungs-An-/Aus-Schalter benutzerfreundlich sowie leicht in der Anwendung. Für den Betrieb des iSD900 sind handelsübliche AAA-Akkus geeignet.

Der Prothetikschauber ist bis
zum 30. Juni zum attraktiven
Aktionspreis erhältlich!

NSK Europe GmbH
Tel.: +49 6196 77606-0
www.nsk-europe.de



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

AKRUS GmbH & Co KG

Otto-Hahn-Str. 3 | 25337 Elmshorn

Phone: +49 4121 79 19 30

Fax +49 4121 79 19 39

info@akrus.de | www.akrus.de

Zantomed

Zusammenarbeit mit dem Körper

Das synthetische Knochenaufbaumaterial EthOss® entstand aus dem Wunsch heraus, über die traditionelle GBR, Spendertransplantate und künstliche Gerüste hinauszugehen und wurde als Pionier für eine echte Knochenregeneration in der Zahnmedizin und Oralchirurgie entwickelt. Das ursprüngliche Konzept war einfach: „Der Körper will heilen, arbeiten wir mit ihm.“ Dies war der Schlüssel zur Entwicklung des Aufbaumaterials, das mit dem Körper zusammenarbeitet und die Heilungsreaktion des Körpers hochreguliert, um verlorenen Knochen zu regenerieren. Das Produkt ist synthetisch und besteht aus einer Kombination von 65 Prozent β -TCP und 35 Prozent Calciumsulfat. Es wird hierbei keine separate Kollagenmembran benötigt. Die vorliegende Calciumsulfatkomponente „härtet“ in situ aus und bildet ein zellokklusives Bindemittel, sodass das Augmentat stabilisiert und das Eindringen von Weichgewebe verhindert. Es wurde so konzipiert, dass das Material



in demselben Maße resorbiert wird wie sich neuer Knochen bildet, sodass langfristig keine Partikel an der Stelle verbleiben. EthOss® wird vollständig vom Körper absorbiert und durch neuen gesunden Wirtsknochen ersetzt – bis zu 50 Prozent in nur zwölf Wochen.

Zantomed GmbH
Tel.: +49 203 607998-0
www.zantomed.de

DENTAURUM

Die neue Fixierschraube – eine Weiterentwicklung für den digitalen Workflow



Abb. 1: tioLogic® TWINFIT Scanaufbau.



Abb. 2: Die neue Fixierschraube.

Verbesserungen beginnen im Detail. Getreu diesem Motto haben die Entwickler von Dentaaurum Implants die Fixierschraube entwickelt. Mit dieser lassen sich die neuen Scanaufbauten aus Titan sicher und präzise einsetzen. Der korrekte Sitz des Aufbaus ist damit gesichert, auch an schwer einsehbaren Bereichen. Und das ohne zusätzliches Röntgen.

Weniger Gewinde, mehr Sicherheit beim Einsatz? Ganz genau!

Die neue Fixierschraube hat ein verkürztes Gewinde und kann damit nur greifen, wenn der Scanaufbau korrekt im Implantat sitzt. Bei kleinsten Abweichungen findet das Gewinde keinen Halt und der Behandler spürt sofort, dass nachjustiert werden muss. Selbst unter schlechter Sicht oder bei erhöhter Gingiva ist der perfekte Sitz sichergestellt. Abweichungen beim digita-

len Abdruck werden minimiert. Zur einfacheren Unterscheidung ist die neue Fixierschraube zudem rot anodisiert.

Neues Material, bewährtes Design – der Scanaufbau ist jetzt aus Titan

Dentaaurum Implants setzt sich aktiv für den Umweltschutz ein. Neben der Zertifizierung nach DIN EN ISO 14001 und EMAS gehört das Reduzieren von Einmalartikeln fest zum Konzept. Mit der neuartigen HLD-Beschichtung ist es gelungen, die Scanaufbauten und Scankappen völlig ohne Pulver oder Spray scanbar zu machen. Nach dem Einsatz lassen sich die Artikel im Thermodesinfektor sterilisieren. Mit dem Werkstoff Titan sind die Aufbauten robust und formstabil und damit langlebiger und umweltfreundlicher.

DENTAURUM Implants GmbH
Tel.: +49 7231 803-0 · www.dentaaurum-implants.com

DENTAURUM
[Infos zum Unternehmen]



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

Einen verlässlichen Servicepartner für digitale implantologische Versorgungskonzepte? Persönliche Betreuung sowie ein bis ins Detail optimierter Prozess? Hohe Service- und Ergebnisqualität bei größtmöglicher Freiheit? Der DEDICAM® eService der Firma CAMLOG kann all das und mehr. Vom Implantat-Planungsservice über den Scan & Design Service bis hin zur Fertigungsdienstleistung werden fortan Arbeitsprozesse erleichtert.



Ein Auftragsportal für alle Fälle

Mit der Produktmarke DEDICAM bietet CAMLOG einen verlässlichen Servicepartner für digitale implantologische Versorgungskonzepte. Der digitale Gedanke spiegelt sich auch im DEDICAM eService wider. CAMLOG hat hiermit ein umfassendes Portal entwickelt, über das sämtliche DEDICAM Fälle konfiguriert und in Auftrag gegeben werden können.

Mit nur einem Log-in haben Zahnärzte und Zahntechniker Zugriff auf das komplette Produkt- und Leistungsportfolio der Firma: Neben dem Implantat Planungsservice jetzt auch für die Fertigungsdienstleistung und den Scan & Design Service. Durch die Integration in den CAMLOG eShop stehen darüber hinaus in einer zentralen Plattform umfangreiche Services zur Verfügung.



Wenige Klicks zum Auftrag

Anhand eines einfachen Zahnschemas können Konstruktionen schrittweise konfiguriert werden. Ob große oder kleine Versorgungen, Prothetik oder Implantatprothetik, CAMLOG® oder CONELOG® – im eService gibt es zahlreiche Konfigurationsmöglichkeiten. Nach demselben Prinzip können nun auch Aufträge für den Scan & Design Service sowie den Implantat-Planungsservice beauftragt und verwaltet werden.

Intuitive und einfache Auftragsanlage

Die Auftragsanlage funktioniert schnell und einfach. Dazu wird die Versorgungsart ausgewählt und der Auftrag mit seinen spezifischen Parametern konfiguriert.

Das System zeigt jeden Schritt sowie die Optionen zum Auftrag an. Ebenso können dem Auftrag fallbezogene Designdaten per Drag & Drop hinzugefügt werden. Auch die Prüfung und Freigabe der Aufträge erfolgt anschließend über das Portal. In praktischen Tutorials wird gezeigt, wie beispielsweise ein einteiliges Abutment, ein Steg oder eine Implantatplanung beauftragt werden können.

Alles in einem Portal

Neben dem Auftragsmanagement bietet der eService auch Zugriff auf weitere praktische Services, um etwa kostenfreie Versandschachteln zu bestellen oder Bibliotheken und Designanleitungen herunterzuladen. Werden zusätzlich zum DEDICAM Auftrag weitere Produkte benötigt, können diese einfach ausgewählt und dem Warenkorb hinzugefügt werden. Zudem sind Bestell- und Rechnungsübersichten, Profileinstellungen und das umfangreiche Media Center verfügbar. Es ist also nicht mehr notwendig, mehrere Portale gleichzeitig zu bedienen.

Kontakt

CAMLOG Vertriebs GmbH
Maybachstraße 5
71299 Wimsheim
Tel.: +49 7044 9445-100
info.de@camlog.com
www.camlog.de

IMPLANTOLOGIE – ÄSTHETIK – PRÄVENTION – das sind die Schwerpunktthemen für das Power-Wochenende am 13. und 14. Mai 2022 in Hamburg. Kompakter geht es nicht!

Hamburger Trio
[Anmeldung/Programm]



Hamburger Kongress-Trio



Wissenschaftliche Leitung
Univ.-Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets

Gerade in schwierigen Zeiten muss zahnärztliche Fortbildung effizient sein und einen echten Mehrwert für den Praxisalltag bieten. Das wiederum setzt spannende und aktuelle Themen sowie hochkarätige Referenten voraus. Das Hamburger Trio mit dem EXPERTEN-SYMPOSIUM „Innovationen Implantologie“, der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e.V. (DGKZ) und dem Präventionskongress der Deutschen Gesellschaft für Präventivzahnmedizin e.V. (DGPZM) vereinigt am 13. und 14. Mai 2022 gleich drei Veranstaltungen der Sonderklasse unter einem Dach.

Die wissenschaftliche Gesamtleitung dieser Kooperationsveranstaltung liegt in den Händen von Univ.-Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets, stellv. Klinikdirektor, Leiter der Sektion „Regenerative Orofaziale Medizin“, Leiter der Forschung der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Diese Ko-

operation steht einerseits für fachliche Kompetenz und verkörpert zugleich aber auch die Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis.

Unter Nutzung der gleichen Infrastruktur, mit einer gemeinsamen Industrieausstellung und verschiedenen spezialisierten Programmblöcken zu den Themen Implantologie, Ästhetik und Prävention, bietet das Hamburger Trio ein außerordentlich vielschichtiges Programm, bei dem zugleich auch interdisziplinäre Ansätze verfolgt werden. Table Clinics und Spezialseminare runden die Veranstaltung als Angebot für das gesamte Praxisteam ab. Die Teilnehmenden haben die Möglichkeit, zwischen den einzelnen Vortragsblöcken zu wechseln.

Kontakt

OEMUS MEDIA AG

Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: +49 341 48474-308
event@oemus-media.de
www.hamburger-trio.de

Hinweis: Die Veranstaltungen werden entsprechend der geltenden Hygiene Richtlinien durchgeführt.



WIESBADEN^{IF} FORUM FÜR INNOVATIVE IMPLANTOLOGIE

30. April 2022
Dorint Hotel Pallas Wiesbaden

8
FORTBILDUNGSPUNKTE

Wiesbaden: Aktuelle Trends in der Implantologie

Am 30. April 2022 findet im Dorint Hotel Pallas unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz zum siebten Mal das Wiesbadener Forum für Innovative Implantologie statt. Im Fokus stehen alle aktuellen Trends in der Implantologie.

Aufgrund seines interdisziplinären Ansatzes hat sich das Wiesbadener Forum für Innovative Implantologie inzwischen einen Namen über die Region hinaus gemacht. Dies nicht nur in Bezug auf die traditionelle Verbindung von Chirurgie und Prothetik, sondern auch im Hinblick auf die erweiterte Perspektive hinein in die Nachbardisziplinen. Das Themenspektrum reicht diesmal ausgehend von Fragen der Knochen- und Geweberegeneration, über den Einsatz von Blutkonzentraten, bis hin zur Implantatprothetik sowie den Schnittstellen der Implantologie und Kieferorthopädie.

Alles in allem also wieder ein vielschichtiges und wissenschaftlich fundiertes Vortragsprogramm, bei dem jeder etwas für den Praxisalltag mitnehmen kann. Ein begleitendes Team-Programm rundet die Veranstaltung ab.

OEMUS MEDIA AG
www.wiesbadener-forum.info

Wiesbadener Forum
[Anmeldung/Programm]



Ostseekongress 2022

Viel Neues und ein großartiges Rahmenprogramm: am Christi-Himmelfahrt-Wochenende – 27./28. Mai 2022 – findet zum 14. Mal der Ostseekongress/Norddeutsche Implantologietage statt. Auch diesmal gibt es zahlreiche gute Gründe, in das direkt am Strand von Rostock-Warnemünde gelegene Hotel NEPTUN zu kommen. Neben den hochkarätigen Vorträgen und einem großartigen Rahmenprogramm werden auch wieder zusätzliche Angebote unterbreitet. Am Donnerstagabend das Education Dinner, am Freitagvormittag, im Rahmen des Pre-Congress Programms, die Möglichkeit der Besichtigung einer Implantatfertigung unweit des Tagungsortes sowie am Nachmittag eine Vernissage zur Eröffnung der Ausstellung Atlantic Affairs von und mit Prof. Dr. Dr. h.c. Hans Behrbohm. Ein besonderes Highlight ist sicher der Hands-on-Kurs „Weichgewebemanagement“ mit Dr. Theodor Thiele, M.Sc., M.Sc. Umfangreiche Übungen am Tierpräparat stehen hier im Fokus. Neben dem implantologischen Hauptpodium gibt es erneut ein Podium Allgemeine Zahnheilkunde – diesmal mit dem Schwerpunkt „Prävention als Teamaufgabe“.

OEMUS MEDIA AG
www.ostseekongress.com

18
FORTBILDUNGSPUNKTE



Ostseekongress
[Anmeldung/Programm]



Bereits zum siebten Mal findet das Nationale Osteology Symposium in Deutschland im charmanten Kongresshaus Baden-Baden statt. Der Titel des Symposiums passt perfekt zum Motto der Osteology Stiftung: „Linking Science with Practice in Oral Regeneration“ steht für das Netzwerk von Wissenschaft und Praxis in der oralen Geweberegeneration. Außerdem im Blickpunkt, die aktuellen PAR-Richtlinien zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung.



Sicherer und fachlich kollegialer Austausch auf Augenhöhe

Das Programm des zweitägigen Symposiums widmet sich dem „Netzwerk Regeneration“ und startet am Freitag, dem 6. Mai 2022, mit einem vielfältigen Workshop-Tag. Die Kongressteilnehmer haben die Möglichkeit, Kurse zu Themen wie Chirurgische Rezessionsdeckung, Weichgewebersatz zur Verbesserung von Ästhetik und Gesundheit sowie den Einsatz von Plasmakonzentraten und deren Bedeutung in der Hart- und Weichgewebechirurgie zu besuchen.

Hands-on-Training im Jungen Forum

Ein großes Anliegen ist es den Organisatoren, auch die jüngere Generation für die wissenschaftlichen und klinischen Aspekte der oralen Geweberegeneration zu begeistern. Deshalb findet, ebenfalls am Freitag, im Rahmen des Jungen Forums das Netzwerk für die jungen Kollegen statt. Dieses Training wird mit fünf Fortbildungspunkten vergütet und bietet drei Stationen zu Extraktion, Socket Management, GBR und Implantologie sowie Weichgewebemanagement.

Forschungspreis

Im Rahmen des Osteology Wissenschaftsforums finden die Präsentationen der besten Poster Abstracts statt. Die Verfasser der vier besten Einreichungen in den beiden Kategorien Grundlagen- und klinische Forschung werden ihre Arbeiten vor Ort mündlich vorstellen. Ein wissenschaftliches Komitee wird die Kurzvorträge bewerten. Am Folgetag erhalten die beiden besten Präsentationen den Osteology Forschungspreis. Mit einem geselligen Austausch inkl. Verpflegung beim Get-together endet der erste Tag.

JETZT
ANMELDEN UNTER
WWW.OSTEOLOGY-BADEN-BADEN.ORG



Das Hauptprogramm

Das ganztägige wissenschaftliche Symposium am Samstag soll dazu einladen, sich untereinander und mit den Referierenden und Fachleuten zu vernetzen. Die Begrüßung übernehmen die Kongresspräsidenten Prof. Dr. Dr. Søren Jepsen und Prof. Dr. Frank Schwarz. Es referieren und diskutieren Prof. Dr. Dr. Anton Sculean und Priv.-Doz. Dr. Karin Jepsen unter Vorsitz von Prof. Dr. Søren Jepsen über die regenerative PAR-Chirurgie. Darauf folgend widmen sich Prof. Dr. Dr. Sharam Ghanaati und Prof. Dr. Reinhard Gruber der Biologisierung von Biomaterialien, Kollagenmatrices zum

Weichgewebeaufbau und partikulärem Knochenersatzmaterial als Hartgewebeersatz. Die Moderation übernimmt Prof. Dr. Dr. Robert Sader. Zum Thema Periimplantitis werden Dr. Jan Derks, Priv.-Doz. Dr. Dr. Markus Schlee und Moderator Prof. Dr. Frank Schwarz sprechen. Schlussendlich wird Dr. Ilja Mihatovic einen Fall mit horizontaler und vertikaler Kieferkammaugmentation vorstellen und danach mit Priv.-Doz. Dr. Dr. Hendrik Naujokat, Priv.-Doz. Prof. Dr. Tobias Fretwurst und Dr. Till Gerlach durchsprechen. Dieser Tag wird vervollständigt durch Beiträge zur Zahnerhaltung von Prof. Dr. Henrik Dommisch und dem Expertengremium mit Priv.-Doz. Dr. Dr. Markus Schlee, Dr. Jan Derks und Prof. Dr. Dr. Anton Sculean, welche unter den Vorgaben der wissenschaftlichen Evidenz die vorgestellten Fälle diskutieren werden. Zudem finden sich im Kongresshaus das ganze Wochenende über zahlreiche Aussteller und Vertreter der Branche. Die besten Voraussetzungen also für vielschichtige Dialoge. Die Veranstaltung wird selbstredend entsprechend der geltenden Hygienerichtlinien durchgeführt!

An der Teilnahme interessierte Mediziner, Zahnarztpraxen und Mitarbeiter nutzen bitte zur Anmeldung die Postkarte auf der Titelseite des *Oralchirurgie Journal*. Alle Informationen zum Kongress finden Sie unter www.osteology-baden-baden.org oder treten Sie direkt mit uns in Kontakt per Telefon +49 7223 9624-16 oder Mail an events@geistlich.de

Kontakt

**Geistlich Biomaterials
Vertriebsgesellschaft mbH**
Schöckstraße 4
76534 Baden-Baden
Tel.: +49 7223 9624-16
events@geistlich.de
www.geistlich.de

6./7. Mai 2022

Nationales OSTEOLOGY SYMPOSIUM BADEN-BADEN



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

Dr. Joachim Schmidt
[Infos zum Autor]



„Chirurgische und implantologische Fachassistenz“

Ein „Muss“ für jede chirurgische Praxis

Dr. Joachim Schmidt, Dr. Markus Blume

Mit dem Aufbaukurs „Oralchirurgisch-Implantologische Fachassistenz“ für Ihre Mitarbeiterinnen bieten wir unsere Fortbildungsveranstaltung vom 9. bis 13. Mai 2022 in Köln an. Zusätzlich wird im Herbst vom 31. Oktober bis 4. November 2022 nun auch ein Kurstermin im Sauerlandstern-Hotel in Willingen angeboten.

Dieser Kurs wird bereits seit 2014 mit großem Erfolg und viel Begeisterung bei Teilnehmern und Referenten durchgeführt. An insgesamt fünf Kurstagen werden Theorie und Praxis zu folgenden Themen fundiert vermittelt:





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

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

Wir möchten Sie und Ihre Mitarbeiter einladen, an diesem Aufbaukurs teilzunehmen und damit die Prozesse in der Praxis zu verbessern. Ihre Mitarbeiter erhalten eine Zusatzqualifikation auf hohem Niveau.

Preis der Fortbildung für BDO-Mitglieder (Arbeitgeber)

Gesamtpreis: brutto 1.550,00 EUR
Kursgebühr: netto 995,80 EUR (zzgl. 189,20 EUR MwSt.)
plus Verpflegung während der Kurszeiten
netto 306,72 EUR (zzgl. 58,28 EUR MwSt.)



Preis der Fortbildung für Nichtmitglieder (Arbeitgeber)

Gesamtpreis: brutto 2.000,00 EUR
Kursgebühr: netto 1.373,95 EUR (zzgl. 261,05 EUR MwSt.)
plus Verpflegung während der Kurszeiten
netto 306,72 EUR (zzgl. 58,28 EUR MwSt.)

Für den Kurs können Sie für Ihre Mitarbeiter sogenannte „Bildungsprämien“ einreichen, dadurch kann die Kursgebühr zu einem großen Anteil vom Bundesland übernommen werden. Nähere Informationen hierzu finden Sie unter www.bildungspraemie.info. Fragen können auch an den veranstaltenden ZMMZ-Verlag, über den auch die Anmeldung und die Kursorganisation laufen, gerichtet werden.



Kontakt

**ZMMZ-Verlag UG
(haftungsbeschränkt)**
Tel.: +49 221 99205-240
Fax: +49 221 99205-239
info@zmmz.de

ANZEIGE

Carestream
DENTAL

Mehr sehen Mehr erreichen



DIE CS 8200 3D FAMILIE

Erweiterte Möglichkeiten

Vielseitig und flexibel für mehr Behandlungsoptionen – das CS 8200 3D liefert für jede Aufgabe das perfekte Ergebnis in Premiumqualität.

Das CS 8200 3D auf einen Blick:

- Erweitertes Volumen bis zu 12 x 10 cm
- 3D-Aufnahmen in höchster Auflösung bei reduziertem Bildrauschen
- Metallartefakte-Reduzierung
- Modernste 2D/3D-Software zur mühelosen Diagnostik

www.carestreamdental.de

© 2022 Carestream Dental LLC.

Fortbildungsveranstaltungen des BDO 2022

09.–13.05.2022 BDO Aufbaukurs für ZMF und ZFA „Oralchirurgisch-implantologische Fachassistenz“

Ort: Köln

Anmeldung: info@zmmz.de

18.–21.05.2022 Dentale Sedierungstechniken

Ort: Hamburg

Anmeldung: akademie@dental-werk.de

26./27.05.2022 70. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Oral- und Kieferchirurgie

41. Jahrestagung des Arbeitskreises für Oralpathologie und Oralmedizin

Ort: Bad Homburg

Anmeldung: www.ag-kiefer.de

24./25.06.2022 Workshop „Assistenz bei Sedationsverfahren“

Ort: Speicher

Anmeldung: sekretariat@izi-gmbh.de

04.–06.11.2022 Curriculum Implantologie & Curriculum Parodontologie

Ort: Düsseldorf

Anmeldung: www.boeld-congress.de

09./10.12.2022 38. BDO-Jahrestagung

13. Gutachtertagung

16. Implantologie für den Praktiker

Ort: Berlin (Hotel Adlon)

Anmeldung: www.bdo-dgmkg-2022.de

Bitte beachten Sie auch die chirurgischen Fortbildungen der DGMKG.

ANZEIGE



Dentale Schreibtalente gesucht!



Sie können schreiben?
Kontaktieren Sie uns.

dentalautoren.de

OEMUS MEDIA AG

Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig · Deutschland
Tel.: +49 341 48474-0 · info@oemus-media.de

Adressenverzeichnis Berufsverband Deutscher Oralchirurgen (BDO)

Sekretariat/Mitgliederverwaltung				
Ingrid Marx	<i>Sekretärin</i>	Bahnhofstraße 54 54662 Speicher	Tel.: +49 6562 9682-15 Fax: +49 6562 9682-50	sekretariat@izi-gmbh.de www.oralchirurgie.org
Susanne Müller	<i>Mitgliederverwaltung</i>	Hauptstraße 126 56598 Rheinbrohl	Tel.: +49 2635 9259607 Fax: +49 2635 9259609	BDO-MGV@t-online.de www.oralchirurgie.org
Vorstand				
Dr. Dr. Wolfgang Jakobs	<i>1. Vorsitzender</i>	Bahnhofstraße 54 54662 Speicher	Tel.: +49 6562 9682-0 Fax: +49 6562 9682-50	sekretariat@izi-gmbh.de www.izi-gmbh.de
Dr. Martin Ullner	<i>2. Vorsitzender</i>	Burgeffstraße 7a 65239 Hochheim	Tel.: +49 6146 601120 Fax: +49 6146 601140	info@praxis-ullner.de
Dr. Mathias Sommer	<i>Schriftführer</i>	WDR-Arkaden Elstergasse 3, 50667 Köln	Tel.: +49 221 2584966 Fax: +49 221 2584967	info@praxis-wdr-arkaden.de
Dr. Alexander Hoyer	<i>Schatzmeister</i>	Dallgower Straße 10–14 14612 Falkensee	Tel.: +49 3322 279910	praxis@praxis-hoyer.de
Dr. Markus Blume	<i>Beisitzer</i>	Uhlstraße 19–23 50321 Brühl	Tel.: +49 2232 943486 Fax: +49 2232 943487	zamlume@aol.com
Erweiterter Vorstand und Landesvorsitzende				
Baden-Württemberg	Dr. Manuel Troßbach	Moltkestraße 12, 74072 Heilbronn	Tel.: +49 7131 64224-0	manuel.trossbach@gmx.de
Bayern	Dr. Christoph Urban	Abensberger Straße 50, 84048 Mainburg	Tel.: +49 8751 5501	urban.mainburg@t-online.de
Berlin	Dr. Harald Frey	Tempelhofer Damm 129, 12099 Berlin	Tel.: +49 30 75705950	freydr@live.de
Brandenburg	Dr. med. dent. Alexander Hoyer	Dallgower Straße 10–14, 14612 Falkensee	Tel.: +49 3322 279910	praxis@praxis-hoyer.de
Hamburg	Dr. med. dent. Joel Nettey-Marbell	Schloßstraße 44, 22041 Hamburg	Tel.: +49 40 6829000	info@dental-werk.de
Hessen	Dr. Ingmar Nick	Dorotheenstraße 8, 61348 Bad Homburg	Tel.: +49 6172 189935	dr.i.nick@gmx.de
Mitteldeutschland	Dr. Wolfgang Seifert	Bismarckstraße 2, 08258 Markneukirchen	Tel.: +49 37422 47803	Dr.Seifert-Praxis@online.de
Niedersachsen/Bremen	Dr. Kay Gloystein	Brendelweg 215, 27755 Delmenhorst	Tel.: +49 4221 22221	gloystein.za@t-online.de
Nordrhein	Dr. Mathias Sommer	WDR-Arkaden, Elstergasse 3, 50667 Köln	Tel.: +49 221 2584966	info@praxis-wdr-arkaden.de
Rheinland-Pfalz	Dr. Torsten S. Conrad	Heinrichstraße 10, 55411 Bingen	Tel.: +49 6721 991070	Torsten.Conrad@dr-conrad.de
Saarland	Dr. Silke Maginot	Alleestraße 34, 66126 Saarbrücken-Altenkessel	Tel.: +49 6898 870650	Dr.maginotsilke@gmx.de
Schleswig-Holstein/ Mecklenburg-Vorpommern	Dr. Christoph Kleinsteuber	Von-Parkentin-Straße 53, 23919 Berkenthin	Tel.: +49 4544 8908369	dr.kleinsteuber@web.de
Westfalen-Lippe	Dr. Ulrich Goos	Westernstraße 2, 33098 Paderborn	Tel.: +49 5251 282398	mail@implantat.cc
Referate – Arbeitskreis – Arbeitsgemeinschaften – Delegierte				
Sprecher der Hochschullehrer				
Prof. Dr. Fouad Khoury		Am Schellenstein 1 59939 Olsberg	Tel.: +49 2962 971914 Fax: +49 2962 971922	prof.khoury@t-online.de
Pressereferat				
Dr. Markus Blume	<i>Pressereferent</i>	Uhlstraße 19–23 50321 Brühl	Tel.: +49 2232 943486 Fax: +49 2232 943487	zamlume@aol.com
Referat für Fortbildung				
Dr. Martin Ullner	<i>Fortbildungsreferent</i>	Burgeffstraße 7a 65239 Hochheim	Tel.: +49 6146 601120 Fax: +49 6146 601140	info@praxis-ullner.de
Dr. Joel Nettey-Marbell	<i>Fortbildungsreferent</i>	Schloßstraße 44 22041 Hamburg	Tel.: +49 40 6829000 Fax: +49 40 685114	info@dental-werk.de
Dr. Markus Blume	<i>Fortbildungsreferent</i>	Uhlstraße 19–23 50321 Brühl	Tel.: +49 2232 943486 Fax: +49 2232 943487	zamlume@aol.com
Referat für Abrechnung				
Dr. Dr. Wolfgang Jakobs	<i>1. Vorsitzender</i>	Bahnhofstraße 54 54662 Speicher	Tel.: +49 6562 9682-0 Fax: +49 6562 9682-50	sekretariat@izi-gmbh.de www.izi-gmbh.de
Dr. Martin Ullner	<i>2. Vorsitzender</i>	Burgeffstraße 7a 65239 Hochheim	Tel.: +49 6146 601120 Fax: +49 6146 601140	info@praxis-ullner.de
Dr. Markus Blume	<i>Beisitzer</i>	Uhlstraße 19–23 50321 Brühl	Tel.: +49 2232 943486 Fax: +49 2232 943487	zamlume@aol.com
Referat für die zahnärztliche Behandlung von Menschen mit Behinderungen				
Dr. Volker Holthaus	<i>1. Vorsitzender</i>	Havkamp 25 23795 Bad Segeberg	Tel.: +49 4551 6050	volker@familieholthaus.de
Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Anästhesiologie im BDO				
Dr. Dr. Wolfgang Jakobs	<i>1. Vorsitzender</i>	Bahnhofstraße 54 54662 Speicher	Tel.: +49 6562 9682-0 Fax: +49 6562 9682-50	sekretariat@izi-gmbh.de www.izi-gmbh.de
Arbeitsgemeinschaft für chirurgische Parodontologie im BDO				
Dr. Jochen Tunkel	<i>1. Vorsitzender</i>	Königstraße 19 32545 Bad Oeynhausen	Tel.: +49 5731 28822 Fax: +49 5731 260898	mail@dr-tunkel.de
Dr. Philip L. Keeve	<i>2. Vorsitzender</i>	Süntelstraße 10–12 31785 Hameln	Tel.: +49 5151 9576-0 Fax: +49 5151 9576-11	dr.pl.keeve@fzz-keeve.de
Delegierter E.F.O.S. (European Federation of Oral Surgery)				
Dr. Mathias Sommer		WDR-Arkaden Elstergasse 3, 50667 Köln	Tel.: +49 221 2584966 Fax: +49 221 2584967	info@praxis-wdr-arkaden.de
Vertreter der Bundeswehr				
Priv.-Doz. Dr. Marcus Schiller	<i>Oberfeldarzt, Sanitätsversorgungszentrum Seedorf</i>		Tel.: +49 4281 9545-5007	marcusschiller@bundeswehr.org
Chefredaktion Oralchirurgie Journal				
Prof. Dr. Torsten W. Remmerbach		Holbeinstraße 29 04229 Leipzig	Tel.: +49 341 2237384	oralchirurgie-journal@remmerbach.net

An dem besonders sonnigen Wochenende vom 4. bis 6. März konnte nach einer kleinen „Coronapause“ die diesjährige Frühjahrstagung endlich wieder in der Landeshauptstadt von Nordrhein-Westfalen in Präsenz stattfinden. Der Fokus der Referenten lag dabei hauptsächlich auf dem Thema Weichgewebe.

**Dr. Robert
Würdinger**
[Infos zum Autor]



Curriculum für operative und ästhetische Parodontologie

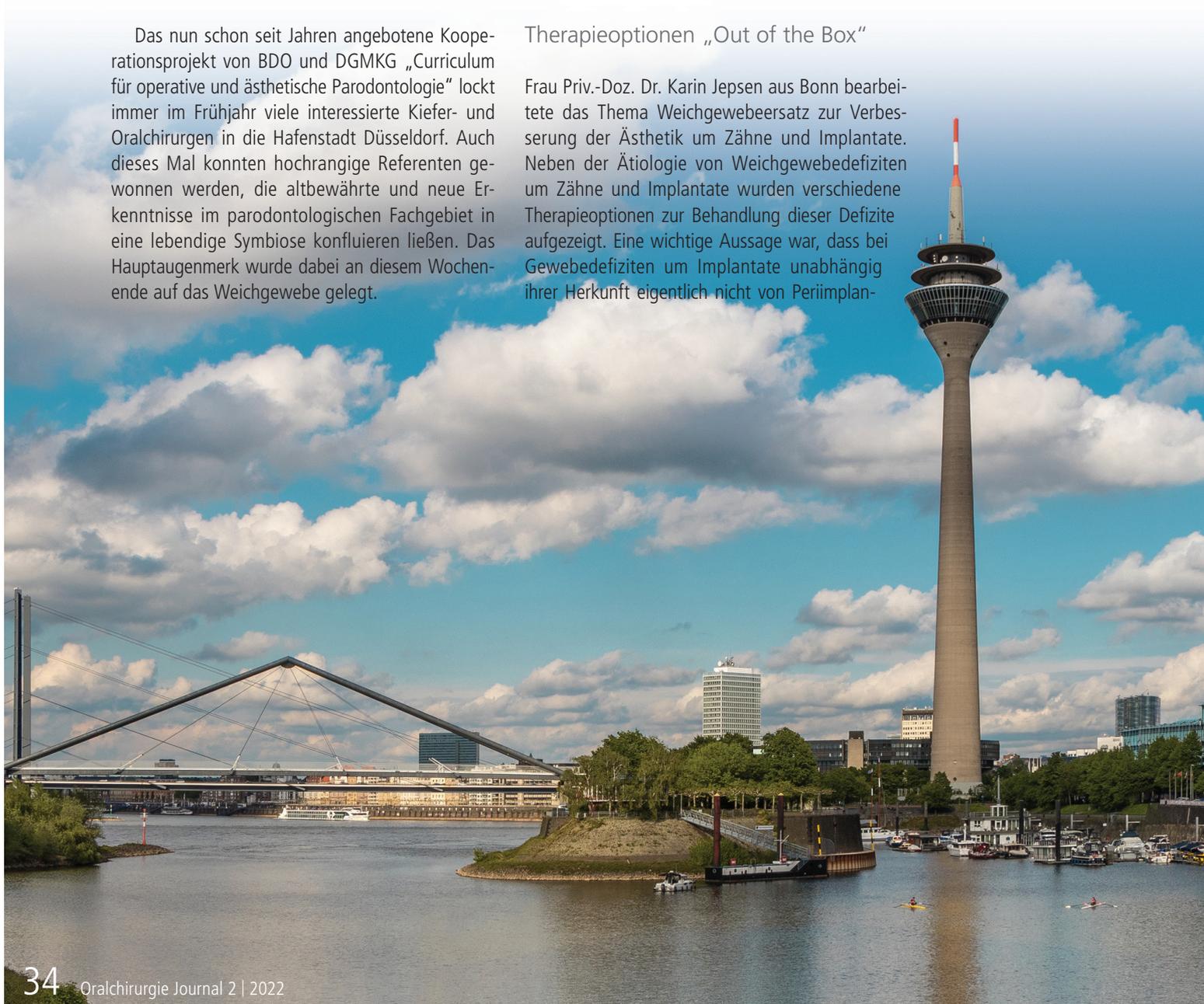
Frühjahrstagung 2022 in Düsseldorf

Dr. Robert Würdinger

Das nun schon seit Jahren angebotene Kooperationsprojekt von BDO und DGMKG „Curriculum für operative und ästhetische Parodontologie“ lockt immer im Frühjahr viele interessierte Kiefer- und Oralchirurgen in die Hafenstadt Düsseldorf. Auch dieses Mal konnten hochrangige Referenten gewonnen werden, die altbewährte und neue Erkenntnisse im parodontologischen Fachgebiet in eine lebendige Symbiose konfluieren ließen. Das Hauptaugenmerk wurde dabei an diesem Wochenende auf das Weichgewebe gelegt.

Therapieoptionen „Out of the Box“

Frau Priv.-Doz. Dr. Karin Jepsen aus Bonn bearbeitete das Thema Weichgewebeersatz zur Verbesserung der Ästhetik um Zähne und Implantate. Neben der Ätiologie von Weichgewebedefiziten um Zähne und Implantate wurden verschiedene Therapieoptionen zur Behandlung dieser Defizite aufgezeigt. Eine wichtige Aussage war, dass bei Gewebedefiziten um Implantate unabhängig ihrer Herkunft eigentlich nicht von Periimplan-



titis, sondern immer von periimplantären Komplikationen gesprochen werden sollte. Denn in der Regel ist das Defizit am Implantat der Ursache einer schon im Vorfeld mitgebrachten Komplikation geschuldet. Dies wird vor allem deutlich, wenn man beispielsweise versucht, an einem fehlpositionierten Implantat, welches zu weit vestibulär steht, eine Rezession zu decken. Nach Erarbeitung der Neuen Klassifikation von Rezessionen und einem Festival der aktuellen Studienlage zu Techniken der Rezessionsdeckung wurden diverse Falldemonstrationen vorgestellt. Dabei wurden die aktuellen Erkenntnisse und auch Ergebnisse in der klinischen Anwendung mit xenogenem Material der Firma Geistlich gezeigt. Wie man dem Vortrag entnehmen konnte, wurden auch Fälle demonstriert, die nicht den aktuellen Studienerkenntnissen entsprachen. Manchmal müsse man eben auch chirurgische Ansätze finden, die für die Patienten die besseren Alternativen sind, über den Tellerrand hinausschauen und Therapieoptionen finden, die etwas „Out of the Box“ sind.

Regenerative Parodontalchirurgie erlangt mehr Signifikanz

Parodontologie unterliegt einem schnelleren Wandel als die parodontale Regeneration. Und so konfrontierte gleich zu Beginn des ersten Kurstages Dr. Frank Bröseler, niedergelassener Spezialist der Parodontologie in Aachen, das Publikum mit den neusten Daten in der parodontalen Regeneration. Dabei legte er das Hauptaugenmerk auf neue Op-

tionen zur Verbesserung regenerativer und implantologischer Ergebnisse durch die Anwendung einer kollagenen Matrix zur Weichgewebeunterstützung. Anhand beeindruckender Langzeitergebnisse zeichnete er die Vor- und Nachteile auf, die sich durch die Anwendung von neueren Kollagenmembranen ergeben. Seiner Ansicht nach nimmt mittlerweile die regenerative Parodontalchirurgie in der Praxis den wichtigsten Stellenwert ein, mit der Folge, dass in vielen Fällen ein Zahnverlust mit konsekutiver Implantation vermieden werden kann.

Den Nachmittag konnte Prof. Dr. Dr. Thomas Beikler/Hamburg, mit „Strategien der Parodontitis-therapie im Rahmen der aktuellen PAR-Richtlinie“ füllen. Als Grundlage seiner Konzeption erläuterte er den Ablauf seines Therapiekonzeptes anhand der neuen PAR-Richtlinie und warum es aufgrund der aktuellen Erkenntnisse und Studienlage zu den Änderungen in der Systematik der PA-Therapie gekommen ist. In der Vergangenheit hat man den Fokus zu sehr auf die Therapie der Karies gesetzt. Die Prävalenz der Parodontitis hingegen ist erschreckend hoch. Noch erschreckender sind die Zahlen der auch wirklich abgerechneten Fälle bei den Krankenkassen. Auch die Ursachen für Extraktionen von Zähnen sind nicht mit den Möglichkeiten des Erhalts der Zähne kompatibel. Zu häufig werden Zähne mit guter Prognose trotzdem entfernt. Und dies auch aufgrund von Unwissenheit. Auch hat ein Umdenken in der Entstehung der Parodontitis stattgefunden. Schon länger ist bekannt, dass als Ursache für die Entstehung einer Parodontitis neben dem Biofilm natürlich auch



die Empfänglichkeit des Patienten eine Rolle bei der Progression der Erkrankung spielt. Somit ist das Biofilmmangement einer der Hauptgaranten für eine erfolgreiche Therapie der Parodontitis. Anhand der Veränderungen von Sondierungstiefen stellte er an Fallbeispielen dar, wann eine nichtchirurgische und eine chirurgische Therapieintervention sinnvoll erscheinen. Neben einigen chirurgisch resektiven Verfahren wie Bridging und Ramping wies Prof. Thomas Beikler auf einen kritischen Umgang mit adjuvanter Antibiotikagabe und mit den entsprechenden Empfehlungen der neuen Leitlinie hin. Als abschließenden Teil seiner Therapiekonzeption zeigte er verschiedene Instrumentationsverfahren wie Ultraschallapparaturen und Pulver-Wasser-Strahlgeräte zur Nachsorge seiner Parodontitispatienten vor.

Plastisch-ästhetische Aspekte: Materialien auf dem Prüfstand

Der komplette Samstag gehörte ganz und gar dem ebenso aktuellen wie spannenden Thema der plastisch-ästhetischen Chirurgie. In Theorie und Praxis stellte Prof. Dr. Dr. Anton Sculean aus Bern klinische Konzepte und neue Entwicklungen in der plastisch-ästhetischen Chirurgie am Zahn und Implantat vor. In Vorbereitung des am Nachmittag stattfindenden Hands-on-Kurses erfolgte zunächst eine theoretische Einführung in die unterschiedlichen Techniken der plastisch-ästhetischen Parodontalchirurgie mit und ohne Eigengewebe. Auch wenn autologe Gewebe immer noch der Goldstandard sind, so gibt es bei der Entnahme von Bindegewebs- bzw. freiem Schleimhauttransplantat auch Nachteile wie beispielsweise eine Erhöhung der Morbidität, die Möglichkeit einer Gefäß- und Nervverletzung, eine

begrenzte Menge an Weichgewebe und ein verlängerter chirurgischer Eingriff. Dies sind natürlich Nachteile, die zu der Entwicklung von Ersatzmaterialien wie kollagenen Membranen und Matrices geführt haben. Vorgestellt wurden die zurzeit auf dem Markt befindlichen Materialien Mucograft, mucoderm und Fibro-Gide. Das Hauptanwendungsbereich von Mucograft sieht Prof. Sculean in der Verwendung als Wundverband, z. B. im Rahmen einer Vestibulumplastik, wodurch die Bildung von keratinisierter Gingiva gefördert wird. mucoderm liefert nach wissenschaftlichen Erkenntnissen im Rahmen der Rezessionsdeckungen bessere Ergebnisse als Mucograft, jedoch ist es immer noch dem eigenen Gewebe unterlegen. Auch wenn die Vorteile von Mucograft, wie gute Heilungstendenz, kürzere Operationszeit, weniger Morbidität, klar auf der Hand liegen, eignet sich autologes Gewebe für die Behandlung von Rezessionen besser, da eine bessere Keratinisierung und eine vollständige Deckung erreicht werden können. Bei autologen Bindegewebetransplantaten kann man sogar eine Volumenzunahme im Heilungsverlauf nach mehreren Jahren sehen. Nicht ganz so bekannt wie Mucograft und mucoderm ist das porcine Ersatzmaterial Fibro-Gide. Da es mit rund 6 mm ziemlich dick ist, ist es für Rezessionsdeckungen eher ungeeignet. Es bietet sich vielmehr für den Einsatz im Rahmen von Weichteilaugmentationen an.

Am Samstagnachmittag folgten den Worten sodann die Taten. An ausgewählten Schweinekiefen konnten die Teilnehmer die zuvor erläuterten Operationstechniken, allen voran die Tunneltechnik, ausprobieren.

Ein weiteres parodontologisches Teilgebiet, welches in seinen Behandlungsoptionen eng an den aktuellen Kenntnisstand gebunden ist, ist die

Periimplantitis, die linear zur Menge der inserierten Implantate an Bedeutung gewinnt.

Als letzter Vortragender des Wochenendes referierte Dr. Jochen Tunkel aus Bad Oeynhausen über das Thema „Implantate beim Parodontitispatienten – welche Wege führen zum (Miss-)Erfolg?“ Dabei ging er zunächst auf die Frage ein, warum es eine höhere Implantatverlustrate beim Parodontitispatienten gibt und zu welchen Zeitpunkten diese Verluste auftreten. Dabei arbeitete er diese Zeitkorridore ab und stellte dar, mit welchen Methoden der Behandler eingreifen kann, um die Verluste zu verhindern. Hierbei ging er auf die Themen nichtchirurgische Parodontitistherapie, Knochenaufbau, Wiederherstellung keratinisierter Mucosa und parodontale Nachsorge ein. Dabei stellte er heraus, dass jeder einzelne Abschnitt durch den Zahnarzt, Oral- oder Kieferchirurgen zu einem erfolgreicheren Ergebnis beeinflusst werden kann.

Kollegen, die sich für das kommende Curriculum für operative und ästhetische Parodontologie interessieren, welches vom 4. bis 6. November 2022 erneut in Düsseldorf stattfinden wird, finden dahingehend weiterführende Informationen auf der BDO-Website: www.oralchirurgie.org

Kontakt

Dr. Robert Würdinger

Arbeitsgemeinschaft für chirurgische Parodontologie des Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen BDO e.V.

Fachzahnarztpraxis Dr. Würdinger
Frankfurter Straße 6
35037 Marburg
Tel.: +49 6421 1688990
info@dr-wuerdinger.de
www.dr-wuerdinger.de

» Sicherheit für Chirurg und Patient

Sonderangebot 10%
Code: #Chirurgie2022

ab 314,10 €

zzgl. MwSt.



EthOss – Biphasisches β -Tricalciumphosphat Knochenregenerationsmaterial

EthOss besteht zu 100 % aus synthetischen Calcium Sulfat Verbindungen. Die Besonderheit von EthOss besteht in seiner Zusammensetzung von 65 % β -TCP und 35 % Kalzium Sulfat. Dies führt zu einem schnellen Knochenumbau und einem stabilen Knochenvolumen.

NEU

251,10 €

zzgl. MwSt.



Sonderangebot 10%
Code: #Chirurgie2022

EthOss – Degranulation Kit

Eignet sich perfekt für die Reinigung von Alveolen und zur Entfernung von Granulationsgewebe, ohne dabei den gesunden Knochen abzutragen. Inhalt eines Kits: 4 Bohrer (Größe: 1,0/ 2,5/ 3,0/ 3,5 mm) inkl. Metallständer, Absaugkanüle und Reinigungsbürste

Aktion
5+1

ab 74,92 €

zzgl. MwSt.



Safescraper® gebogen

Safescraper® gerade

Safescraper (je 3 Stck. steril, Einweg)

Sichere, minimalinvasive Entnahme – vielfach bewährt! Die intraorale Gewinnung von kortikalen Knochenspänen gelingt mittels dem originalen Safescraper® Twist medizinisch sicher, einfach und schnell.



55,00 €

zzgl. MwSt.

Sonderangebot 10%
Code: #Chirurgie2022

Micross

Für die minimalinvasive Gewinnung von autologem Knochen. Das gesamte Augmentat wird mit der Pinzette übertragen und in den jeweiligen Defekt eingebracht.

NEU

Preis SMARTACT evo
2090,00 €

sterile PINS - 3 Stück
36,00€

zzgl. MwSt.



SMARTACT evo - Membran Fixierer im neuen Design

Mit SMARTACT evo lassen sich Membranen sicher, präzise und zeitreduziert fixieren. Die neuen PINS aus Reintitan ermöglichen eine sichere Verankerung, auch in sehr hartem Knochen. Das pneumatische System dient der Fixierung der PINS völlig ohne Kraftaufwand.

Aktion
5+2

54,90 €

zzgl. MwSt.



ParoMit® Dental-Spray, 30 ml

Unterstützt die Heilungsfunktion im Weichgewebe. Ideal nach oralchirurgischen Eingriffen bei Blutungs- und Entzündungsrisiken.

Zantomed GmbH
Ackerstraße 1 · 47269 Duisburg
info@zantomed.de · www.zantomed.de



Tel.: +49 (203) 60 799 8 0
Fax: +49 (203) 60 799 8 70
info@zantomed.de

Preise zzgl. MwSt. Irrtümer und Änderungen vorbehalten.
Angebot gültig bis 30.04.2022

zantomed
www.zantomed.de

Neoss® Integrate 2022 .

Integrate. Educate. Celebrate.



In diesem Sommer feiert Neoss 20 Jahre Intelligent Simplicity und lädt die Dentalgemeinschaft aus der ganzen Welt zu einem außergewöhnlichen wissenschaftlichen Programm ein. Unter dem Vorsitz von Prof. Christer Dahlin findet vom 9. bis 11. Juni in Göteborg, der Heimat von Prof. Per-Ingvar Brånemark und der modernen Implantologie, eine dreitägige Konferenz statt, zu welcher renommierte Referenten eingeladen wurden, um dentale Themen und Techniken zu diskutieren. Hinzu kommen verschiedene Break-out-Sessions und Programmvorträge für das gesamte Praxisteam, um die Effizienz der täglichen Praxis zu verbessern. Rund um die Konferenz, wird es verschiedene Aktivitäten und Exkursionen geben.

Weitere Informationen zur Teilnahme, das Programm und die Referenten auf www.neossintegrate.com



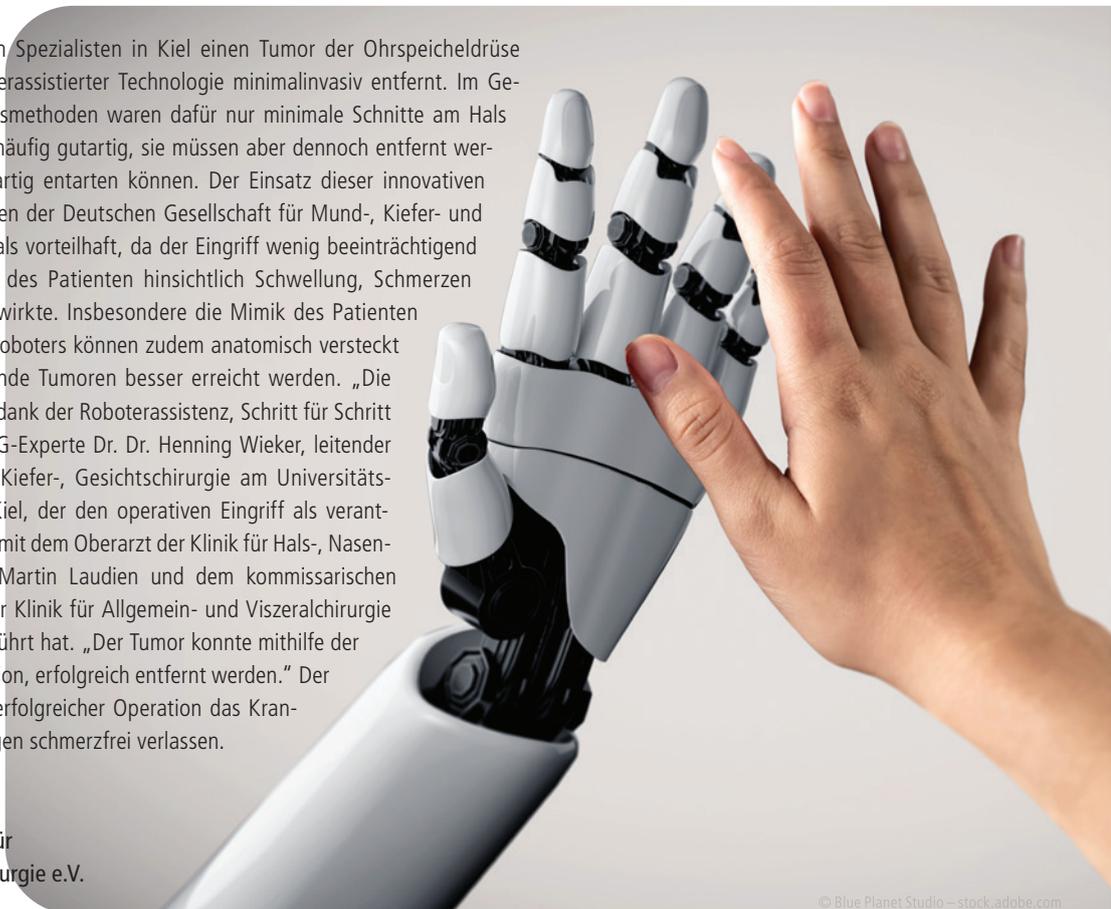
Quelle: Neoss GmbH

Operationsmethodik

Vorreiterrolle in der roboterassistierten Speicheldrüsenchirurgie

Zum ersten Mal weltweit haben Spezialisten in Kiel einen Tumor der Ohrspeicheldrüse (Glandula parotis) mithilfe roboterassistierter Technologie minimalinvasiv entfernt. Im Gegensatz zu bisherigen Operationsmethoden waren dafür nur minimale Schnitte am Hals nötig. Zwar sind diese Tumoren häufig gutartig, sie müssen aber dennoch entfernt werden, weil sie wachsen und bösartig entarten können. Der Einsatz dieser innovativen Methode erwies sich laut Experten der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG) als vorteilhaft, da der Eingriff wenig beeinträchtigend auf den postoperativen Verlauf des Patienten hinsichtlich Schwellung, Schmerzen und kosmetischer Veränderung wirkte. Insbesondere die Mimik des Patienten war unbeeinflusst. Mithilfe des Roboters können zudem anatomisch versteckt und chirurgisch ungünstig liegende Tumoren besser erreicht werden. „Die Entfernung des Tumors erfolgte, dank der Roboterassistenz, Schritt für Schritt und sehr präzise“, so der DGMKG-Experte Dr. Dr. Henning Wieker, leitender Oberarzt der Klinik für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Kiel, der den operativen Eingriff als verantwortlicher Operateur, zusammen mit dem Oberarzt der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Prof. Dr. Martin Laudien und dem kommissarischen Leiter der Thoraxchirurgie aus der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie Dr. Mark Schlemminger durchgeführt hat. „Der Tumor konnte mithilfe der Methode, trotz ungünstiger Position, erfolgreich entfernt werden.“ Der 24-jährige Patient konnte nach erfolgreicher Operation das Krankenhaus schon nach wenigen Tagen schmerzfrei verlassen.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V.



© Blue Planet Studio – stock.adobe.com

Weiterbildung

Neues Jahr, neue Weiterbildungsmöglichkeiten

Für 2022 hat Kulzer ein abwechslungsreiches Fortbildungs- und Kursprogramm konzipiert, um Zahntechnikern und Zahnärzten auch zukünftig bei neuen Herausforderungen zur Seite zu stehen. Als eines der weltweit führenden Dentalunternehmen ist Kulzer seit über 85 Jahren verlässlicher Partner für Zahnärzte und Zahntechniker. Ob Ästhetische oder Digitale Zahnheilkunde, ob Zahnerhaltung, Prothetik oder Parodontologie – Kulzer steht für zuverlässige und innovative Dentalprodukte. Mit optimalen Lösungen und Services unterstützt Kulzer seine Kunden dabei, die Zahngesundheit der Patienten auf sichere, einfache und effiziente Weise wiederherzustellen. Für Anwender, die Seminare und Veranstaltungen nur schwer in ihren Praxis- und Laboralltag integrieren können, hat das Hanauer Dentalunternehmen Webinare in sein Programm aufgenommen, von Fachvorträgen bis hin zu praxisnahen Übungen mit vielen handwerklichen Tipps und Tricks der Referenten. So stehen Hands-on-Kurse zur klassischen und digitalen Prothetik sowie Workshops und Vorträge zu aktuellen Spezialthemen auf dem Programm. An den Online-Schulungen können Interessierte bequem von zu Hause aus teilnehmen. Ziel ist es, Zahnärzten und Zahntechnikern die Möglichkeit zum fachlichen Austausch zu geben – und gleichzeitig die Option, sich die Vorträge auch im Nachgang erneut anzuschauen. Die Termine und für welche Kulzer Webinare Fortbildungspunkte vergeben werden, finden Sie hier:



Quelle: Kulzer GmbH



Eigentümerwechsel

Rainer Höpfl neuer Geschäftsführer von Akrus Medizintechnik

Akrus Medizintechnik ist seit 1946 etablierter Spezialist für technisch hochwertige und richtungsweisende Medizingeräte, von mobilen OP-Tischen bis hin zu Liegen für spezielle Laserbehandlungen. Der bisherige Eigentümer Gisbert Scott Kottwitz übergab nun die Firmenführung an den Unternehmer Rainer Höpfl, welcher als erklärtes Ziel angab, die mehr als 75 Jahre währende Tradition von Akrus fortzusetzen und auf echte Kontinuität in der operativen und strategischen Ausrichtung zu bauen. Besonders wichtig sei ihm der Ausbau des Hauptsitzes des Unternehmens in Elmsborn. „Wir sehen uns als Teil der regionalen



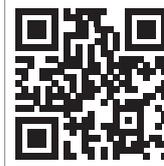
Wirtschaft, um von hier aus weiterhin die Welt mit unseren technisch hochwertigen und richtungsweisenden Medizingeräten zu versorgen.“ Die erfahrenen Ingenieure und Konstrukteure entwickeln im Dialog mit Ärzten und medizinischem Personal aus den jeweiligen Fachrichtungen immer wieder neue Produkte oder entwickeln bereits Vorhandenes weiter. Es bestünden zahlreiche Kooperationen mit weltweit führenden Unternehmen aus Medizin und Industrie, sodass Akrus sich auf einem stabilen Wachstumspfad befinde.

Quelle: Akrus GmbH & Co KG



Rechtfertigt der Würgereiz eines Patienten die Kostentragung der gesetzlichen Krankenversicherung für eine implantologische Versorgung? Was gilt als Ausnahmeindikation und ab wann? Ein Streitfall aus Berlin-Brandenburg.

Dr. Susanna Zentai
[Infos zur Autorin]



Kostentragung durch GKV für Implantate bei Würgereiz

Dr. Susanna Zentai

Bekanntermaßen übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung nur in bestimmten Ausnahmefällen die Kosten für eine implantologische Versorgung. Einen solchen Ausnahmefall sah ein Patient als bei ihm gegeben an, da er nach eigenem Bekunden an einem sehr ausgeprägten Würgereiz litt. Mit dieser Argumentation verklagte er seine gesetzliche Krankenversicherung.

Keine muskuläre Fehlfunktion

Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg hatte in zweiter Instanz zu entscheiden. In seiner Begründung zu seinem Urteil vom 15.04.2021 (Az. L 9

KR 540/17) führte das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg aus: „Zur Überzeugung des Senats greift indessen auch die Ausnahmeindikation nach Buchstabe d) nicht. Denn der Würgereiz, unter dem der Kläger nach eigenen Angaben leidet, ist keine ‚nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktion im Mund- und Gesichtsbereich‘, sondern als vegetativ bzw. psychomotorisch bedingte Störung der Rachenmuskulatur einzuordnen. Ein Würgereiz oder Rachenreflex des Menschen ist primär ein normaler Abwehrmechanismus, der das Eindringen von Fremdkörpern in den Rachen (Pharynx), den Kehlkopf (Larynx) oder die Luftröhre (Trachea) verhindern kann und der durch ein takti-

les Stimulieren des weichen Gaumens, der Zunge und von Teilen des Rachens ausgelöst wird. Dieser physiologische Reflex wird durch den Parasympathikus des vegetativen Nervensystems kontrolliert und ist dem Nervus glossopharyngeus und dem Nervus vagus zugeordnet. Über diese beiden Nerven werden intraorale Reize in die Medulla oblongata (Hirnstamm) geleitet und das Brechzentrum gereizt. Dies führt zu einem reflektorischen Anheben der Zunge und einer Kontraktion der Rachenmuskulatur. Folglich ist der Rachen betroffen und gerade nicht der Mund- und Gesichtsbereich, wie es bei Spastiken der Fall sein kann; vom Würgereiz ist nicht der Mund- und Gesichtsbereich, sondern der Schlundbereich, also der Halsbereich betroffen.“

Bezug auf medizinisches Gesamtziel

Demnach rechtfertigt ein Würgereiz des Patienten alleine nicht die Kostentragung der gesetzlichen Krankenversicherung für eine implantologische Versorgung.

Darüber hinaus stellte das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg in seinem Urteil fest, dass es sich bei einer implantologischen Versorgung nicht um eine – die Kostentragung durch die gesetzliche Krankenversicherung begründende – „medizinische Gesamtbehandlung“ handle. Eine Implantatversorgung sei nicht Teil einer „medizinischen Gesamtbehandlung“ im Sinne von § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V bzw. Abschnitt B. VII. Nr. 1 der Behandlungsrichtlinie. Eine solche setze sich aus verschiedenen human- und zahnmedizinisch notwendigen Bestandteilen zusammen, ohne sich in einem

dieser Teile zu erschöpfen. Nicht die Wiederherstellung der Kaufunktion im Rahmen eines zahnärztlichen Gesamtkonzepts, sondern ein darüber hinausgehendes medizinisches Gesamtziel müsse der Behandlung ihr Gepräge geben.

Zur Begründung nimmt das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 4.03.2014 (Az. B 1 KR 6/13) Bezug, in welchem aus dem Wortlaut der Regelung des § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V abgeleitet wird. Der Anspruch bestehe danach nicht bereits dann – so das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg weiter –, wenn Implantate zahnmedizinisch geboten sind. Eine medizinische Gesamtbehandlung läge nicht schon dann vor, wenn dem Behandlungsplan des Zahnarztes ein Gesamtkonzept zur Wiederherstellung der Kaufunktion des Patienten zu entnehmen ist. Wenn die Ermöglichung der Abstützung von Zahnersatz durch Implantate das einzige oder das hauptsächliche Behandlungsziel seien, seien die Kosten des Implantats vielmehr vom Versicherten nach den allgemeinen Regelungen eigenverantwortlich zu tragen. Ausgehend davon diene die Implantatversorgung, die der Kläger begehrt, in seinem Fall allein der Wiederherstellung der Kaufunktion. Sie sei nicht in eine medizinische Gesamtbehandlung eingebettet.

Fazit

Diese Entscheidung bestätigt wieder einmal, dass die Kosten für eine implantologische Versorgung nur in wenigen Ausnahmefällen von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden.

Autorentipp

Welche Informationen muss bzw. sollte der Zahnarzt in einem rechtlichen Streitfall seines Patienten vorlegen?

Wenn der Patient außergerichtlich keine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung erreichen kann, muss er den Klageweg beschreiten. Dabei sehen die Prozessordnungen vor, dass in der Regel jede Partei das beweisen muss, was sie beansprucht. Im konkreten Fall bedeutet das, dass der Patient das Vorliegen der Ausnahmeindikation darlegen und beweisen muss. Das kann er anhand der Befunde, Diagnosen, der Behandlungsdokumentation einschließlich der Ergebnisse bildgebender Verfahren nebst ihren Auswertungen und zur Not mithilfe einer zahnärztlichen Stellungnahme erfüllen. Diese ent-

sprechenden Informationen sollten ihm von seinem behandelnden Zahnarzt zur Verfügung gestellt werden.

Dr. Susanna Zentai
Justiziarin des BDO

Dr. Zentai – Heckenbücker
Rechtsanwälte Partnergesellschaft mbB
Hohenzollernring 37
50672 Köln
Tel.: +49 221 1681106
www.dental-und-medizinrecht.de



Kongresse, Kurse und Symposien



Wiesbadener Forum für Innovative Implantologie

8
FORTBILDUNGSPUNKTE

30. April 2022
Veranstaltungsort: Wiesbaden
Tel.: +49 341 48474-308
Fax: +49 341 48474-290
www.wiesbadener-forum.info



Hamburger Trio! Implantologie – Ästhetik – Prävention

16
FORTBILDUNGSPUNKTE

13./14. Mai 2022
Veranstaltungsort: Hamburg
Tel.: +49 341 48474-308
Fax: +49 341 48474-290
www.praeventionskongress.info



Giornate Veronesi – Implantologie und Allgemeine Zahnheilkunde

16
FORTBILDUNGSPUNKTE

20./21. Mai 2022
Veranstaltungsort: Valpolicella/Italien
Tel.: +49 341 48474-308
Fax: +49 341 48474-290
www.giornate-veronesi.info



Faxantwort an +49 341 48474-290

Bitte senden Sie mir die angekreuzten Veranstaltungsprogramme zu.

Titel, Name, Vorname

E-Mail-Adresse (Für die digitale Zusendung des Programms.)

Praxisstempel / Laborstempel

Zeitschrift des Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen

ORALCHIRURGIE Journal

Berufsverband Deutscher Oralchirurgen

Sekretariat:
Ingrid Marx
Bahnhofstraße 54
54662 Speicher

Tel.: +49 6562 9682-15
Fax: +49 6562 9682-50
izi-gmbh.speicher@t-online.de
www.izi-gmbh.de

Impressum

Herausgeber:
OEMUS MEDIA AG
in Zusammenarbeit mit dem
Berufsverband Deutscher Oralchirurgen

Redaktion:
Nadja Reichert
Tel.: +49 341 48474-102
n.reichert@oemus-media.de

Verleger:
Torsten R. Oemus

Anne Kummerlöwe
Tel.: +49 341 48474-210
a.kummerloewe@oemus-media.de

Verlag:
OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig
Tel.: +49 341 48474-0
Fax: +49 341 48474-290
kontakt@oemus-media.de
www.oemus.com

Produktionsleitung:
Gernot Meyer · Tel.: +49 341 48474-520
meyer@oemus-media.de

Deutsche Bank AG Leipzig
IBAN DE20 8607 0000 0150 1501 00
BIC DEUTDE33XXX

Art Direction:
Alexander Jahn · Tel.: +49 341 48474-139
a.jahn@oemus-media.de

Verlagsleitung:
Ingolf Döbbecke
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller

Layout:
Pia Krah · Tel.: +49 341 48474-130
p.krah@oemus-media.de

Chairman Science & BD:
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner

Korrektorat:
Frank Sperling · Tel.: +49 341 48474-125
f.sperling@oemus-media.de

Produktmanagement:
Stefan Reichardt · Tel.: +49 341 48474-222
reichardt@oemus-media.de

Marion Herner · Tel.: +49 341 48474-126
m.herner@oemus-media.de

Chefredaktion:
Univ.-Prof. Dr. Torsten W. Remmerbach
oralchirurgie-journal@remmerbach.net

Druck:
Silber Druck oHG
Otto-Hahn-Straße 25
34253 Lohfelden

Druckauflage: 4.000 Exemplare

Wissenschaftlicher Beirat:

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

Erscheinungsweise/Auflage:

Das Oralchirurgie Journal – Zeitschrift des Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen – erscheint 2022 mit 4 Ausgaben. Es gelten die AGB.

Editorische Notiz (Schreibweise männlich/weiblich/divers):

Wir bitten um Verständnis, dass aus Gründen der Lesbarkeit auf eine durchgängige Nennung der Genderbezeichnungen verzichtet wurde. Selbstverständlich beziehen sich alle Texte in gleicher Weise auf alle Gendergruppen.

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 Verfassernamen 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



ONLINE-ANMELDUNG/
KONGRESSPROGRAMM



www.hamburger-trio.de

UNSER HAMBURGER TRIO!

13./14. Mai 2022 | Hamburg – Privathotel Lindtner

Implantologie



EXPERTENSYMPOSIUM „Innovationen Implantologie“

Wissenschaftliche Leitung:
Univ.-Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets/Hamburg

Ästhetik



18. Jahrestagung der DGKZ

Wissenschaftliche Leitung:
Dr. Martin Jörgens/Düsseldorf

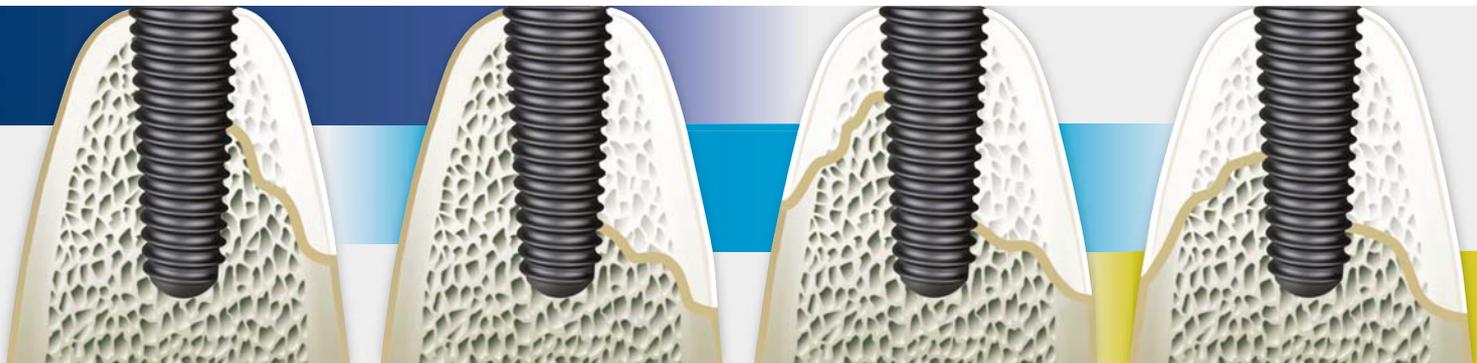
Prävention



Präventionskongress der DGPZM

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. Stefan Zimmer/Witten

Das defektorientierte Geistlich-Konzept



KLASSIFIKATION DER ALVEOLARKAMMDEFEKTE*

Guided Bone Regeneration

kleine Knochendefekte

Stabilized Bone Regeneration

kleinere komplexe Knochendefekte

Customized Bone Regeneration

größere komplexe Knochendefekte

EMPFOHLENE MATERIALIEN

Geistlich Bio-Oss® Geistlich Bio-Gide®



Titan-Pins

Geistlich Bio-Oss® Geistlich Bio-Gide®



Schirmschrauben

Geistlich Bio-Oss® Geistlich Bio-Gide®



Mikroschrauben



Titangitter

*modifiziert nach Terheyden H.(2010). DZZ 65:320-331

Bitte senden Sie mir folgende Broschüren zu:

- Informationsbroschüre | Das defektorientierte Geistlich-Konzept
- Therapiekonzepte | Kleinere Knochenaugmentationen
- Broschüre | Instrumente und Zubehör
- Yxoss CBR® Produktkatalog mit Therapiekonzepten

Mehr Stabilität und Sicherheit

Geistlich Biomaterials Vertriebsgesellschaft mbH
Schöckstraße 4 | 76534 Baden-Baden
Tel. 07223 9624-0 | Fax 07223 9 6 2 4 -10
info@geistlich.de | www.geistlich.de