



konkret

Journal für die implantologische Praxis



CAD/CAM-Chairside

FOKUS: Digitale Möglichkeiten

11. Experten Symposium:
**Kurze und angulierte
Implantate**

Seite 6

Antikorruptionsgesetz:
**Aktuell: Workshop
des BDIZ EDI**

Seite 23

GOÄ-Reform:
**Das geht auch
die Zahnärzte an**

Seite 10



**JETZT
ANMELDEN!**

Nächster Kurstermin:
26.02.2016

**ZYGOMA
IMPLANTATE**

Kursdauer:
9:00-16:30 Uhr
8 Fortbildungspunkte
Kosten: 800 €

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

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

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

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



BOC Education Program

Leider gibt es kurz vor dem Ende des Jahres 2015 keine besonders guten Nachrichten. Die GOÄ-Novellierung könnte zum Desaster werden. Nach vier Jahren gemeinsamer Verhandlung mit der PKV steht die Bundesärztekammer mittlerweile enorm unter Druck. Bisher berichtete Details zum Verhandlungsergebnis lassen auch für uns Zahnärzte nichts Gutes erwarten. Die Überführung der GOÄ in eine Erstattungsgebührenordnung mit festen Einheitsätzen und Einschränkungen der Abrechnungsmöglichkeiten zeichnet sich ab – und das, so wird befürchtet, könnte Auswirkungen auf eine Weiterentwicklung der GOZ haben. Die Hinweise verdichten sich, dass für die Politik auch bei der GOÄ-Reform scheinbar nur das Interesse der Kostenträger eine Rolle spielt. Weder wurde der Zahnärzteschaft ein Inflationsausgleich zugestanden noch scheint das bei der GOÄ-Reform geplant.

Die vorliegende Rahmenvereinbarung von PKV und Bundesärztekammer beruht in wesentlichen Teilen offensichtlich auf dem Konzept der PKV für eine neue GOÄ. Und entsprechend verwundert nicht, dass es im Kern auf eine Angleichung der privaten Gebührenordnungen an die für die Vergütung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Gebührenordnungen hinausläuft.

Die Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer hat das Verhandlungsergebnis zur GOÄ-Reform im November abgelehnt. Was auf dem Sonderärztetag passieren wird, bleibt momentan Spekulation.

Aber auch unsere berufsständische Selbstverwaltung wird bedroht. Brüssel hat die Freien Berufe auf dem Radar, wenn es um den Abbau vermeintlicher Beschränkungen des Wettbewerbs geht. Deregulierung kann aber kein Selbstzweck sein. Alle Regeln über Bord zu werfen, ist noch kein Konzept. Daher ist sorgfältig zu prüfen, welche Auswirkungen auf Patient und Zahnarzt ein ausschließlich auf den Wettbewerb fokussierter Politikansatz hat.

Mehr als ein Ärgernis liegt für uns Zahnärzte auch in der Debatte über das geplante Antikorruptionsgesetz. Gleiches gilt in Bayern für die Einführung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

Deren Arbeit soll jetzt evaluiert werden. Wenn sich zeigt, was die Zahnärzte vermuten, sollten diese Schwerpunktstaatsanwaltschaften umgehend wieder aufgelöst werden.

Die nächste Herausforderung betrifft die zahnmedizinische Versorgung der vielen Asylbewerber, die auch den Weg in unsere Praxen finden. Gleichzeitig altert die Gesellschaft. Wir haben als Zahnärzte sehr vorausschauend Konzepte – insbesondere auf dem Sektor der Prävention – entwickelt, die auf solche Herausforderungen eingehen.

Zugegeben: diese kleine Rückschau zeichnet ein recht düsteres Bild des Jahres 2015. Wir vom BDIZ EDI waren aber nicht untätig. Ein Ausblick auf 2016: Die neue Thematik zur GOÄ-Novellierung werden wir weiter begleiten. Zum Auftakt verschaffen wir Ihnen in dieser Ausgabe eine Übersicht. Zum Antikorruptionsgesetz haben wir nicht nur umfassend informiert und analysiert, wir haben auch einen Alternativentwurf zum geplanten Gesetzesvorhaben an Bundeskanzleramt, Bundesjustizministerium und jetzt auch an den Bundes-

ausschuss für Recht und Verbraucherschutz übermittelt. Für unsere Mitglieder starten wir 2016 in loser Folge eine Reihe von Workshops, die die drängenden Fragen zu den geplanten neuen Straftatnormen beantworten sollen. Die Auftaktveranstaltung findet im Vorfeld des 11. Experten Symposiums in Köln statt: Samstag, 6. Februar 2016.

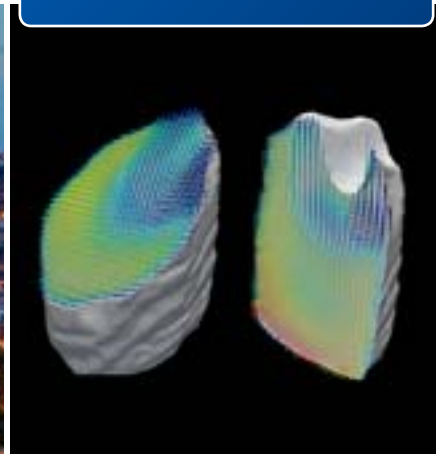
Wir werden Ihnen im nächsten Jahr wie gewohnt einen Praxisleitfaden zur Verfügung stellen: diesmal über die Vorteile und Grenzen von kurzen und angulierten Implantaten. Auch die BDIZ EDI-Tabelle 2016 ist wieder in Vorbereitung, die den Weg durch den Dschungel der zahnärztlichen Abrechnung weist. Wir bleiben für Sie auch 2016 am Ball: fachlich, serviceorientiert und vorausschauend.



Foto: BLZK

Herausforderungen

Christian Berger
Präsident BDIZ EDI



40 10. Europa-Symposium 2016: Verona begrüßt im Mai

88 **FOKUSTHEMA:** Revolution in der Computertomografie?

80 Vereinfachte Alveolenversorgung mit verzögerter Implantation

BDIZ EDI Aktuell

Editorial	3
11. Experten Symposium: Update – kurze und angulierte Implantate	6
Rückschau/Vorschau	8
GOÄ-Reform: Paradigmenwechsel in der Gebührenordnung?	10
Erstanalyse: Niedergelassene Ärzte Verlierer der GOÄ-Reform?	12
Deutscher Zahnärztetag in Hamburg	18
19. Jahressymposium: Partner des ICOI World Congress	22
Interview mit Christian Berger zum ICOI-Kongress Berlin	26
Mit Brief und Siegel BDIZ EDI-Mitglied	27
Kick-off-Meeting für Problemlösungen bei der GOZ	28
38. Deutscher Privatzahnärztetag: Kompass Zahnmedizin 4.0	30
AS-Akademie: Neuer Fortbildungsgang startet 2016	32
Personalia	33
Der BDIZ EDI gratuliert	34
25. Gutachterkonferenz Implantologie: Die Position des Implantats	36
Dr. Fred Bergmann wird neuer Präsident der DGOI	39

BDIZ EDI Aktuell Europa

10. Europa-Symposium: State of the Art in Verona	40
WHO äußert sich zur Flüchtlingsproblematik	46
CED-Resolution: Nein zur Europäischen Normung	48
Newsticker	50
Transparenzbemühungen im Gesundheitswesen	54

Abrechnung & Recht

Serie: Ein Überblick über die Gesundheitsreformen 2015	57
--------------------------------------------------------------	----

Fortbildung

Prof.Dr.Marco Finotti: Schritt für Schritt zum Erfolg	64
-------------------------------------------------------------	----

José Eduardo Maté-Sánchez de Val und José Luis Calvo-Guirado: Verwendung von Abutments auf Polymerbasis für definitive Versorgungen	72
Dr. Beat Wallkamm: Vereinfachte Alveolenversorgung mit verzögerter Implantation	80

FOKUSTHEMA: CAD/CAM-Chairside

Revolution in der Computertomografie?	88
Digital Workflow: Potenzial für erfahrene Anwender	90
PD Dr. Jörg Neugebauer: CAD/CAM-Technologien im implantatprothetischen Behandlungsablauf	94
PD Dr. Jörg Neugebauer: Patientenaufklärung digital	100
Konsensuskonferenz: Neue Leitlinien mit BDIZ EDI-Input	104
Planmeca vernetzt digitale Geräte in der Praxis	106
Morita: Schonend und scharf	108
Kooperation zwischen Straumann und Sirona ermöglicht breitere Auswahl an CAD/CAM-Prothetik	108

Events

IMCC 2015: Bego steht für Miteinander	110
Dentaurum Implants: Implantologische Reifprüfung	112
6. Internationaler Camlog Kongress 2016 in Krakau	114
Nobel Biocare: Netzwerken auf Ungarisch	116
Kursbuch 2016 der Dentaurum-Gruppe: 20 Jahre CDC	118
3. Internationales Implant Direct Symposium findet in Palma de Mallorca statt	120
Camlog Start-up-Days: Log in to your future	124
BOC Deutschland bietet praxisnahe Fortbildungen	126
Humanpräparatekurs von Nobel Biocare in Wien	126
Synergiekongress der Praxis Dr. Markus Schlee	128
5. Internationaler Zeramex Kongress in Bern	129
Dental Balance: 4. Potsdamer Runde	130
Curasan: FIT 2016 – Hold the Date	130

Markt

Anwenderberichte und Innovationen aus der Industrie	132
-----------------------------------------------------------	-----

Termine & Mitteilungen

Aufnahmeantrag	161
Termine · Impressum	162

Die Revolution in der Mundpflege blue[®]m

oxygen for health

Bei allen
implantologischen
Behandlungen.



Exklusiv-Angebot
limitiert bis 18.12.2015

25,-*

15ml 500ml 75ml
Mundgel Mundspülung Zahncreme

- ✓ verhindert Zahnfleischbluten
- ✓ verhindert Zahnfleischschwund
- ✓ reduziert Zahntaschentiefe
- ✓ tilgt schädliche Mundbakterien
- ✓ zerstört anaerobe Bakterien
- ✓ verhindert Parodontitis
- ✓ reduziert Periimplantitis
- ✓ beschleunigt Heilungsprozesse



**Die einzigartige Formel:
Sauerstoff und Honig.**

Entwickelt von Dr. P. Blijdorp und seinem Spezialisten-Team:
Implantologen, Kieferchirurgen und Zahnärzten

Dentalline[®]
orthodontic products

dentalline GmbH & Co. KG · Goethestraße 47 · D-75217 Birkenfeld · Telefon: +49(0)7231-9781-81 · info@dentalline.de · www.dentalline.de

* blue[®]m 3er-Kit, 25,- € zzgl. ges. MwSt., 3,- € Versand. 1 Kit pro Praxis!



11. Experten Symposium am 7. Februar 2016

Update kurze und angulierte Implantate: Vorteile und Grenzen

Das Kölner Experten Symposium des BDIZ findet am Sonntag, 7. Februar 2016, zum 11. Mal statt. Thema im Hotel Dorint am Heumarkt in Köln: „Update kurze und angulierte Implantate: Vorteile und Grenzen“. Das Symposium findet traditionell am letzten Karnevalswochenende statt.

Nach dem Jubiläumssymposium zur Periimplantitis im Jahr 2015 greift der BDIZ EDI jetzt ein Thema auf, das schon einmal im Fokus stand. Damals ging es allerdings um die Praxisreife. „Implantate ohne Augmentation? Praxisreife von kurzen und angulierten Implantaten?“, lautete das Motto beim 6. Experten Symposium 2011. Angesichts der rasanten Entwicklung im Bereich der kurzen Implantate bedarf das Thema aus Sicht des BDIZ EDI einer Aktualisierung. Der BDIZ EDI unterzieht die kurzen und angulierten Implantate mit dem 11. Experten Symposium einem Faktencheck.

Der Markt der kurzen und angulierten Implantate boomt. Aber halten sie auch, was sie versprechen? Welche Prognosen

haben Versorgungen mit kurzen Implantaten? Kann man Patienten eine relativ einfache Versorgung ohne Augmentation anbieten, die dennoch langfristigen Erfolg verspricht?

Save the Date

**11. Experten Symposium des BDIZ EDI
Sonntag, 7. Februar 2016 in Köln**
Köln, Hotel Dorint am Heumarkt
Thema: Update kurze und angulierte
Implantate: Vorteile und Grenzen

Auch in diesem Jahr wird die Europäische Konsensuskonferenz (EuCC) tags zuvor einen Leitfaden auf der Basis eines Arbeitspapiers der Universität Köln erarbeiten. Das Konsensuspapier aus dem Jahr 2011 wird dazu gründlich überarbei-

tet und dessen Inhalte neu bewertet. Vor vier Jahren lautete die Empfehlung bei Einbeziehung von kurzen Implantaten: „Das Nutzen/Risiko-Verhältnis bei Verwendung von kurzen Implantaten (Länge unter 8 mm) ist in Hinblick auf eine Praxisreife zum heutigen Zeitpunkt nicht eindeutig einschätzbar (die vorliegenden Studien entsprechen der Evidenzklasse III). Zu diesem Thema liegen keine randomisierten, kontrollierten Studien (RCT) oder andere systematische, klinische Studien vor. Daher sollte im Rahmen der Indikationsstellung bei der Patientenauswahl eine kritische Würdigung der Therapiealternativen (Knochenaufbau und mittlere oder lange Implantate) erfolgen. Krestaler Knochenverlust beeinflusst möglicherweise die Überlebensrate von kurzen Implantaten mehr als bei langen Implantaten.“ Der 6. Praxisleitfaden der EuCC kann auf der Internetseite des BDIZ EDI eingesehen werden: www.bdizedi.org > Zahnärzte > Praxisleitfaden. Hier stehen übrigens alle bisher erarbeiteten Papiere online. ▶

Unsere Sponsoren

bredent
ortho

GABA GmbH

Otmedical®

Programm: 11. Experten Symposium am 7. Februar 2016

Update kurze und angulierte Implantate: Vorteile und Grenzen		14.00–14.45 Uhr	Unique methods of teeth restoration in case of bone loss <i>Prof. Dr. Douglas Deporter, Toronto</i>
09.00–09.15 Uhr	Begrüßung	14.45–15.30 Uhr	Die feste Sofortversorgung des zahnlosen/ bald zahnlosen Patienten <i>Dr. Wolfgang Bolz, München</i>
09.15–10.00 Uhr	Früher Beckenkamm – heute kurze Implantate <i>Prof. Dr. Dr. Rolf Ewers, Wien</i>	15.30–15.45 Uhr	Diskussion
10.00–10.45 Uhr	Klinische Erfahrungen bei der Anwendung von ultrakurzen Implantaten <i>Prof. Dr. Mauro Marincola, Rom</i>	15.45–16.15 Uhr	Pause
10.45–11.00 Uhr	Diskussion	16.15–17.00 Uhr	Indikationsorientierte prothetische Versorgung auf angulierten Implantaten <i>Prof. Dr. Nobert Schmedtmann, Hamburg</i>
11.00–11.30 Uhr	Kaffeepause	17.00–17.45 Uhr	Chirurgische Aspekte bei der Anwendung von kurzen und anguliert gesetzten Implantaten <i>PD Dr. Jörg Neugebauer, Landsberg am Lech</i>
11.30–12.15 Uhr	Short implant with two different connection types in the posterior mandible – a 5 years follow-up prospective study <i>Dr. Thomas Fortin, Lyon</i>	17.45–18.00 Uhr	Vorstellung Leitfaden
12.15–13.00 Uhr	Besser eins als keins: Das mittige Einzelimplantat im zahnlosen Unterkiefer älterer Patienten <i>Prof. Dr. Matthias Kern, Kiel</i>	18.00–18.15 Uhr	Abschlussdiskussion
13.00–13.15 Uhr	Diskussion	18.15 Uhr	Kölsch-Empfang
13.15–14.00 Uhr	Mittagspause	Hinweis: Die Vorträge in englischer Sprache werden simultan übersetzt.	

Die Veranstaltungsreihe widmete sich von Beginn an Themen, die zugleich aktuell und kontrovers waren. Einen europaweiten Konsensus zu solchen Themen zu suchen und zu finden, sieht der BDIZ EDI seit 2006 als Aufgabe. Seit 2006 sind

inzwischen zehn Praxisleitfäden erstellt worden, die dem implantologisch tätigen Zahnarzt in der Praxis im Umgang mit den verschiedenen Fragestellungen bei der Behandlung als Hilfestellung dienen kann.

Mehr zum Programm erhalten Sie auf der Internetseite des BDIZ EDI unter:



www.bdizedi.org >
Veranstaltungen und beim Scannen des QR-Codes

Anmeldung per Fax an 0228 / 93592-46

Ja, ich nehme am 10. Experten Symposium des BDIZ EDI am Sonntag, 7. Februar 2016 im Hotel Dorint, Köln, teil als

Mitglied: 295,- Euro Nichtmitglied: 425,- Euro

Hinweis: Der BDIZ EDI tagt im Hotel Dorint in der Pipinstraße in Köln. Hier steht ein begrenztes Zimmerkontingent für unsere Teilnehmer zur Verfügung. EZ incl. Frühstück ab 194,- Euro; DZ incl. Frühstück ab 229,- Euro. Stichwort: BDIZ EDI; Kontakt: Dorint, Köln, Fon +49 221 2806-0.

In der Teilnehmergebühr ist eine Karte für die „Große Sonntagssitzung“ im Gürzenich enthalten (Eintrittskarte und Imbiss in der Pause der Sonntagssitzung im Gürzenich). Weitere Karten für die Begleitperson/en können in beschränktem Umfang bestellt werden.

An der Sonntagssitzung nehme ich teil / nicht teil (bitte ankreuzen).

Ich bestelle zusätzlich Karte(n) für die Karnevalssitzung zum Preis von je 74,- Euro (zzgl. MwSt.)

Tribünenplätze für den Rosenmontagszug bitte buchen unter organisationsleiter@dgv-1823.de

Name, Vorname

Kontakt/Telefon

Straße, Hausnr., PLZ, Ort

Unterschrift

Bitte freimachen



BDIZ EDI
Geschäftsstelle Bonn
An der Esche 2
D-53111 Bonn

RÜCKSCHAU

proDente baut sein Filmangebot aus

„Servatius Saubermann über „Implantate“

Zum Tag der Zahngesundheit hat die Initiative proDente ein Erklärvideo zum Thema Implantate veröffentlicht. Erstmals rückt „Servatius Saubermann“ in den Mittelpunkt eines Films. Der „Zahnarzt“ Servatius Saubermann ist ein fiktiver Charakter, der bislang vor allem Informationen in den sozialen Medien verbreitet. Mit den illustrierten Animationen soll der Patient Abläufe sehen, die ihm bei der realen Filmaufnahme einer Operation verborgen blieben. Der Film kann auch auf der Webseite von proDente (<http://bit.ly/prodente-implantate-film>) gesehen und in verschiedenen Formaten heruntergeladen werden. ■

Quelle: proDente

Freier Verband Deutscher Zahnärzte

Neuer Vorstand



Foto: FVDZ

Bereits nach zwei Jahren hat die Hauptversammlung des FVDZ im Oktober in Bonn den Bundesvorstand ausgewechselt. Der neue Bundesvorsitzende des FVDZ heißt **Harald Schrader** aus Schleswig-Holstein, bisher Versammlungsleiter der Hauptversammlung. Er löst **Dr. Kerstin Blaschke** ab. An seiner Seite: **Dr. Peter Bühren** aus Mecklenburg-Vorpommern und **Dr. Gudrun Kaps-Richter** aus Baden-Württemberg. Der neue Bundesvorstand des FVDZ: Bundesvorsitzender **Harald Schrader** (Schleswig-Holstein) Stellvertreter: **Dr. Peter Bühren** (Mecklenburg-Vorpommern), Stellvertreterin: **Dr. Gudrun Kaps-Richter** (Baden-Württemberg), **Dr. Christian Öttl** (Bayern), **Bertram Steiner** (Berlin), **Hubertus van Rijt** (Westfalen-Lippe), **Dr. Reiner Zajitschek** (Bayern), **Dr. Eckhard Jung** (Niedersachsen), **Matthias Tamm** (Sachsen), **Dr. Thomas Wolf** (Rheinland-Pfalz), **Dirk Ruffing** (Saarland). ■

Quelle: AWU

Festakt in Bonn

60 Jahre FVDZ

„Nicht jeder Verband kann auf 60 Jahre des Bestehens zurückblicken, und nicht viele sind über diese lange Zeit groß geblieben“, sagte die FVDZ-Bundesvorsitzende **Dr.-medic./IffM Timisoara Kerstin Blaschke** während des Festaktes im Vorfeld der Hauptversammlung 2015 in Bonn. Als Festredner der 60-Jahrfeier warnte der Bundesvorsitzende der FDP, **Christian Lindner**, dass der Staat immer stärker in die Mündigkeit des Einzelnen eingreife und appellierte: „Lassen Sie es nicht zu, dass dem Patienten die freie Wahl des Arztes und der Therapie genommen wird.“ Wer dies zulassen würde, wache in einem anderen Gesundheitssystem auf. Er forderte vor 250 Teilnehmern, dass man gegen dieses Misstrauensvotum der Regierung gegenüber seinem Souverän kämpfen müsse. Bei der Veranstaltung präsentierte der FVDZ seine Festschrift. Darin blickt der Verband auf seine bewegte Geschichte seit seiner Gründung 1955 zurück, zeigt auf, was ihn heute ausmacht und richtet den Blick in die Zukunft. ■

Quelle: AWU



Festredner Christian Lindner
Bundesvorsitzender der FDP

Fotos: FVDZ

BZÄK stellt Piktogrammheft zur Verfügung

Piktogramme erleichtern die Behandlung

Zum Thema „Zahnärztliche Behandlung von Asylbewerbern“ hat die BZÄK ein „Piktogrammheft für die Zahnarztpraxis“ erstellt. Es soll die Zahnärzte bei der Behandlung von Menschen unterstützen, die der deutschen Sprache nicht oder nur unzureichend mächtig sind. Die im gewünschten Format ausgedruckten Seiten sollten für den Einsatz am Behandlungsstuhl möglichst laminiert werden. Die PDF-Datei findet sich auf der Internetseite der BZÄK unter www.bzaek.de. ■

Quelle: BZÄK



VORSCHAU

Workshop am 6. Februar 2016 in Köln

BDIZ EDI bietet Workshop zum Antikorruptionsgesetz



Foto: Fotolia.com/Africa Studio

Aufgrund der Nachfrage bietet der BDIZ EDI am Samstag, 6. Februar 2016, einen dreistündigen Workshop zum Antikorruptionsgesetz an. Der Workshop richtet sich an Zahnärzte/innen und wird am Vortag des 11. Experten Symposiums in Köln, Hotel Dorint am Heumarkt, stattfinden. Das Thema: „Antikorruptionsgesetz, Labor, Materialeinkauf - das sollten Sie wissen“. Der Workshop kostet 99,- Euro. Da die Teilnehmerzahl begrenzt ist, ist es ratsam, sich rasch anzumelden. Mehr Information und Anmeldung in dieser Ausgabe sowie online unter www.bdizedi.org.

Quelle: BDIZ EDI

26. Gutachterkonferenz am 25. Juni 2016

Partner 2016: die Zahnärztekammer Bremen

Die 26. Gutachterkonferenz des BDIZ EDI im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie findet 2016 gemeinsam mit der Zahnärztekammer Bremen in Bremen statt. Termin: Samstag, 25. Juni 2016. Mehr zu den Themen demnächst im Internet.

Quelle: BDIZ EDI

20 Jahre „konkret“ und 20 Jahre Symposium

2 x Jubiläum im Jahr 2016

Kaum zu glauben: das BDIZ EDI konkret wird bereits 20 Jahre alt. Eine Jubiläumsausgabe erscheint voraussichtlich im Juni 2016. Ebenfalls 20 Jahre alt wird das Jahressymposium des Verbandes, das im Herbst gemeinsam mit den Fachverbänden/Fachgesellschaften veranstaltet werden soll. Mehr demnächst an dieser Stelle und im Internet.

Quelle: BDIZ EDI



11. Experten Symposium am 7. Februar 2016 in Köln

Update kurze und angulierte Implantate – Vorteile und Grenzen

Zum inzwischen 11. Mal heißt es in Köln: Fortbildung und Karneval. Ein hochkarätig besetztes Referententeam unter der Leitung von Vorstandsmitglied *PD Dr. Jörg Neugebauer* nimmt die kurzen und angulierten Implantate unter die Lupe. Mit dabei als Referenten sind: *Prof. Dr. Dr. Rolf Ewers, Prof. Dr. Mauro Marincola, Dr. Thomas Fortin, Prof. Dr. Matthias Kern, Prof. Dr. Douglas Deporter, Dr. Wolfgang Bolz, Prof. Dr. Norbert Schmedtmann* und *PD Dr. Jörg Neugebauer*. Natürlich geht es um die chirurgische Seite, aber auch die Versorgung der Implantate wird mit diesem Symposium berücksichtigt werden. Mehr zum Symposium in dieser Ausgabe und online unter www.bdizedi.org.



Quelle: BDIZ EDI



10. Europa-Symposium vom 26. bis 28. Mai 2016

Verona ist eine Reise wert

Vor historischer Kulisse findet das 11. Europa-Symposium des BDIZ EDI statt. Der Verband ist 2016 Kooperationspartner von Quintessenza Edizioni Italien. Nach Glasgow 2015, Barcelona 2014, Split 2013 und Valencia 2012 findet der mittlerweile 11. europäische Kongress in der 250 000-Einwohner-Stadt im Norden Italiens statt. Thema: State of the Art. Mit *Christian Berger* und *PD Dr. Jörg Neugebauer* sind auch zwei Referenten des BDIZ EDI in das Programm eingebunden. Mehr dazu in dieser Ausgabe und auf der Webseite des BDIZ EDI. Mitglieder des Verbandes kommen in den Genuss eines reduzierten Teilnehmerpreises.

Quelle: BDIZ EDI, Quintessenza Edizioni



Foto: Fotolia.com/Sergii Figurnyi

Umstrittenes Verhandlungsergebnis zur GOÄ-Reform – Sonderärztetag in Planung

Paradigmenwechsel in der Gebührenordnung?

Es herrscht Unruhe bei den Ärzten mit Blick auf die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Das Ergebnis der Verhandlungspartner Bundesärztekammer (BÄK) und private Krankenversicherung (PKV) steht in der Kritik, PKV und Beihilfe zu begünstigen und den Weg zur Einheitsversicherung zu ebnen. Auch die Zahnärzte lehnen das Verhandlungsergebnis ab.

Nachdem der Verhandlungsführer der BÄK, *Dr. Theodor Windhorst*, Anfang September ein zweistelliges Honorarplus öffentlich verkündet hatte und dies anschließend von PKV und BÄK dementiert wurde, ist das Thema GOÄ-Reform allgegenwärtig. Die anschließende Informationsoffensive der Bundesärztekammer zum Verhandlungsergebnis führte nicht zum gewünschten Erfolg. Der Ruf nach einem Sonderärztetag wurde immer lauter. Der wird jetzt vorbereitet, wie BÄK-Präsident *Prof. Dr. Frank-Ulrich Montgomery* bestätigt hat. Grund ist das Erreichen des Quorums für diese Sonderveranstaltung, nachdem sich die drei Landesärztekammern Berlin, Brandenburg und Baden-Württemberg in ihren Delegiertenversammlungen dafür ausgesprochen hatten. *Facharzt.de* zitiert *Montgomery* dazu wie folgt: „Wenn wir jetzt keine neue GOÄ in Mitgestaltung

durch die Ärzteschaft bekommen, dann ist diese Chance wohl für lange Zeit verwirkt.“

Briefwechsel

Die Zahnärzte lehnen das Verhandlungsergebnis ab: „Was uns als gemeinsamer Vorschlag von PKV und Bundesärztekammer präsentiert und vorgestellt wurde, kann und wird nicht die Zustimmung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) finden können“, heißt es in einem von BZÄK-Präsident *Dr. Peter Engel* und den beiden Vizepräsidenten unterzeichneten Brief an *Montgomery*. Die „Ärzte-Zeitung“ zitiert aus dem Brief weiter: „Im Gegenteil, wegen der unmittelbaren Betroffenheit der Zahnärzte werden wir nicht umhin kommen, die Pläne mit allen Mitteln zu bekämpfen.“ Die Bedenken der Zahnärzte richten sich zum einen dagegen, dass „die

GOÄ faktisch in eine Festgebührenordnung umgestaltet werden“ solle – mit Steigerungsmöglichkeiten nur im Ausnahmefall, wie es im Brief heißt.

Suspekt ist der BZÄK auch die Rolle der zukünftig einzurichtenden Gemeinsamen Kommission (GeKo), die unter anderem die Weiterentwicklung und Anpassung der GOÄ übernehmen soll. Der BÄK-Präsident widerspricht in einem Schreiben, aus dem die „Ärzte-Zeitung“ ebenfalls zitiert: Er, *Montgomery*, sehe die Begründungspflicht bei abweichenden Honorarvereinbarungen nach Paragraph 2 GOÄ und die Einführung einer Negativliste von Gründen, die nicht für die Begründung einer Steigerung herangezogen werden dürfen, „nicht als Beeinträchtigung einer freien Vereinbarung, sondern als Förderung der Akzeptanz der neuen GOÄ durch den Patienten“ an.



Dr. Theodor Windhorst, Verhandlungsführer BÄK



Prof. Dr. Frank-Ulrich Montgomery, BÄK-Präsident



Dr. Peter Engel, BZÄK-Präsident



Foto: Fotolia.com / fovito

Die Ablehnung der Zahnärzte manifestiert sich in einem entsprechenden Beschluss der Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer zur GOÄ-Reform Anfang November in Hamburg. Darin heißt es: Die Überführung der GOÄ in eine Erstattungsgebührenordnung mit festen Einzelsätzen und Einschränkungen der Abrechnungsmöglichkeiten wird abgelehnt.

Facharztverbände lehnen den Entwurf ab

Ähnlich wie die Zahnärzte sehen es auch viele Facharztverbände. Der Berufsverband der Internisten (BDI), mit 23 000

Mitgliedern der größte deutsche Facharztverband, kritisiert, dass Elemente der GOÄ massiv eingeschränkt werden. „Eine individuelle Rechnungsstellung wird stark begrenzt. Die Anwendung des zweifachen Multiplikators wird bei diesen bürokratischen Vorgaben sehr selten sein. Alles in allem: die PKV marschiert strukturell in Richtung gesetzliche Krankenversicherung“, sagte BDI-Vizepräsident *Dr. Hans-Friedrich Spies* Mitte November in einem Interview der „Ärzte-Zeitung“. Ablehnung erfährt auch die geplante Gemeinsame Kommission (GeKo) aus Bundesärztekammer, PKV und Beihilfe. Dazu *Dr. Spies*: „(...) durch die Einführung der gemeinsamen Kommission GeKo wird die PKV neu justiert. Bei deren Konstruktion haben sowohl der Bewertungsausschuss als auch der Gemeinsame Bundesausschuss Pate gestanden. Erstmals können die Kostenträger in die Rechnungsstellung eingreifen, es werden die Ausgaben erfasst und gegebenenfalls bei Überschreitung eines Verordnungsrahmens begrenzt. So etwas nennt man Budgetierung. Die Analogziffern werden überprüft und gegebenenfalls umgewandelt. Ein Leistungskatalog lässt damit auch in der GOÄ grüßen.“

Erste Bewertung des BDIZ EDI

Die Entwicklung der GOÄ betrifft auch die Zahnärzte im Allgemeinen und die

chirurgisch und implantologisch tätigen Zahnärzte im Besonderen. Einige GOÄ-Positionen werden entsprechend angesetzt. Die Vereinbarung beruht nach Ansicht des BDIZ EDI-Justizars *Prof. Dr. Thomas Ratajczak* in wesentlichen Teilen auf dem Konzept der PKV für eine neue GOÄ. Und entsprechend verwundere nicht, dass es im Kern auf eine Angleichung der privaten Gebührenordnungen an die für die Vergütung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Gebührenordnungen hinausläuft.

Besonderes Stirnrunzeln ruft bei *Ratajczak* § 5 mit den sog. robusten = nicht unterschreitbaren Einzelsätzen im Paragrafenteil des Entwurfs hervor. Steigerungsfaktor 2,4 alt = Faktor 1,0 neu und soll durch die im Rahmen einer Positivliste mögliche Steigerung auf Faktor 2,0 neu = Faktor 4,8 alt eine deutliche Anhebung bewirken. Sie seien de facto nur mit hohem Aufwand überschreitbar.

Die Redaktion des BDIZ EDI konkret wird sich in der Ausgabe 1/2016 schwerpunktmäßig mit der GOÄ-Novellierung beschäftigen. Im Anschluss an diesen Beitrag wird eine Seite der Synopse beispielhaft dargestellt. ■

AWU



Dr. Hans-Friedrich Spies, BDI-Vizepräsident

Foto: Berufsverband Deutscher Internisten e.V.

Erstanalyse zum Verhandlungsergebnis von Bundesärztekammer und PKV

Niedergelassene Ärzte Verlierer der GOÄ-Reform?

Interview zur GOÄ-Novellierung mit BDIZ EDI-Justiziar Prof. Dr. Thomas Ratajczak, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizin- und Sozialrecht.

Herr Professor Ratajczak, auf die GOÄ-Novelle warten die Ärzte in Deutschland seit vielen Jahren. Und seit 2013 ist auch bekannt, dass Bundesärztekammer, PKV und Beihilfe in einer gemeinsamen Kommission zusammenarbeiten, um die Novellierung auf den Weg zu bringen. Warum üben die Zahnärzte und Facharztverbände plötzlich Kritik?

Die Arbeiten an einer neuen GOÄ laufen schon seit vielen Jahren. Die Fachverbände der Ärzte haben umfangreiche Vorarbeiten insbesondere zum Gebührenverzeichnis geliefert. Seit dem Ausscheiden der Stellvertretenden Hauptgeschäftsführerin der Bundeszahnärztekammer Dr. Regina Klakow-Franck Mitte 2012 haben sich die Arbeiten an der neuen GOÄ grundlegend geändert. Die Bundesärztekammer sieht sich seither außerstande, Inhalte des mit dem PKV-Verband und der Beihilfe konsentierten Allgemeinen

Teils zu veröffentlichen, obwohl sich wesentliche Eck- und Kritikpunkte schon aus der am 8. November 2013 zwischen Bundesärztekammer und PKV-Verband unterzeichneten „Rahmenvereinbarung zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)“ ergaben.

Nachdem sich die Bundeszahnärztekammer in einem Brief vehement gegen die ihr sicherlich bekannten Inhalte des Allgemeinen Teils gewehrt hat, gingen immer mehr Ärzteverbände ebenfalls auf die Barrikaden. Zuletzt beantragten drei Ärztekammern einen außerordentlichen Ärztetag, der nun von der Bundesärztekammer auch einberufen wird. Es ist der erste außerordentliche Ärztetag in der Geschichte der Bundesärztekammer.

Sie haben die Vorschläge der PKV bewertet, die wohl auch in die GOÄ (neu) einflie-

ßen werden. Ist die Kritik aus Ihrer Sicht berechtigt?

Der PKV-Verband hat es in den bisherigen Verhandlungen mit der Bundesärztekammer wohl geschafft, seine Vorstellungen aus dem Verbandspapier von zirka 2010 weitgehend durchzusetzen – bis auf die sogenannte Öffnungsklausel. Eine Gegenleistung dafür ist bisher nicht zu erkennen. Da die in § 5 GOÄ (neu) vorgesehenen Positiv- und Negativlisten nicht bekannt sind, lassen sich „objektiv“ die Dinge nur mit einem hohen Aufwand überprüfen. Die vorgesehenen Hürden, um statt des 1,0-fachen Satzes das 2,0-Fache abzurechnen, sind in § 5 GOÄ (neu) so hoch angesetzt, dass es nur wenige schaffen dürften.

Für die Mehrzahl, vor allem für die niedergelassenen Praxen ohne entsprechende administrative und Beratersstattung, ►



Prof. Dr. Thomas Ratajczak



**BEGO
SECURITY**
Implants

BEGO SECURITY
Implants – für eine
umfassende
5-Jahres-Garantie

Bionische Mikrorillen zur Spannungsreduzierung

Modernes Design mit BEGO Semados[®] RS/RSX

- Bionisch optimierte Mikrorillen (zum EU Patent angemeldet, noch nicht offen gelegt)
- Maschinerte (RS-Line) oder mikrostrukturierte (RSX-Line) Schulter mit Platform Switch
- Implantatdurchmesser 3,0 – 5,5 mm
- Selbstschneidendes Gewindedesign mit optimalem Schneidwinkel
- Weitere Infos unter www.bego.com

Miteinander zum Erfolg



 **BEGO**

wird sich das als in der Praxis im Zweifel unüberwindliche Hürde darstellen.

Es wird seitens der PKV behauptet, dass „in über 90 Prozent der Fälle“ (Maiwald, PKV) beziehungsweise in „92,2 Prozent der Fälle“ (Bundesärztekammer) der 2,3-fache Satz als Steigerungsfaktor gewählt werde. Das stimmt überhaupt nicht mit den vom PKV-Verband jährlich veröffentlichten Zahlenberichten überein. Danach gab es in den Jahren 1997 bis 2012 (für 2009 und 2013 gibt es keine Zahlenangaben) weder im ambulanten noch im stationären Bereich jemals ein Jahr mit einer Quote von mehr als 90 Prozent für den 2,3-fachen Steigerungsfaktor. Dieser liegt in dem genannten Zeitraum für den ambulanten Bereich im Mittelwert bei 84,79 Prozent und für den nicht minder wichtigen stationären Bereich gar nur bei 65,26 Prozent.

Wenn man schon so mit den Daten umgeht, braucht man sich über Misstrauen und Kritik nicht zu wundern.

Inzwischen wird schon von der „EBMisierung“ der GOÄ gesprochen. Ist das vergleichbar mit der „BEMAtisierung“ der GOZ?

Ja, das ist vergleichbar.

Welche Auswirkungen hat/hätte die GOÄ (neu) auf die Ärzte?

Die Bundesärztekammer behauptete am 24. November 2015, der neue Einzelsatz werde dem bisherigen Steigerungsfaktor 2,4 entsprechen, die nur unter vielen Einschränkungen mögliche Verdoppelung des Einzelsatzes, also dem Faktor 4,8. Man darf gespannt sein, für welche Bereiche diese Zahlenangaben gelten sollen, beziehungsweise berechnet sind. Im Laborbereich und im Bereich der Röntgenleistungen gibt es nach derzeitiger GOÄ keinen Steigerungsfaktor 2,4 als Mittelwert, im Laborbereich beträgt der Höchstsatz derzeit 1,3-fach. Gleichermaßen darf man gespannt darauf sein, wie man den Sprung von bisher 2,4 auf 4,8 sachgerecht begründen will. Das ist aus der Sicht des Patienten und auch aus

der Sicht der Ärzteschaft, die bisher im Regelfall bei 3,5 Schluss machte, ein sehr großer Sprung.

Für die Niedergelassenen wird sich die GOÄ im Zweifel auf den Einzelsatz reduzieren, weil sie den administrativen Aufwand kaum leisten können, um die „objektiv“ nachprüfbaren Gründe für den Steigerungsgrund festzuhalten oder gar sich die Mühe zu machen, eine Einzelfallentscheidung der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO herbeizuführen, wie dies in § 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ (neu) vorgesehen ist. Die niedergelassenen Ärzte sind – das ist jetzt schon absehbar – ziemlich sicher die Verlierer der Reform.

Hinweis

Das Interview wird an dieser Stelle verkürzt dargestellt. Die vollständige Version ist im Mitgliederbereich des BDIZ EDI unter www.bdizedi.org abrufbar.

Welche Auswirkungen hat/hätte die GOÄ (neu) auf die Zahnärzte?

§ 6 Abs. 1 Satz 2 GOÄ (neu) enthält eingehende Vorgaben für die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen nach der GOÄ. Sie müssen diese Leistungen, soweit sie nicht auch in der GOZ enthalten sind, nach Maßgabe der GOÄ abrechnen, also auch nach Maßgabe der für die GOÄ (neu) geltenden Vorschriften über die Gebührenhöhe. Das wirkt sich für die chirurgisch tätigen Zahnärzte massiv aus. Gehören die niedergelassenen Ärzte zu den Verlierern der Reform, dann zwangsläufig auch die Zahnärzte.

Was steckt sonst noch in der GOÄ (neu)? Gibt es positive Ansätze?

Die GOÄ ist in ihrer Kernsystematik mit dem robusten Einzelsatz zu kritisieren. Sie enthält aber auch vernünftige Ideen. Es ist sachgerecht, dem Zeitaufwand der Leistung einen wichtigen Raum für die Bewertung einzuräumen. Es sollen offenbar mehr 10-Minuten-Takte vorgesehen werden, insbesondere für die Gesprächsleistungen. Wenn die Zeittakte dann aber erneut so niedrig bewertet werden wie

in der GOZ, wäre damit nichts gewonnen. Das kann derzeit allerdings noch nicht beurteilt werden, weil dafür alle Informationen bisher zurückgehalten werden. Wirklich interessant ist der Ansatz in § 10 Abs. 2 Satz 2 GOÄ (neu), dass Lagerhaltungs- und Entsorgungskosten, sofern in den Gebührensätzen enthalten, nicht gesondert berechnungsfähig sind, was im Umkehrschluss bedeutet, dass sie anderenfalls abrechenbar sind. Damit wird anerkannt, dass es sowohl Lagerhaltungskosten als auch Entsorgungskosten gibt, die eine eigenständige und durchaus beachtliche betriebswirtschaftliche Größe darstellen können. Einmalmaterialien werden künftig nach § 10 Abs. 2 Nr. 5 GOÄ kaum noch abrechenbar sein. Aus der bisher abschließenden Aufzählung wird eine beispielhafte Aufzählung.

Nachdem die Kritik der Facharztverbände auch nach der Informationsoffensive durch die Bundesärztekammer nicht abreißt, was raten Sie der Kommission?

Eine Gebührenordnung lebt von ihrer Akzeptanz. Akzeptanz setzt Verständnis voraus, und zwar nicht für die Nöte der Verhandlungsführer (die hat keiner zu ihrem Job gezwungen), sondern Verständnis dafür, dass ein sachgerechter Interessenausgleich angestrebt wird. Das erfordert Transparenz. Wenn die Bundesärztekammer im Begriff ist, Regelungen auszuhandeln, für die man Verständnis finden kann, dann muss sie das ihrer Berufsöffentlichkeit kommunizieren; denn auf deren Akzeptanz kommt es an, nicht auf die Akzeptanz des Bundesgesundheitsministeriums. Wenn die Bundesärztekammer nicht erwartet, Verständnis zu finden, dann muss sie die Konsequenzen ziehen und neu verhandeln.

Herr Professor Ratajczak, vielen Dank für Ihre Ausführungen. ▶

Das Interview führte Anita Wuttke.

Minimal invasiv, maximal effektiv



Dr. István Urbán

Ausgezeichnete Produkte erkennt man sofort bei der ersten Verwendung.
 »Piezomed ist die erste chirurgische Piezo-Einheit, die ich mag.« Die automatische Instrumentenerkennung macht die Behandlung wirklich einfach und ich musste kein schwieriges Programmieren lernen. Ich habe dieses Gerät für verschiedene Indikationen wie Sinuslift, Knochenentnahme, Kronenrandverlängerung, parodontale Knochenchirurgie und chirurgische Extraktion von Zähnen verwendet. Es gibt unbegrenzte Anwendungsmöglichkeiten.



Die neue Kraft in der Knochenchirurgie:

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



piezomed

Die Synopse zum Paragrafenteil des GOÄ-Entwurfs – erstellt von Prof. Dr. Thomas Ratajczak, werden wir ausführlich in der Ausgabe 1/2016 behandeln. Hier als Auszug vorab ein Teil von § 5 GOÄ.

§ 5 GOÄ 1996	§ 5 GOÄ (neu)	Bewertung des BDIZ EDI
§ 5 GOÄ 1996 – Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses	§ 5 GOÄ (neu) – Gebührenhöhe	§ 5 (neu) bricht mit der gesamten bisherigen Systematik der GOÄ und damit auch der GOZ. Das wird schon daran deutlich, dass der Text komplett neu ist, einschließlich der Überschrift. Das ist ein denkbar weitgehender Eingriff in das Gebührenrecht, bei dem schon fraglich ist, ob er sich noch mit der gesetzlichen Grundlage in § 11 BÄO vereinbaren lässt. § 11 Satz 1 BÄO verlangt die Festlegung von Mindest- und Höchstsätzen. Jetzt wird ein Mindest- und ein Höchstsatz festgelegt, der keinerlei weitere Differenzierung kennt.
(1) Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich, soweit in den Absätzen 3 bis 5 nichts anderes bestimmt ist, nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der Punktwert beträgt 5,82873 Cent. Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Pfennigs unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden.	(1) Die Vergütung für die ärztliche Leistung ergibt sich aus dem für jede Leistung des Gebührenverzeichnisses festgelegten nicht unterschreitbaren Gebührensatz. Die Gebühr wird in Euro angegeben. Liegen die in dem Anhang zur Anlage (Positivliste) der Gebührenordnung oder durch ergänzende Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO bestimmten Behandlungsumstände vor, ist aufgrund der besonderen, objektiven Schwere des Einzelfalls die Abrechnung der doppelten Höhe des nicht unterschreitbaren Gebührensatzes für steigerungsfähige Gebühren gerechtfertigt. Zur Begründung des doppelten Gebührensatzes genügt in solchen Fällen grundsätzlich die Angabe des im jeweiligen Einzelfall vorliegenden für die Aufwands-erhöhung ursächlichen Behandlungsumstandes auf der Rechnung. Zuschläge können nur zusammen mit einer zuschlagsfähigen Gebühr berechnet werden.	Satz 1 enthält den Grundsatz, dass es für jede Leistung des Gebührenverzeichnisses einen definierten, nicht unterschreitbaren Gebührensatz geben soll. In der von BÄK und PKV-Verband am 08.11.2013 unterzeichneten „Rahmenvereinbarung zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)“ wird dieser nicht unterschreitbare Gebührensatz als „robuster Einzelsatz“ bezeichnet. Den gab es eigentlich auch schon in § 5 Abs. 1 Satz 1 (alt), ohne dass man seitens der Ärztekammern die massiven Unterschreitungen insbesondere im Laborbereich (zum Teil Faktor 0,3 – siehe den Sachverhalt der Entscheidung des BGH vom 25.01.2012 – 1 StR 45/11 –; vermutlich auch noch weniger) und im Krankenhausbehandlungsbereich mit der Unterschreitung des 2,3-fachen Steigerungsfaktors (Stichwort: Honorarärzte) zu unterbinden versucht hätte. Auch der jetzige „nicht unterschreitbare Gebührensatz“ ist offenbar unterschreitbar, wenn es sich um Verträge nach § 75 Abs. 3a bis 3c SGB V zum Standard- und Basistarif handelt (siehe § 12 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 GOÄ [neu]).

Wenn das Ziel dieser Festlegung nur gewesen wäre, die bisherigen Exzesse im Laborbereich zu unterbinden und stattdessen die offenbar weit überbewerteten Laborleistungen sachgerechter zu bewerten, wäre dagegen nichts einzuwenden. Stattdessen ist festzustellen, dass es sich bei der Bezeichnung „nicht unterschreitbarer Gebührensatz“ um einen **Euphemismus** handelt. Denn er ist im Regelfall auch nicht überschreitbar.

Satz 2 bestimmt, dass die Gebühr – wie bisher – in Euro angegeben wird.

Satz 3 regelt die Ausnahmen, unter denen der „nicht unterschreitbare Gebührensatz“ um **100 Prozent** gesteigert werden darf. Diese **Verdoppelung** ist zugleich das **Maximum**. In der in den einleitenden Bemerkungen schon aufgezeigten, datenmäßig nicht nachvollziehbaren Logik der BÄK soll der neue Einzelsatz in etwa dem **2,4-fachen** Steigerungsfaktor der GOÄ 1996 entsprechen. Der doppelte Einzelsatz entspräche dann dem Steigerungsfaktor **4,8** und läge damit in einem Bereich, in dem bisher eine Gebührenvereinbarung nach § 2 GOÄ erforderlich wäre.

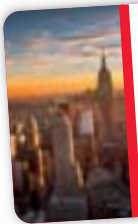
Die mögliche Gebührenspanne ohne Gebührenvereinbarung beträgt seit der GOÄ 1982 Faktor **3,5**, nach der GOÄ 1965 war es noch Faktor **6**, unter der Preugo 1924 betrug die Gebührenspanne gar bis zu Faktor **20**. Jetzt soll es also nur noch Faktor **2** sein. Dafür lässt sich allenfalls anführen, dass im stationären Bereich derzeit nur der Durchschnittssatz und der Höchstsatz eine Rolle spielen. Damit löst man aber kein Problem und wird auch nicht der Vorgabe des § 11 Satz 2 BÄO gerecht, „den berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen“. Denn diese Interessen sind mit der holzschnittartigen Aufteilung in Faktor 1,0 oder Faktor 2,0 nicht sachgerecht zu differenzieren. Gerade wenn man mit der BÄK davon ausgeht, dass der neue doppelte Einzelsatz dem bisherigen Steigerungsfaktor 4,8 entsprechen soll, stellt sich schon die Frage, warum man meint, den Bereich der Gebührenvereinbarung erst jenseits dieser Grenzen anfangen lassen zu müssen.

Wenn man es recht bedenkt, werden vom neuen Faktor 2,0 vor allem Krankenhausabteilungen und große Praxisstrukturen profitieren, die über die finanziellen und personellen Ressourcen verfügen, um die künftigen Anforderungen an die Abrechnungsbegründung überhaupt erfüllen zu können.

Um die Sache irgendwie in den Griff zu bekommen, soll es als Anhang 1 zum Gebührenverzeichnis eine **Positivliste** der möglichen Steigerungsgründe und zusätzlich **positive Empfehlungen** der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO geben. Daneben wird es aber weitere begrenzende Mechanismen geben (siehe Abs. 2).

Satz 4 verlangt die Angabe des in der Positivliste beziehungsweise positiven Empfehlung genannten Steigerungsgrundes in der Rechnung.

Satz 5 bestimmt – etwas unsystematisch in diesem Zusammenhang –, dass Zuschläge nur zusammen mit einer zuschlagsfähigen Gebühr berechnet werden dürfen. Das in die Gebührenordnung reinzuschreiben, ist vermutlich dem deutschen Drang nach Perfektion geschuldet.



Nobel Biocare
Global-Symposium 2016

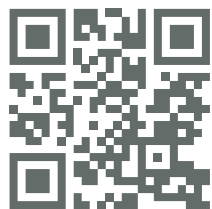
Donnerstag, 23. Juni 2016 bis Sonntag, 26. Juni 2016, New York
(Deutschsprachiges Auftakt-Symposium, Mittwoch, 22. Juni 2016)
Melden Sie sich jetzt an unter nobelbiocare.com

PROFITIEREN SIE VON 50 JAHREN ERFAHRUNG!

Mit parallelwandigen Implantaten.

NobelParallel™ Conical Connection

Einzigartige Innovation nach dem Vorbild Per-Ingvar Brånemarks. Doppelläufiges, selbstschneidendes Gewinde. Deckschraube enthalten.



www.goo.gl/XcSm7K



Kontaktieren Sie uns
und rufen Sie 2 Implantate
für Ihre Probe-OP ab!

Einfach ausfüllen und per Fax an **02 21 500 85 333**
oder rufen Sie uns an unter **02 21 500 85 590**.

Name, Vorname _____

E-Mail/Telefon/Fax _____

Unterschrift/Stempel _____



nobelbiocare.com



Volles Haus bei der Pressekonferenz zum Deutschen Zahnärztetag in Hamburg. Rede und Antwort standen: (v.li.) Kai Fortelka, Pressesprecher der KZBV, Dr. Wolfgang Eßer, Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung Deutschlands (KZBV), Dr. Peter Engel, Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), und Prof. Dr. Bärbel Kahl-Nieke, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)

Deutscher Zahnärztetag in Hamburg

Das lange Warten auf die Approbationsordnung

Vor einem Jahr beehrte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) den Deutschen Zahnärztetag in Frankfurt am Main. „Sie können stolz sein auf Ihre Vorreiterrolle“, sagte er während der Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer – und meinte die Prävention. 2015 in Hamburg schickte er die den Zahnärzten bestens bekannte parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz (CDU), die ebenfalls voll des Lobes war, sich insgesamt aber in Allgemeinplätze erging – und einen schalen Nachgeschmack bei den Delegierten hinterließ. Man habe nicht die Absicht, Bachelor- und Masterstudiengänge anstelle des Staatsexamens einzuführen, sagte sie.

Sie kommt und kommt nicht – die Approbationsordnung für Zahnärzte. Und Befürchtungen werden laut, dass man versuchen könnte, das Staatsexamen in der Zahnmedizin durch Bachelor- und Masterabschlüsse zu ersetzen. Diese Diskussion wird seit vielen Jahren geführt und seit vielen Jahren fordert just die Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) vehement von der Regierung, die neue Approbationsordnung endlich umzusetzen, zumal die alte in die Jahre gekommen ist und längst nicht mehr

Schritt hält mit der Entwicklung in der Zahnmedizin und der zahnmedizinischen Ausbildung.

Auch bei der diesjährigen Versammlung in Hamburg lehnten die Delegierten mit großer Mehrheit Modellstudiengänge à la Master und Bachelor ab. Sie forderten vielmehr die fertige und neue Approbationsordnung noch in dieser Legislaturperiode umzusetzen, um eine Zersplitterung der zahnärztlichen Ausbildung zu verhindern.

GOÄ-Novellierung wird kritisch gesehen

Zentrales Thema war natürlich auch wieder die GOZ. Beschlüsse hierzu hatten die Forderungen zum Inhalt, die GOZ an den aktuellen Stand der Zahnmedizin anzupassen und die Kostenentwicklung in den Praxen abzubilden. Die lange Debatte über die Delegation zahnärztlicher Tätigkeit an nicht zahnärztliche Dritte endete mit einer großen mehrheitlichen Ablehnung. Die Versammlung nahm



Die Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer in Hamburg.

Fahrt auf, als es um die GOÄ-Novellierung ging. Hier sind bekanntlich die chirurgisch und damit die implantologisch tätigen Zahnärzte ebenfalls „betroffen“. Nachdem einige Inhalte der gemeinsamen Kommission aus Bundesärztekammer, PKV und Beihilfe sich auf Arbeitsebene in weiten Teilen verständigt zu haben scheinen, sickerten auch Inhalte durch. Entsprechend reagierte die Bundesversammlung. Sie folgte dem Antrag des Bundesvorstands und lehnt eine Erstattungsgebührenordnung mit festen Einzelsätzen und Einschränkungen der Abrechnungsmöglichkeiten mit großer Mehrheit ab. Inzwischen melden sich auch Fachverbände zu Wort, die niedergelassene Ärzte vertreten. Sie fordern einen eigenen Ärztetag zur GOÄ-Thematik.

Flüchtlingsdebatte

Beherrschendes Thema des diesjährigen Zahnärztetags war die Flüchtlingsdebatte. Sowohl die Versammlungen von Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) tags zuvor als auch der BZÄK verabschiedeten eine Resolution mit der Forderung, die zahnmedizinische Versorgung von Flüchtlingen sicherzustellen.

Bundesregierung, Länder, Kommunen und Krankenkassen werden aufgefordert, eine bundeseinheitliche beziehungsweise landeseinheitliche Umsetzung der Leistungsansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sicherzustellen. Des Weiteren wird ein Leistungskatalog gefordert, der Aufschluss darüber geben soll, in welchem Umfang anspruchsberechtigte Patienten behandelt werden können.

Ziele von BZÄK, KZBV und DGZMK

In der jährlichen Pressekonferenz von BZÄK, KZBV und DGZMK wiesen die Organisationen unter anderem darauf hin, dass die moderne Zahnmedizin mittlerweile eine große Vielfalt an wissenschaftlichen Therapieoptionen anbieten könne. Mit den ausdifferenzierten therapeutischen Möglichkeiten wachse der Informationsbedarf. Dem trage die Zahnärzteschaft auf mehreren Ebenen Rechnung. So betrieben Zahnärztekammern und Kassenzahnärztliche Vereinigungen seit vielen Jahren sehr erfolgreich zahnärztliche Patientenberatungsstellen. Diese böten Beratung durch Experten und ergänzten damit das Informationsangebot der Praxen. Wissenschaftlich

abgesicherte Patienteninformationen zu verschiedenen Therapieformen sollen den Patienten darüber hinaus helfen, sich besser zurechtzufinden. BZÄK-Präsident *Dr. Peter Engel* informierte über die zirka 500 regionalen Qualitätszirkel und über das bereits 2011 von der BZÄK initiierte anonyme Berichts- und Lernsystem „CIRS Dent – Jeder Zahn zählt!“ für die zahnärztliche Praxis. So könne jeder Zahnarzt einen aktiven Beitrag zum Patientenschutz leisten. „Gerade in Zeiten der fortschreitenden Digitalisierung des Gesundheitswesens ist es wichtig, der großen Zahl unregulierter Gesundheits-Anwendungen und -Apps sichere Alternativen zu bieten“, erklärte BZÄK-Präsident *Dr. Peter Engel*.

Die KZBV sprach sich erneut dafür aus, die gesetzliche Patientenberatung künftig neutral und frei von Fremdinteressen zu finanzieren. Gleichzeitig gelte es, den Mehrwert der zahnärztlichen Beratung in der Öffentlichkeit stärker zu betonen und für diese vor Ort aktiv zu werben. *Dr. Wolfgang Eßer*, Vorsitzender des Vorstands der KZBV, kündigte für Januar 2016 eine neue zahnärztliche Patientenberatung mit einer neuen internetbasier-



Der Festakt des diesjährigen Deutschen Zahnärztetags fand im Hotel Atlantik Kempinski in Hamburg statt.

ten Beratungs- und Dokumentationssoftware an. Wie wichtig es sei, dass sich der Berufsstand auf die eigenen Stärken konzentriere, habe in den vergangenen Monaten die unglückliche und in zahlreichen Medien zu Recht kritisierte Vergabe zur Neustrukturierung der gesetzlichen Patientenberatung gezeigt.

Zur zahnmedizinischen Versorgung von Asylbewerbern sagte Engel: „Der Berufsstand stellt sich mit großem Engagement dieser Herausforderung und leistet so seinen Beitrag zur gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, Flüchtlinge adäquat zu versorgen und zu integrieren.“ Eßer appellierte an den Gesetzgeber, in

zentralen Fragen der Versorgung Klarheit für Patienten und Zahnärzte zu schaffen: „Wir wollen schnell und unkompliziert helfen. Dafür müssen wir aber wissen, welcher Leistungskatalog wo gilt und welche Institution in den Ländern jeweils unser Ansprechpartner ist.“

Die Präsidentin der DZGMK, Prof. Dr. Bärbel Kahl-Nieke, erklärte: „Unsere Fortbildungsveranstaltungen im Rahmen der Akademie Praxis und Wissenschaft (APW) sowie die gemeinsam mit dem Zentrum Zahnärztliche Qualität (ZZQ) initiierten und finalisierten Leitlinien dienen ebenso wie die zahlreichen Patienteninformationen der internen Qualitätsoptimierung.“

Die drei Institutionen stellten zudem ein gemeinsames Leitbild zur Zukunft zahnärztlicher Berufsausübung vor. Es fasst die wesentlichen Charakteristika und berufspolitischen Weichenstellungen für die Zukunft der Zahnmedizin zusammen. Das Leitbild steht zum Download bereit unter www.bzaek.de, www.kzbv.de und www.dgzmk.de. ■



Die Gastgeber des Deutschen Zahnärztetags trafen sich mit dem Festredner zum Stelldichein: Dr. Wolfgang Eßer, KZBV, Prof. Dr. Karl Max Einhäupl, Vorstandsvorsitzender der Charité, Berlin, sprach über Forschungsfortschritt und Solidarprinzip, Prof. Dr. Bärbel Kahl-Nieke, DGZMK, sowie Dr. Peter Engel, BZÄK



Jeder-System: Minimal invasiver Sinuslift. Maximale visuelle Kontrolle.

**Noch nie war der Sinuslift so einfach und
sicher wie mit dem patentierten Jeder-System**

- Sicherheitsmechanismus für Ersteintritt:
schlagartiges Wegdrücken der Membran durch hohen hydraulischen Druck
- Real-Time Feedback:
Druckabfall auf Display zeigt Ersteintritt an
- Signifikante Anhebung der Kieferhöhlenschleimhaut
(mehr als 9 mm in klinischer Studie)
- Postoperative Schmerzbelastung nicht höher als bei normalem Implantat

BESTELLINFO

Nicole Behrmann
Vertriebsleitung D/CH
Jeder GmbH
Stadtplatz 14, A-3400 Klosterneuburg / Wien
www.jedersystem.com

..... Munolfstraße 17, D-78183 Hüfingen
..... Tel.: +49 7707 988 002
..... Mobil: +49 173 936 50 45
..... Fax: +49 7707 988 003
..... nbehrmann@jedersystem.com

19. Jahressymposium des BDIZ EDI

Partner des ICOI World Congress

Nach großen Verlagen, wie Quintessenz und Oemus, und Zahnärztekammern, wie die hessische und die bayerische, hat der BDIZ EDI nun mit dem ICOI kooperiert – zum ersten Mal in der Geschichte des Verbands. In Berlin fand im Oktober der Weltkongress des ICOI in Kooperation mit dem BDIZ EDI und der DGOI statt. 600 Teilnehmer verfolgten das dreitägige Programm rund um die Implantologie. Thema: Evidence based innovations in oral implantology.

Den Auftakt bildeten das Forum für junge Implantologen sowie die Pre-Congress-Kurse der Industriepartner des Kongresses. An den beiden folgenden Tagen lieferte das Hauptprogramm eine große Themenvielfalt rund um die Implantologie mit einem bunten Strauß an Referenten aus der ganzen Welt. BDIZ EDI-Vizepräsident *Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller* war für den BDIZ EDI in die Programmgestaltung eingebunden.

Der dreitägige internationale Kongress lieferte ein Update in der implantologischen Behandlung und umfasste das Weichgewebsmanagement, die biologischen Ansätze im chirurgischen Teil, die Behandlung von Periimplantitis, die digitalen Möglichkeiten in der minimalinvasiven Chirurgie und vieles mehr. Unter den Referenten befanden sich viele bekannte Namen aus Europa. *Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets*, Hamburg, präsentierte in seinem

Vortrag Alternativen zum Eigenknochen. Beim Sinuslift zeigten xenogene Materialien einen vergleichbaren Erfolg wie autogener Knochen. Alloplastische Materialien brächten beim Sinuslift hingegen die schlechtesten Resultate. Interessant seien allogene CAD/CAM-gefertigte Knochenblöcke als eine erfolgversprechende Alternative zum autogenen Knochen. Interessant der Beitrag von *Prof. Dr. Ilija Roussou*, Athen, die die Themen Bruxismus und Implantatversorgungen miteinander verband und okklusale Erwägungen einbezog, während ihr Landsmann *Prof. Dr. Konstantinos Valavanis* Therapieansätze in der ästhetischen Zone vorstellte.

Drei bekannte deutsche Referenten folgten. Zunächst zeigte *Dr. Pasqual Marquardt* aus Köln erweiterte, nichts desto trotz anerkannte Ansätze beim Einzelimplantat in der ästhetischen Zone. Dabei

bevorzugt er nach eigenen Angaben in 90 Prozent der Fälle die konventionelle Versorgung. Jedoch müsse man vorbereitet sein für die zehn Prozent der Fälle, in denen die Sofortimplantation infrage käme. Er zeigte Strategien für die Sofortimplantation, die aus seiner Sicht nur auf Basis einer dreidimensionalen Planung und navigierten Chirurgie umgesetzt werden könne. *Prof. Dr. Fouad Houry*, Olsberg, lieferte Langzeitergebnisse über einen Zeitraum bis zu zehn Jahren für den Aufbau vertikaler Knochendefekte mit der Split Block Bone (SBB)-Technik. Der Aufbau mit autogenem Knochen in Schalen zeige stabile Ergebnisse. *Dr. Paolo Trisi*, Pescara, stellte das biomechanische Konzept der Osseodensifikation vor. Mit einem speziell gefertigten Osteotom lasse sich die Primär- und Sekundärstabilität – selbst in weichem Knochen – steigern. Um die mit dieser Osteotom-Technik eingebrachten Implantate bildet sich nach ▶



Einen „guten“ Stand mit vielen Gesprächen hatte der BDIZ EDI während der Dentalausstellung in Berlin.



Großes Interesse aus aller Welt an den Neuerungen, die die Dentalindustrie anlässlich des ICOI-Kongresses präsentierte.



Antikorruptionsgesetz, Praxisführung, Labor, Materialeinkauf – das sollten Sie wissen!

Workshop des BDIZ EDI in Köln

Wann: **Samstag, 6. Februar 2016, 15-18 Uhr**
Wo: **Köln, Hotel Dorint am Heumarkt**
Wer: **Zahnärztinnen und Zahnärzte**
Warum: **Sonderstrafrecht betrifft niedergelassene Heilberufe**

JETZT ANMELDEN:
€ 99,- • 4 CME-Punkte

Referent:



Prof. Dr. Thomas Ratajczak
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht
Fachanwalt für Sozialrecht
Justiziar des BDIZ EDI

Inhalt:

- Abgrenzung der beiden Straftatbestände Bestechlichkeit und Bestechung
- Was ist künftig rechtlich zulässiges und strafrechtlich verbotenes Verhalten?
- Aktuelle Fragen der Abrechnung, des Berufsrechts, des Steuerrechts und des Werberechts
- Diskussion mit Prof. Dr. Th. Ratajczak und BDIZ EDI-Präsident Christian Berger

Ja, ich nehme am Samstag, 6. Februar 2016 teil.

99,- Euro/Person

Name, Vorname

Kontakt/Telefon

Straße, Hausnr., PLZ, Ort

Unterschrift

Anmeldung per Fax an 0228 / 93592-46 // per E-Mail: office-bonn@bdizedi.org

Nutzen Sie auch die Gelegenheit: 11. Experten Symposium am 7. Februar 2016

225,- Euro/Person Mitgliedspreis/Frühbucherrabatt

Hinweis: Der BDIZ EDI tagt im Hotel Dorint in der Pipinstraße in Köln. Hier steht ein begrenztes Zimmerkontingent für unsere Teilnehmer zur Verfügung. EZ incl. Frühstück ab 194,- Euro; DZ incl. Frühstück ab 229,- Euro. Stichwort: BDIZ EDI; Kontakt: Dorint, Köln, Fon +49 221 2806-0.

Bundesverband der implantologisch
tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI)

An der Esche 2 · 53111 Bonn
Tel. 0228/935 92 44 · Fax 0228/935 92 46
office-bonn@bdizedi.org
www.bdizedi.org





Volles Haus, aufmerksame Zuhörer: Das Main Podium im Maritim Hotel in Berlin

Angaben des Referenten eine bessere Knochensubstanz als bei unterdimensioniert eingebrachten Implantaten.

Im Überblick einige weitere Vorträge: Der Umgang mit der Extraktionsalveole und die Entscheidungsfindung: Sofort- oder verzögerte Implantation (*Prof. Dr. Eric Rompen*, Liege/Belgien). Er zeigte, welche Materialien für den Knochen- und Weichgewebserhalt in der ästhetischen Zone infrage kommen. Es gebe heute zwar gute synthetische Materialien, um den Knochen in der Extraktionsalveole zu erhalten, aber sie zeigten noch nicht die Resultate, die man sich wünsche. Für die Zukunft erwartet er synthetische Materialien, die gut funktionieren. Und: Eine Sofortimplantation sei nur unter engen Kriterien erfolgversprechend.

Natürlich ging es auch im Vortrag von *Dr. Joseph Choukroun*, Nizza, um den biologischen Aspekt. Bei der Aufbereitung des PRF präferiert er ein langsames Zentrifugieren, um die Leukozyten zu erhalten. Diese Zellen beeinflussten die

Vaskularisation des Knochens. Er sensibilisierte für die biologischen Faktoren des Knochenstoffwechsels. *Choukrouns* Tipp: Die Substitution des Patienten mit Vitamin D könne seine Knochenqualität langfristig verbessern.

Ein weiteres Jubiläum

Im Jahr 2016 lädt der BDIZ EDI seine Mitglieder und interessierte Zahnärztinnen und Zahnärzte zu einem weiteren Jubiläum ein. Der Verband veranstaltet im Dezember 2016 sein 20. Jahressymposium. Mehr Informationen demnächst an dieser Stelle und natürlich auf der Internetseite des BDIZ EDI: www.bdizedi.org

Dr. Fred Bergmann, frisch gewählter Präsident der DGOI, zog ein positives Fazit: „Das Zusammenkommen der drei großen implantologischen Fachgesellschaften ICOI, DGOI sowie BDIZ EDI und die freundschaftliche Atmosphäre, in der wir uns in Berlin begegnet sind, lassen die Hauptstadt in bester Erinnerung blei-

ben.“ BDIZ EDI-Präsident *Christian Berger* hob den internationalen Austausch mit Referenten und Teilnehmern hervor: „Es war höchste Zeit, Deutschlands Bundeshauptstadt zur Begegnungsstätte eines großen internationalen implantologischen Kongresses zu machen.“

Auch in der DentaAusstellung war der BDIZ EDI unübersehbar vertreten. Hier erfreuten sich die neuen Papiere und Guidelines des BDIZ EDI, wie die Broschüre Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen zum Antikorruptionsgesetz, der Praxisleitfaden von 2015 zum Umgang mit der Periimplantitis, die neue Hygienebroschüre für Patienten, die inzwischen auch in englischer Sprache aufliegt, besonders hoher Nachfrage. Und natürlich informierte der BDIZ EDI über seinen nächsten Kongress, der am 7. Februar 2016 in Köln stattfindet: Das 11. Experten Symposium zum Thema „Update kurze und angulierte Implantate: Vorteile und Grenzen“.

RED/Pressemitteilung DGOI

OSSTEM[®]

IMPLANT

Qualität schafft Vertrauen

Die perfekte Lösung für die
interne Sinusbodenelevation
Crestal Approach Sinus-KIT

CAS-KIT

- Innovatives atraumatisches Bohrerdesign
- Einfaches und sicheres Anheben des Sinusbodens
- Zuverlässiges Bohrer-Stopp-System
- Hervorragendes Schneidvermögen



TS-System

SS-System

US-System

- Hohe Primärstabilität
- frühe Belastungsfähigkeit
- Starkes Selbstschneidendes Gewinde
- Einfacher Plattformwechsel



Interview mit Christian Berger zum gemeinsamen Kongress in Berlin

„Die Globalisierung macht auch vor der Implantologie nicht halt“

Der Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) war in diesem Jahr erstmals Kooperationspartner des Kongresses. Aus diesem Grund sprach Dental Tribune Online mit BDIZ EDI-Präsident Christian Berger über seine Erwartungen an den Kongress und den Stand der implantologischen Zahnheilkunde in Europa.

Dental Tribune Online: Für den diesjährigen ICOI World Congress hat sich der ICOI erstmalig mit dem BDIZ EDI und der Deutschen Gesellschaft für Orale Implantologie (DGOI) zusammengeschlossen. Wie kam es dazu und was erhoffen Sie sich von der Kooperation?

Christian Berger: Der BDIZ EDI und die DGOI haben bereits 2011 einen sehr erfolgreichen Kongress in München gemeinsam veranstaltet. Diesen Kongress wollten wir in diesem Jahr wiederholen. Und weil der ICOI seinen Weltkongress in Deutschland abhalten wollte, war es nur folgerichtig, eine gemeinsame Veranstaltung mit dem ICOI, seinem deutschen Partnerverband DGOI und dem BDIZ EDI als europäischem Verband durchzuführen.

Man darf ja nicht vergessen, dass in Deutschland bei zirka 80 Millionen Menschen jedes Jahr mehr als 1 Million Implantate gesetzt werden, während in den USA mit zirka 240 Millionen Menschen, nach meinem Wissen, nur zirka 300 000 Implantate pro Jahr gesetzt werden. Das bedeutet, dass in Deutschland pro Tausend Patienten ungefähr zehnmal so oft implantiert wird wie in den USA. Ein gegenseitiger Austausch, um voneinander zu lernen, ist sowohl für Europa als auch für Nordamerika sinnvoll.

2014 feierte der BDIZ EDI sein 25. Jubiläum und kann damit auf eine beachtliche Geschichte zurückblicken. Was waren Ihrer Meinung nach die wichtigsten Entwicklungen in der implantologischen Zahnheilkunde in den vergangenen drei Jahrzehnten?



Christian Berger

Der BDIZ EDI wurde gegründet als die Implantologie in Deutschland wissenschaftlich anerkannt wurde und in der damaligen GOZ 1988 erstmals in den Gebührenkatalog aufgenommen wurde. Seither kümmert sich der BDIZ EDI nicht nur um die fachlichen Belange der Implantologie, sondern kümmert sich auch um rechtliche und gebührenrechtliche Probleme und gibt Hilfestellung bei Hygiene und Praxisführung. Die Globalisierung macht auch vor der Implantologie nicht halt. Längst werden viele Vorschriften in der EU entwickelt und an die Mitgliedstaaten weitergegeben. Deshalb war es konsequent den BDIZ EDI auf Europa auszurichten und die nun jahrzehntelange Kooperation hat unsere Arbeit und die unserer Partnerorganisationen in Europa gegenseitig befruchtet und gefördert. Dieser

internationale Austausch war auch anregend für die Entwicklung neuer Implantatoberflächen, neuer prothetischer Versorgungskonzepte und die ständige Weiterentwicklung der Implantatformen.

Der BDIZ EDI nimmt seit seiner Gründung 1989 europaweit an gesundheitspolitischen Diskussionen teil. Welche aktuellen Themen sind in diesem Zusammenhang besonders interessant und relevant für einen internationalen Kongress wie den ICOI?

In Deutschland wird zurzeit heftig über ein Antikorruptionsgesetz im Gesundheitswesen diskutiert. Die Entsprechung in Nordamerika ist der Sunshine Act. Auch dort geht es um die Verhinderung von Bestechung und Korruption. Der BDIZ EDI hat übrigens einen alternativen Gesetzentwurf fertiggestellt und in die politischen Beratungen in Deutschland eingebracht.

Solche Themen sind in unserer globalisierten Welt immer internationale Themen und der kollegiale Austausch auf internationalen Kongressen geht dabei auch immer weit über den eigentlichen Austausch von wissenschaftlichen Studien und deren Ergebnissen hinaus.

Vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Claudia Duschek

Mit freundlicher Genehmigung
von Dental Tribune Online

Urkunden und Ausweise 2016

Mit Brief und Siegel BDIZ EDI-Mitglied

Die Vorbereitungen für das Jahr 2016 laufen auf Hochtouren. Auch für 2016 gibt es wieder hochwertige Mitgliedsurkunden und Mitgliedsausweise, die die Zahnärzte als BDIZ EDI-Mitglieder ausweisen.

Die Urkunden 2016 werden voraussichtlich noch im Dezember via Rundschreiben an die Mitglieder versandt und sind geeignet, Ihren Patienten zu dokumentieren, dass Sie Mitglied in einem großen, europaweit agierenden Verband sind, der sich für die qualitativ hochwertige implantologische Behandlung stark macht.



Der BDIZ EDI hat nicht nur einen hohen Anspruch an die Qualifikation seiner Gutachter, er testet auch zahnärztliche Materialien in seinem Q&R-Ausschuss und sorgt für eine grundsätzliche Fortbildung des implantologisch-zahnärztlichen Nachwuchses über die Curricula, die in Kooperation mit der Universität Köln stattfinden. Mit den Praxisleitfäden der Europäischen Konsensuskonferenz unter Federführung des BDIZ EDI gibt der Verband jedes Jahr wertvolle Hinweise zum Umgang mit komplexen Fragestellungen in der implantologischen Behandlung heraus. All dies sind Gründe, mit Stolz darauf hinzuweisen, Mitglied in diesem Verband zu sein. ■

AWU



Gewebeexpansion

vor Augmentation des Kieferkammes

- deutliche Reduktion post-operativer Expositionen*
- höherer vertikaler Knochengewinn*
- erhöhte Vaskularisierung im Hart- und Weichgewebe*



* Übersicht der Studien unter:

www.osmed.biz

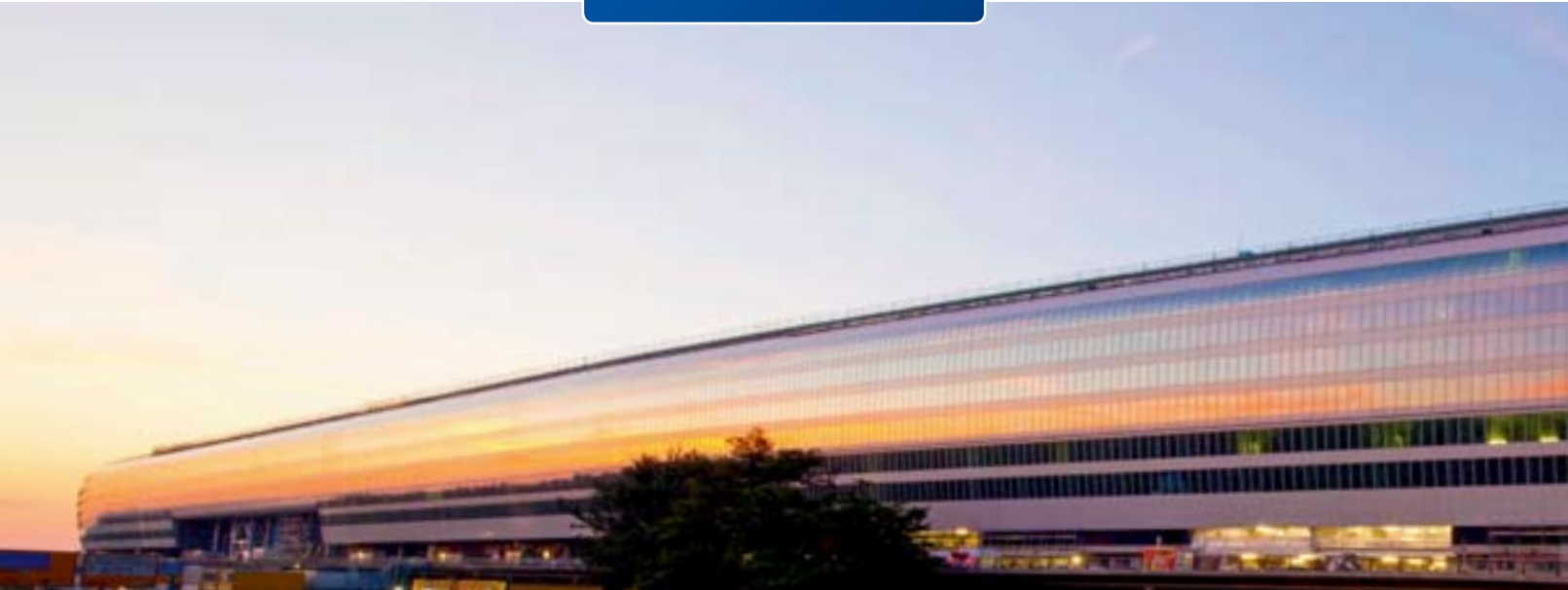


Foto: IVG Immobilien AG

Kick-off-Meeting

Neues Format für Problemlösungen bei der GOZ

Mehr als 20 ausgewiesene Experten des privatärztlichen Gebührenrechts aus dem gesamten Bundesgebiet folgten am 18. September 2015 der Einladung des Bundesverbandes der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V. (BDIZ EDI), der Privat-Zahnärztlichen Vereinigung Deutschlands e.V. (PZVD) und der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Zahnmedizin e.V. (DGÄZ) nach Frankfurt am Main zu einem Brainstorming in Sachen GOZ 2012.

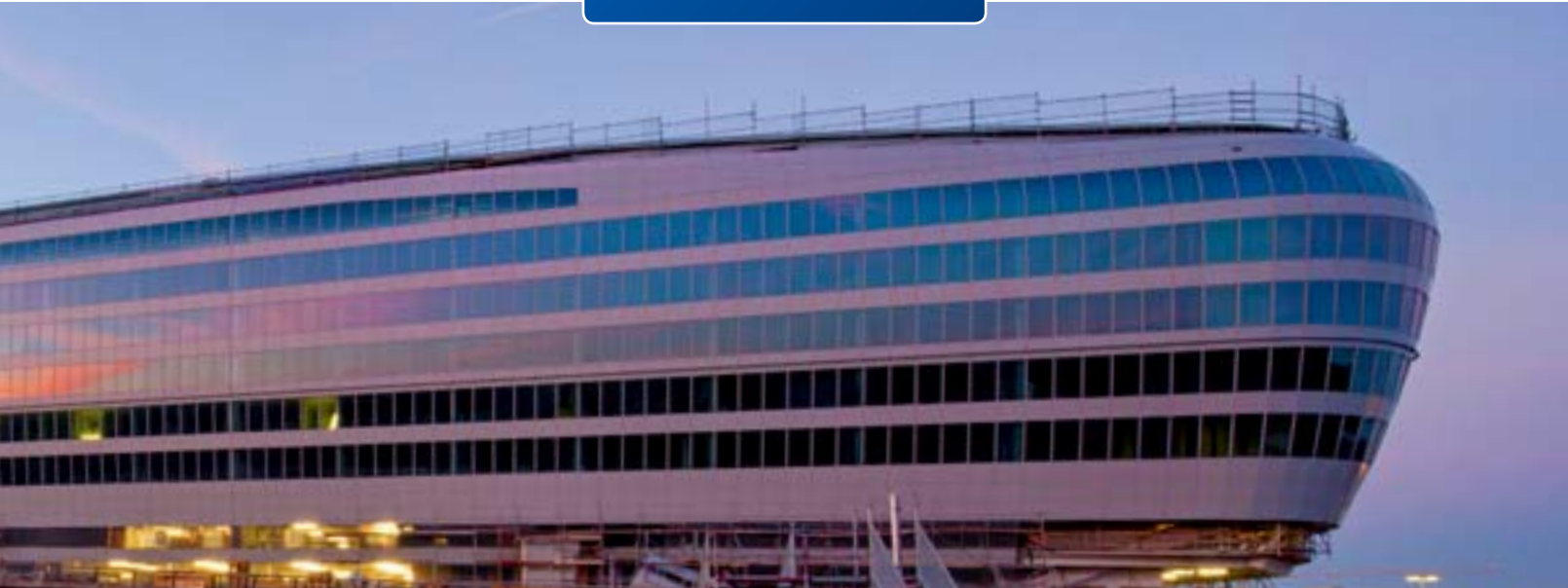
Im Fokus dieses „1. Juristischen Kolloquiums“ im Conference Center „The Squire“ des Frankfurter Flughafens standen jedoch bewusst nicht etwa die (bekannten) kleinteiligen Streitigkeiten mit Beihilfe und Privatversicherern über divergierende Interpretationen einzelner Gebührenpositionen. Grundidee war vielmehr, mit dieser Veranstaltung als „Kickoff-meeting“ erstmals ein Forum für die juristische Interessenvertretung der Zahnärzte zu installieren. Für die Initiatoren ist dies alleine schon deshalb unverzichtbar, weil folgendes Ungleichgewicht erkennbar ist: Während die Rechtsanwälte – oder sogar ganze Rechtsabteilungen – von Privatversicherern in der Mehrzahl hochmotiviert, kenntnisreich und vor allem koordiniert auf aktuelle Fälle reagieren, lassen sich Zahnärzte allzu häufig von Rechtsanwälten vertreten, die weniger spezialisiert und vernetzt sind und daher die gebo-

tenen rechtlichen Möglichkeiten nicht ausschöpfen können.

Unter der souveränen Moderation von *Peter Knüpper* (Rechtsanwalt und Hauptgeschäftsführer der Bayerischen Landeszahnärztekammer) ging es bei durchaus konträr vorgetragenen Meinungen deshalb auch darum, gezielt Strategien zu entwickeln, um Erstattungseinwände der PKV und anderer kostenerstattenden Stellen entweder von vornherein ins Leere laufen zu lassen beziehungsweise diese im Falle einer nicht vermeidbaren gerichtlichen Auseinandersetzung wirksam zu entkräften. Im Vorfeld der Veranstaltung hatten die Organisatoren sich gemeinsam mit den Teilnehmern auf eine umfangreiche Agenda geeinigt. Das gewählte Format des Kolloquiums als Tagungsplattform erwies sich dabei als ideal geeignet, um nach einer kurzen

Vorstellungsrunde ohne vorgeschaltete Grundsatz-Statements unmittelbar *in res* zu gehen und folgenden Fragenkatalog strukturiert zu bearbeiten:

- Aktuelle Streitpunkte der GOZ-Auslegung
- Analyse des vorprozessualen Verhaltens der PKVen.
 - Welche Versicherer fallen besonders auf (positiv und/oder negativ)?
 - Welche Strategien liegen dem Versicherungsverhalten zugrunde?
- Analyse des Prozessverhaltens der PKVen.
 - Welche grundlegenden Strukturen/ Taktiken lassen sich erkennen?
- Analyse des vorprozessualen Verhaltens der Zahnarztseite
 - Wird sachgerecht vorgegangen?
 - Welche Defizite lassen sich feststellen?



Das „1. Juristische Kolloquium“ fand im futuristischen Conference Center „The Squire“ des Frankfurter Flughafens statt.

- Analyse des Prozessverhaltens der Zahnarztseite
 - Ist es sachgerecht?
 - Welche Defizite lassen sich feststellen?
- Welcher Bedarf besteht für ein strukturiertes Vorgehen auf Zahnarztseite?
- Wie könnte gegebenenfalls ein solcher Bedarf strukturiert bedient werden?

Für einen umfassenden Blick auf die Probleme erwies es sich dabei als sehr hilfreich, dass nicht nur Juristen und Zahnärzte am Tisch saßen, sondern auch das Zahntechnikerhandwerk und Abrechnungsunternehmen vertreten waren. Dadurch konnten beispielsweise zum Thema „Sachkostenliste“ und der von PKV und Beihilfe routinemäßig und schematisch vorgetragenen Unterstellung der Berechnung „überhöhter Laborkosten“ beim Zahnersatz pragmatische Lösungsvorschläge erarbeitet werden.

Auch die anderen Top-Schwerpunkte der Auseinandersetzung mit kostenerstattenden Stellen aus dem allgemeinen Teil der GOZ 2012 („Paragrafenteil“), nämlich Analogberechnungen und „Bemessen und Begründen“ sowie Honorarvereinbarungen nach Paragraph 2 GOZ, wurden intensiv anhand von Fallbeispielen diskutiert. Von juristischer Seite wurde wiederholt moniert, dass es im (vor)prozessualen Verhalten von Zahnärzten erfahrungsgemäß schon bei ganz einfa-

chen Dingen nach wie vor erhebliche Defizite gebe: Unabdingbare Voraussetzung für die Durchsetzung von Ansprüchen sei eine saubere Leistungserfassung in der Patientenakte mit einer detaillierten Dokumentation des Behandlungsablaufs. Hier reiche es keinesfalls aus, lediglich Gebührenschemata anstelle von Behandlungsschritten festzuhalten. Überhaupt wurde angeregt, in den zahnärztlichen Informationsmedien (zum Beispiel ZM) einmal aus juristischer Sicht folgende Qualitätsanforderungen zu definieren und darzustellen:

- Wann ist es sinnvoll zu prozessieren?
- Welche Unterlagen müssen hierfür vorhanden sein?
- Wer soll die anwaltliche Vertretung übernehmen?

Im Kontext der letzten Frage wurde neben der fachlichen Qualifikation der Rechtsvertretung auch intensiv die Rolle von Gerichtsgutachtern unter dem Aspekt notwendiger fachlicher und gebührenrechtlicher Voraussetzungen erörtert. Großen Raum in der rund fünfstündigen, spannenden Diskussion nahm weiterhin das Thema „wirtschaftliche Aufklärung“ des Patienten im Kontext der Erstellung von Heil- und Kostenplänen ein. Mehrere praxiserprobte Konzepte mit unterschiedlichen Ansätzen und Transparenztiefen wurden zu diesem Punkt vorgestellt, Vor- und Nachteile gegeneinander abgewo-

gen und die Grenzen dieser Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag markiert.

Im letzten Teil der Veranstaltung entwickelten die Teilnehmer des 1. Juristischen Kolloquiums privatärztliches Gebührenrecht verschiedene Zukunftsszenarien für die derzeitige Privatgebührenordnung. Wichtige Überlegungen hinsichtlich sich verändernder Rahmenbedingungen waren hier: Welche Auswirkungen wird die augenblicklich laufende Novellierung der GOÄ auf die GOZ 2012 haben? Sind erneute politische Bestrebungen für eine Konvergenz der Versicherungssysteme (Stichwort „Bürgerversicherung“) erkennbar? Welche Konsequenzen könnten sich aus der EU-Initiative in Richtung Abschaffung der Gebührenordnungen freier Berufe ergeben? Welchen Einfluss kann die Zahnärzteschaft auf die jeweilige Entwicklung nehmen? Sind strategische Partner in Sicht? Wird die PKV überhaupt dauerhaft Vollversicherungen auf Basis des Kapitaldeckungsverfahrens anbieten können (Stichwort: „Nullzinspolitik“)?

Organisatoren und Teilnehmer der Veranstaltung waren sich zum Abschluss des Experten-Kolloquiums einig, dass diese von BDIZ EDI, PZVD und DGÄZ initiierte Tagungsplattform weiterentwickelt und 2016 fortgeführt werden soll. ■

Dr. Dirk Erdmann, Haan



Foto: Fotolia.com / rudi976

38. Deutscher Privatzahnärztetag in Dresden

Kompass Zahnmedizin 4.0

Die Privatzahnärztliche Vereinigung Deutschlands (PZVD) veranstaltet vom 15. bis 16. Januar 2016 ihren 38. Deutschen Privatzahnärztetag. Im Taschenberg-Palais in Dresden geht es um digitale Innovation und individuelle Kommunikation.

Die Begegnung und der Austausch haben auch bei diesem Treffen hohe Priorität. PZVD-Präsident *Dr. Wilfried Beckmann* lädt nicht nur die Mitglieder und Gäste ein, sondern auch die „Einsteiger“. Es geht um Praxismanagement in der Cloud, um Praxisübergabe und um Marktwirtschaft. Das Programm wird von der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank gesponsert und ist daher für Studierende der Zahnmedizin sowie Assistenten kostenfrei.

Das gesundheitspolitische Forum am Freitag und Samstag steht unter dem Motto: Kompass Zahnmedizin 4.0 - digitale Innovation, individuelle Kommunikation. Den Auftakt bildet die Einführung in das Thema von PZVD-Präsident *Dr. Wilfried Beckmann*, gefolgt vom Impulsreferat von *Prof. Tim Bruysten*, der ein Plädoyer für mehr Unernsthaftigkeit halten wird. und anschließender Diskussion. *Bruysten*, Mediendesigner und Fachinformatiker, ist Dozent an der Universität Düsseldorf und



denkt über die Anforderungen an den unternehmerischen Geist in einer beschleunigten, digitalisierten Welt nach.

Nicht fehlen darf der PKV-Verbandsdirektor *Dr. Volker Leienbach*, der beim 38. PZVD-Tag über das Verhalten der PKV bei andauernder Niedrigzinsphase aufklären wird.

Wirtschaftsingenieur *Dr. Markus Toschlager* will Denkanstöße geben für

die Gestaltung des digitalen Wandels. Praxismanagement aus der Cloud, so der provokante Titel seines Vortrags.

Rechtsanwalt *Frank Heckenbücher* gibt im letzten Referat des Tages Hinweise zur Praxisabgabe.

Die Abendveranstaltung findet am Freitag in besonderer Atmosphäre im Restaurant Kastenmeier's statt.

Der Samstag startet mit dem Impulsreferat von *Pater H.-J. Zoche* über Wahrheit – Wert – Marktwirtschaft. Mit einem Augenzwinker erzählt der Augustinerpate und Managementberater, was dazu gehört, damit der Zahnarzt von der Hand in den Mund leben kann.

Dr. Adrian Spalka stellt im Anschluss die Praxismanagement-Software der Zukunft vor - individuell, patientenzentriert und mobil.

Anmeldung zum 38. Deutschen Privatzahnärztetag

Preise:

PZVD-Mitglieder

Tagungsgastronomie-Pauschale 110,00 Euro

Begleitpersonen von Mitgliedern

Tagungsgebühr inklusive Tagungsgastronomie 130,00 Euro

Assistenten/-innen (als Berufsstarter) kostenlos

Studierende der Zahnmedizin (Nachweis)

Kostenübernahme der
Tagungspauschalen durch die ZA eG kostenlos

Mitglieder der Kooperationspartner (Nachweis)

Tagungsgebühr inklusive Tagungsgastronomie 175,00 Euro

Gäste

Tagungsgebühr inklusive Tagungsgastronomie 350,00 Euro

Abendveranstaltung

15. Januar 2016 110,00 Euro

Unterkunft:

Taschenbergpalais Hotel Kempinski

Taschenberg 3 · 01067 Dresden
Fon +49 351 4912 636 · Fax +49 351 4912 626
reservations.taschenbergpalais@kempinski.com

Stichwort: Privatzahnärztliche Vereinigung Deutschlands

Doppelzimmer inklusive Frühstück 179,00 Euro

Einzelzimmer inklusive Frühstück 159,00 Euro

Anmeldung:

Bitte richten Sie Ihre verbindliche Reservierung an die Geschäftsstelle der PZVD. Sämtliche Pauschalen sind vorab fällig.

PZVD Geschäftsstelle

Bernadette Gebauer
Susannenstraße 7a · 33335 Gütersloh
Fon +49 5241 9705-16 · Fax +49 5241 9705-88
info@pzvd.de

Überweisung an:

Dt. Apotheker- und Ärztebank Köln

IBAN DE11 3006 0601 0002 2931 37 · BIC DAAEDEDXXX

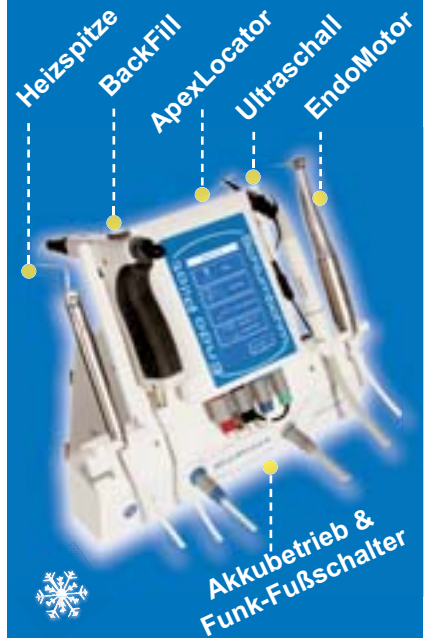
Dr. Susanne Woitzik spricht über Praxissteuerung 4.0 – ohne Menschen geht es nicht. Am Nachmittag findet das PZVD-Diskussionsforum statt und kurz vor Ende der Tagung die PZVD-Jahreshauptversammlung.

Da BDIZ EDI und PZVD seit 2014 Kooperationspartner sind, kommen die Mitglieder des BDIZ EDI in den Genuss der reduzierten Teilnahmegebühr. Die Anmeldung findet sich auf der Internetseite der PZVD: www.pzvd.de

RED

EndoPilot

Kompakt-Erweiterbar-Sicher



- EndoMotor mit Längenbestimmung
- Thermoplastische Wurzelkanalfüllung
- Touch-Display für intuitive Bedienung
- Feilendatenbank mit Verschleißkontrolle

KnochenFilter

Augmentation effektiv & schnell



Optimale Gewinnung von autologen Knochenstäben während des Absaugens mit dem Titan KnochenFilter **KF-T3**

KnochenMühle

Knochenarbeit leichtgemacht



Leichte Zerkleinerung von autologen Knochenblöcken und Erzeugung von körnigen Knochenstäben für eine optimale Knochenneubildung mit der **KM-3**

Wir wünschen Frohe Weihnachten und einen Guten Start ins Neue Jahr 2016

Schlumbohm GmbH & Co. KG
24616 Brokstedt Tel.: 04324-89 29 - 0
www.schlumbohm.de post@schlumbohm.de

AS-Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement

Neuer Fortbildungsgang startet 2016

Seit 14 Jahren bietet die zahnärztliche Selbstverwaltung ein besonderes berufsbegleitendes Fortbildungsangebot für junge Zahnärztinnen und Zahnärzte an, die Interesse an der Übernahme von Verantwortung in Gremien der zahnärztlichen Berufspolitik und Selbstverwaltung haben und sich das notwendige Knowhow dafür zulegen wollen.

Derzeit 15 zahnärztliche Körperschaften unter der Schirmherrschaft von BZÄK und KZBV tragen die Fortbildungsplattform, mit dem Ziel einer umfassenden wissenschaftlich und systematisch ausgerichteten Selbstprofessionalisierung der Zahnärzteschaft für den Erhalt und die Stärkung der Freiheit im Heilberuf.

Profundes Wissen – berufsbegleitend erlernt

Neben der politischen Fortbildung erhalten die Teilnehmer zudem auch das Rüstzeug für das betriebswirtschaftliche Management ihrer Praxis. Zum Themenspektrum der Akademie gehören unter anderem Recht und Ökonomie des Gesundheitswesens und der Zahnarztpraxis, Gesundheitssystemforschung, Rhetorik, Öffentlichkeitsarbeit, Diskussionsforen zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen mit Entscheidungsträgern, und Besuche bei Institutionen in Berlin und Brüssel runden ein vielseitiges interdisziplinäres Studienprogramm ab.

Den achten Studiengang der Akademie werden Ende dieses Jahres 18 Kolleginnen und Kollegen erfolgreich mit dem Zertifikat „Manager in Health Care Systems“ abschließen. Im Februar 2016 beginnt dann der neue Studiengang der AS-Akademie. Dieser neunte postgraduale Fortbildungsgang erstreckt sich über zwei Jahre bis Ende 2017. Die Veranstaltungen finden sowohl in Berlin aber auch an wechselnden Orten im Bereich der Trägerkörperschaften an insgesamt zehn Wochenenden (jeweils von Donnerstagnachmittag bis



Prof. Dr. Christoph Benz



Prof. Dr. Burkhard Tiemann

Samstagmittag) in Form von Seminarblöcken statt. Wissenschaftlicher Leiter sind Prof. Dr. Burkhard Tiemann sowie sein designierter Nachfolger, Prof. Dr. Christoph Benz. Die Geschäftsführung hat Dr. Sebastian Ziller, BZÄK, inne.

Vier Semester umfassender Stoff

Die Lehrveranstaltungen werden als Vorlesungen, Übungen und Seminare abgehalten. Die Kurse sind mit rund 20 Teilnehmern besetzt. Die ersten beiden Semester bilden einen Grundkurs, in dem das Recht der Heilberufe, Grundlagen der Freiberuflichkeit, politische Entscheidungsverfahren sowie Grundzüge der Volkswirtschaftslehre angeboten werden. Des Weiteren stehen das Recht der GKV, Grundzüge der Gesundheits- und Sozialpolitik, zahnärztliche Selbstverwaltung, Meinungsbildung und Entscheidungsverfahren in der Berufspolitik sowie Grundzüge der Betriebswirtschaft auf dem Lehrplan. Das dritte und vierte

Semester sind als Aufbaukurs konzipiert. Hier geht es dann um Praxis- und Qualitätsmanagement, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystemforschung, Sozialmedizin, Epidemiologie, europäische Entwicklungen, Verbandsstrategien, Kommunikation sowie Öffentlichkeits- und Pressearbeit. Die Studienvermittlung erfolgt unter wissenschaftlicher Leitung von Prof. Dr. Burkhard Tiemann und Prof. Dr. Christoph Benz durch hochkarätige Dozenten aus Wissenschaft und Praxis.

Das zweijährige Curriculum kostet die Teilnehmer 3900 Euro und wird gemäß den Leitsätzen der BZÄK/DGZMK/KZBV zur zahnärztlichen Fortbildung mit Punkten bewertet. Seit 2011 besteht eine teilweise Anrechnungsmöglichkeit des AS-Curriculums auf das postgraduale Studium an der Apollon Hochschule der Gesundheitswirtschaft Bremen zum Master of Health Management.

Eine Anmeldung ist bis zum Jahresende unter www.zahnaerzte-akademie-as.de möglich. ■

Dr. Sebastian Ziller
Geschäftsführer AS-Akademie

Kontakt

Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement

Chausseestraße 13 · 10115 Berlin
Ansprechpartner: Birgit Koch
Fon +49 30 40005-101
Fax +49 30 40005-169
b.koch@bzaek.de

Dr. Heimo Mangelsdorf ist nach 15 Jahren ehrenamtlicher Arbeit von seinem Amt als Schatzmeister zurückgetreten.



BDIZ EDI

Personalia

Dr. Heimo Mangelsdorf, Nürnberg, der am 18. November 2014 seinen 70. Geburtstag gefeiert hat, trat Mitte Oktober 2015 von seinem Amt als Schatzmeister zurück. Das Ehrenamt im BDIZ EDI-Vorstand hatte er 15 Jahre inne. Zuvor war Dr. Mangelsdorf zwei Jahre als Kassenprüfer für den Verband tätig.

Die Aufgaben des Schatzmeisters werden bis zur nächsten Mitgliederversammlung kommissarisch von *Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller*, Köln, übernommen. Unterstützt wird er dabei von *Dr. Wolfgang Neumann*, Philippsthal. *Professor Zöller* ist seit 2005 Vizepräsident des BDIZ EDI, *Dr. Wolfgang Neumann* gehört dem erweiterten Vorstand seit 2013 an.

Dr. Mangelsdorf war nicht nur in der Vorstandsarbeit engagiert, er hat sich in den vergangenen Jahrzehnten als Gutachter sowohl im Bereich der Parodontologie als auch in der Implantologie und für die Ausnahme-Indikationen nach § 28 einen Namen gemacht.

Der Vorstand bedankt sich bei *Dr. Mangelsdorf* für die über viele Jahre geleistete Arbeit für den BDIZ EDI. ■

Der Vorstand des BDIZ EDI



Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller



Dr. Wolfgang Neumann



KSI Bauer-Schraube

Das Original

Über 25 Jahre Langzeiterfolg



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

Das KSI-Implantologen Team freut sich auf Ihre Anfrage!

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

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



Foto: Project Photos

Geburtstage

Der BDIZ EDI gratuliert

In den Monaten Januar bis März feiern die folgenden Mitglieder des BDIZ EDI einen „runden“ oder besonderen Geburtstag. Der Vorstand gratuliert und wünscht alles Gute.

Januar

1. Januar

Dr. Damian Lawnik (Germersheim)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

1. Januar

Dr. Hans Florack (Heinsberg)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

2. Januar

Dr. Hans-Joachim Belger (Goslar)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

2. Januar

Dr. Robert Nieberler (Puchheim)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

4. Januar

Dr. Georg Rottenaicher (Kirchweidach)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

8. Januar

Dr. Gabriele Franke (Gardelegen)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

9. Januar

Prof. Dr. Axel Wirthmann (Hamburg)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

10. Januar

Dr. Georgios Hondralis (Ludwigshafen)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

10. Januar

Dagmar Wilde-Janssen (Berlin)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

12. Januar

Dr. Jürgen Krohn (Hamburg)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

12. Januar

Dr. Jürgen Schröder (Heidenrod)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

14. Januar

Dr. Wolfgang Reichle (Dreieich)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

19. Januar

Salvatore Viva (Dinklage)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

20. Januar

Dr. Peter Keßler (Bad Vilel)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

21. Januar

Dr. Friedrich-Wilhelm Birk (Bad Salzuflen)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

22. Januar

Dr. Helmut Zitzelsberger (Reisbach)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

23. Januar

Prof. Dr. Dr. Wolfgang Bähr (Freiburg)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

23. Januar

Dr. Dr. Frank Bagambisa (Bonn)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

25. Januar

Dr. Alexander Thürauf (Langenzenn)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

27. Januar

Dr. Karl-Heinz Borho (Stuttgart)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

27. Januar

Dr. Holger Kaesemann (Essen)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

29. Januar

Dr. Klaus Schwenk (Straufhain)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

Februar

5. Februar

Dr. Ingolf G. Welsch (Duisburg)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

8. Februar

Dr. Detlef Lutz (Seevetal)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

9. Februar

Dr. Detlev W. Gissel (Frankfurt)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

13. Februar

Dr. Peter Mohr (Bitburg)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

14. Februar

Stephan Chandra (Mönchengladbach)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

16. Februar

Dr. med. Rainer Pertzsch (Eilenburg)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

18. Februar

Dr. Friedrich Sternhardt (Zorneding)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

19. Februar

Dr. Dr. Ursula Zeitler (Erlangen)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

19. Februar

Hans-Jürgen Frei (Albstadt)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

20. Februar

Prof. Dr. Rolf Semmler (Gebrunn)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

21. Februar

Dr. Michael Filusch (Bonn)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

22. Februar

Dr. Johannes Bartsch (Kassel)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

23. Februar

Dr. (SYR) Nabil Sayaf (Extertal)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

24. Februar

Dr. Josef Loika (Kronach)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

25. Februar

Dr. Knut Krützmann (München)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

26. Februar

Prof. Dr. Dr. Berthold Hell (Siegen)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

26. Februar

Dr. Erich Unterhuber (Traunstein)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

26. Februar

Dr. Gerd Cyrus (Giessen)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

27. Februar

Dr. Jörg Schmoll (Eppelheim)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

März

5. März

Dr. Peter-Dirk Seuthe (Plettenberg)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

8. März

Dr. Volker Hey (Laboe)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

16. März

Dr. Michael Maass (Ingolstadt)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

18. März

Dr. Ebong Ukere (Barum)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

19. März

Dr. Harald Maier (Freiburg)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

21. März

Dr. Dr. Achim Großhelleforth (Bielefeld)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

23. März

Dr. Andree Kramer (Rastatt)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

23. März

Dr. Eckhard Weggen (Berlin)
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

28. März

Dr. Henri Henftling (Schwalbach)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

29. März

Dr. Detlef Glas (München)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

**Wir wünschen Ihnen viel Glück und
Gesundheit für die Zukunft**

Christian Berger

namens des Vorstandes des BDIZ EDI

25. Gutachterkonferenz Implantologie in Düsseldorf

Die Position des Implantats

Zum 25. Mal veranstaltete der BDIZ EDI die Gutachterkonferenz Implantologie im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie. Zum Thema „Der Einfluss der Implantatposition auf den Behandlungserfolg – Fehlpositionierung von Implantaten vermeiden“ war die Zahnärztekammer Nordrhein Kooperationspartner des BDIZ EDI. Die Gutachterkonferenz fand im Zahnärztheus in Düsseldorf statt.

Für die nordrheinische Zahnärztekammer begrüßte Vorstandsmitglied *Dr. Dr. Georg Arentowicz* die Gutachter und hob die Arbeit des BDIZ EDI im Bereich des Gutachterwesens hervor. Er bescheinigte dem Verband umsichtiges Vorgehen und eine synergetische Positionierung in der Gutachterarbeit. Ausschussvorsitzender *Dr. Hans-Hermann Liepe* machte deutlich, wie wichtig ein einheitliches Auftreten von implantologischen Sachverständigen vor Gericht sei und betonte damit einmal mehr das Hauptanliegen des BDIZ EDI im Bereich der implantologischen Gutachter. BDIZ EDI-Präsident *Christian Berger* informierte, dass die Konsensuskonferenz Implantologie die Gutachter-Kriterien an der BDIZ EDI-Gutachterordnung ausgerichtet habe. Diese sieht neben den hohen Anforderungen an die Qualifikation der Gutachter unter anderem vor, dass die Untersuchung des Patienten grund-

sätzlich obligatorisch für ein Gutachten ist. Die Gutachterordnung des BDIZ EDI steht im Internet unter www.bdizedi.org > BDIZ EDI > Gutachter.

Dr. Hans-Hermann Liepe, Vorsitzender des BDIZ EDI-Gutachterausschusses stellte heraus, dass die sorgfältige Fortbildung der Gutachter im Bereich der Implantologie seit Jahren ein wesentlicher Aspekt der Verbandsarbeit des BDIZ EDI sei, weil unbedachte gutachterliche Äußerungen zu heiklen Entwicklungen vor Gericht und zu ungewollten Problemen für die implantologische Versorgung und Abrechnung insgesamt führen könnten. Der BDIZ EDI sei federführend in der Konsensuskonferenz Implantologie aktiv und biete implantologischen Gutachtern ein ausgezeichnetes Forum, um den sicheren Umgang mit Recht und Gerichten zu lernen.

Im Anschluss stellten die Referenten ihre Vorträge rund um das Thema vor und diskutierten mit den Gutachtern. *Dr. Dr. Martin Bonsmann*, Düsseldorf, zeigte aus seiner gutachterlichen Arbeit einige Beispiele chirurgischer Fehlpositionierungen von Implantaten und deren prothetische Folgen. Bereits zuvor hatten die Gutachter nach dem Einführungsreferat von *PD Dr. Jörg Neugebauer*, Landsberg am Lech, über den Mindestabstand von Implantaten zu Nachbarzähnen diskutiert. Dabei berief sich *Neugebauer* auf die 9. Europäische Konsensuskonferenz des BDIZ EDI zum Thema Implantatpositionierung.

Die schwierige Frage nach der Anzahl der Implantate im Frontzahnbereich, suchte *Dr. Karl-Ludwig Ackermann* (Filderstadt) zu beantworten. Soweit recherchierbar, gebe es wenig evidenzbasierte Daten zu der Implantatzahl in unterschiedlichen ▶



Die Fehlpositionierung aus juristischer Sicht: *Dr. Hans-Hermann Liepe*, *Prof. Dr. Thomas Ratajczak* und *Christian Berger* standen Rede und Antwort.



Volles Haus bei der 25. Gutachterkonferenz des BDIZ EDI im Düsseldorfer Zahnärztheus

Nichts verändert – Nur verbessert



9 von 10 Zahnärzten
sind von der guten Handhabung des
Geistlich Bio-Oss Pen[®] überzeugt*

* Geistlich Pharma AG practice test, June 2012

Weitere Informationen
www.bio-oss.com

 swiss made

LEADING REGENERATION

Bitte senden Sie mir:

per Fax an 07223 9624-10

- Informationen zu Geistlich Bio-Oss Pen[®]
- Informationen zur Biofunktionalität von Geistlich Bio-Oss[®]

Geistlich Biomaterials Vertriebsgesellschaft mbH · Schneidweg 5 · D-76534 Baden-Baden
Telefon 07223 9624-0 · Telefax 07223 9624-10 · info@geistlich.de · www.geistlich.de

BDIZ konkret 04-2015

Praxisstempel

Indikationen. Aufgrund seiner fast 40-jährigen implantologischen Tätigkeit in eigener Praxis gab *Ackermann* dennoch Empfehlungen zur Implantatzahl und -verteilung in der ästhetischen Zone des Ober- und Unterkiefers: Je anspruchsvoller der Therapieansatz sei – als Beispiele nannte er die hohe Lachlinie, anatomisch unveränderte Basis nach Zahnverlust, junger Patient –, desto eher sei eine Zahn-für-Zahn-Versorgung mit Imitation der natürlichen Dentition angesagt. Je weiter sich der Individualbehandlungsfall von den vorgenannten Maximen entferne, desto mehr werde man versuchen, mit reduziertem Aufwand ein primär funktionales und erst in zweiter Linie ästhetisches Ergebnis zu erzielen. Empfohlene Behandlungsmodalitäten sollten sich laut *Ackermann* grundsätzlich zuerst am Atrophiegrad des Alveolarbogens, am Zungenfunktionsraum, an den Wünschen des Patienten und an den medizinischen Möglichkeiten orientieren.

Die orovestibuläre Positionierung war das Thema von *Dr. Claudio Cacaci*, München. Für die korrekte Positionierung von dentalen Implantaten im Frontzahn-bereich, stehe nur ein enger Korridor zur Verfügung, der ein voraussagbar gutes ästhetisches Ergebnis bringen könne. Allein die Fehlpositionierung durch Missachtung der bestehenden Regeln führe schnell zu unansehnlichen Ergebnissen und somit zum Misserfolg, der oft nicht mehr korrigierbar sei. *Cacaci* beleuchtete in seinem Vortrag die bestehenden Regeln und diskutierte Hilfsmittel, die dabei helfen, eine Fehlpositionierung in diesem Bereich zu vermeiden – in erster Linie die von ihm angewandte Fadentechnik. In seiner Take-Home-Message wies er auf folgende Richtlinien hin: 1,5 mm Abstand zu den Nachbarwurzeln, 3-4 mm apikal des geplanten Gingivaverlaufs.

Dr. Stefan Reinhardt, Münster, widmete sich der Frage, welche vestibuläre Position die richtige ist. Der Referent bestätigte anhand seiner Literaturrecherche, dass bei allen Implantaten Knochen verloren gingen. Er zitierte die Studien von *Weng* 2008

und *Yung-Myung Yi* 2010, die den vertikalen Knochenverlust nach vier Monaten ohne Belastung, beziehungsweise ein Jahr nach Belastung untersucht hatten. Insgesamt könne festgestellt werden, dass mittels Platform Switching weniger Knochenverlust bei relativ hohem Evidenzwert aufgetreten sei. „Ich persönlich setze auch im Frontzahnbereich einen Millimeter tiefer.“ Bei der Sofortimplantation sei es schwieriger. Hier müsse die vertikale Implantatposition vestibulär zwei Millimeter unter Knochenniveau sein – aber: keine Sofortimplantation ohne Weichgewebe zu verdicken. In beiden Fällen sei Platform Switching zu bevorzugen, so *Reinhardt*.

Für *Prof. Dr. Dr. Max-Peter Heiland* referierte *Dr. Dr. Johannes Wikner* vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zur Frage, welche Fehlpositionierung nicht vertretbar sei. Er fokussierte den interimplantären Abstand, der Einfluss auf die Höhe des Kieferknochens zwischen den Implantaten und damit auch auf die Pupille habe. Anhand der Auswertung der Bildgebung von Panoramaschichtaufnahmen (PSA) zeigte *Wikner* auf, wie unsicher die metrische Auswertung solcher Aufnahmen sei. „Der Mensch ist nicht geometrisch plan konstruiert“, so seine Erklärung. Aus diesem Grund könne bei der Messung von Schichtaufnahmen eine ausreichende Präzision und Zuverlässigkeit nicht vorausgesetzt werden. Das aus dem DVT rekonstruierte Panoramabild sei deutlich besser als die konventionelle PSA hinsichtlich Verzerrung, so seine Schlussfolgerung.

Bei der Frage, welche Risiken bei der Positionierung angulierter Implantate bestehen, machte *PD Dr. Jörg Neugebauer* deutlich, dass für das Verfahren die Erfahrung des Behandlers wichtig sei – besonders im Oberkieferbereich. Die Neigung beziehungsweise der Neigungswinkel des Implantats sollte innerhalb der Knochenparameter in möglichst aufrechter Position angelegt sein. Werde anhand der Basisdiagnostik eine deutliche Nähe zu den Nachbarstrukturen ermittelt, rät *Neugebauer* dazu, die Einbeziehung der 3D-Diagnostik

zu prüfen. Sein Leitfaden: Sicherheitsabstand von mindestens zwei Millimetern zum Canalis mandibulae; Sicherheitsabstand von drei bis fünf Millimetern anterior des Foramen mentale, Sicherheitsabstand von mindestens einem Millimeter zur Nachbarzahnwurzel und Röntgenaufnahmen aus verschiedenen Winkeln bei beengten Strukturen und Wurzelkonvergenz.

Mit der Fehlpositionierung aus juristischer Sicht beschäftigte sich der BDIZ EDI-Justiziar *Prof. Dr. Thomas Ratajczak*, Sindelfingen. Er machte deutlich, dass es unterschiedliche Ansätze gebe. Eine Fehlpositionierung sei, wenn das Implantat nicht dort sitze, wo es nach der präimplantologischen Planung sitzen sollte. Dies könne allerdings aus patientenorientierter Sicht die bevorzugte, weil mit weniger Eingriffen verbundene Positionierung sein. Anders gelagert sei die Sache, wenn das Implantat an einer Stelle sitze, an der es nicht versorgt werden könne. „Hier muss man sicher von Fehlpositionierung reden“, so *Ratajczak*. Bei Abweichung der Position eines Implantats von der Idealposition „müssen Toleranzen in der Beurteilung und in der Ausführung berücksichtigt werden. Im Regelfall gibt es nicht exakt eine richtige Implantatposition“.

Im Anschluss diskutierten die Gutachter detailreich über die Vorträge und hatten insbesondere zum Vortrag von *Professor Ratajczak* Nachfragen. Die Teilnehmer der 25. Gutachterkonferenz erhalten auf Anfrage die Vorträge der Referenten – soweit vorhanden – zugesandt: office-bonn@bdizedi.org

AWU

Download

9. Praxisleitfaden zur Implantatpositionierung

Der Praxisleitfaden der 9. Europäischen Konsensuskonferenz „Fehlpositionierung von Implantaten vermeiden“ kann online unter www.bdizedi.org > Zahnärzte > Praxisleitfaden heruntergeladen werden.





Prof. Dr. Georg-H. Nentwig, Vizepräsident DGOI, Dr. Fred Bayer, Präsident DGOI, und Past-Präsident Dr. Georg Bayer

DGOI: Dr. Fred Bergmann löst Dr. Georg Bayer ab

Neuer Präsident gewählt

Die Deutsche Gesellschaft für Orale Implantologie (DGOI) hat am 17. Oktober in ihrer Mitgliederversammlung in Berlin Dr. Fred Bergmann, Viernheim, für die kommenden drei Jahre zum Präsidenten und Prof. Dr. Georg-H. Nentwig, Frankfurt am Main, zum Vizepräsidenten der Fachgesellschaft gewählt.

Dr. Fred Bergmann löst satzungsgemäß nach sechs Jahren *Dr. Georg Bayer*, Landsberg am Lech, in seinem Amt ab. *Dr. Bayer* bleibt in seiner Funktion als Past-Präsident weiterhin im Vorstand der DGOI aktiv. *Dr. Bergmann* will die DGOI gemeinsam mit dem Vorstand weiter als Fachgesellschaft für den Praktiker positionieren und ihrem Leitthema „Wir für Dich“ entsprechend intensiver die Bedürfnisse der Mitglieder in den Fokus rücken. Niedergelassen ist *Dr. Bergmann* in einer Gemeinschaftspraxis mit sechs weiteren Kollegen in Viernheim bei Mannheim. Er ist verheiratet und hat zwei Kinder. Während der Mitgliederversammlung dankte der gesamte Vorstand dem scheidenden Präsidenten *Dr. Georg Bayer* für sein großes Engagement. Er habe entscheidend den heutigen Charakter der DGOI als implantologische Fachgesellschaft für den Praktiker mit einem freundschaftlichen und familiären Team-Spirit geprägt. BDIZ EDI-Präsident *Christian Berger* ging in einem Glückwunschsreiben an *Dr. Bergmann* auf die gemeinsamen Ziele von BDIZ EDI und DGOI ein. Angesichts der Veränderungen in der Versorgungslandschaft, die dezidiert auch die Zahnärzte treffen, sehe der BDIZ EDI die Notwendigkeit einer intensiven Bündelung von Kernkompetenzen und Kapazitäten der zahnärztlichen Fachgesellschaften und Berufsverbände, um auf die derzeitige Entwicklung im Gesundheitssystem im Verbund Einfluss nehmen zu können. „Ich würde mich freuen, wenn DGOI und BDIZ EDI die Zusammenarbeit künftig genauso intensiv fortsetzen würden, wie wir sie mit Deinem Vorgänger gepflegt haben“, heißt es in dem Schreiben. ■



Gewebeexpansion

vor Augmentation
des Kieferkammes

- deutliche Reduktion post-operativer Expositionen*
- höherer vertikaler Knochengewinn*
- erhöhte Vaskularisierung im Hart- und Weichgewebe*



* Übersicht der Studien unter:

www.osmed.biz



Das guterhaltene Amphitheater von Verona

Foto: Fotolia.com / ekaterina_belova

10. Europa-Symposium / 2. Internationaler Kongress von Quintessenz in Verona

„State of the Art“ vor historischer Kulisse

Auch beim 2. Internationalen Kongress von Quintessenz ist der BDIZ EDI als Kooperationspartner dabei. Vom 26. bis 28. Mai 2016 findet das 10. Europa-Symposium des Verbandes unter Federführung von Quintessenz Edizioni in Verona statt. Das Thema: State of the Art. Mitglieder des BDIZ EDI erhalten Sonderkonditionen.

Dieser zweite internationale Kongress von Quintessenz findet in Verona/Italien statt. Die Stadt wurde im Jahr 2000 zum Weltkulturerbe erhoben. Von der Bedeutung Veronas als politischem und wirtschaftlichem Zentrum zeugen heute noch etliche Monumente, angefangen von der Arena bis zum Römischen Theater, vom Gavi-Bogen bis zum Stadttor Porta Borsari, von dem Grabungsgebiet der Porta Leoni bis zu den Scavi Scaligeri.

Das gut erhaltene und in das heutige Stadtbild mit einbezogene Amphitheater wurde wahrscheinlich unter *Kaiser Tiberius* um 30 n. Chr. erbaut. Es entstand ein halbes Jahrhundert vor dem Kolosse-

um in Rom (80 n. Chr.) und ist somit eines der frühesten Beispiele für ein von den Römern fortentwickeltes, in Form eines geschlossenen Ovals angelegtes Amphitheater. Das Bauwerk ist 138 m lang, 109 m breit und ist das nach dem Erhaltungszustand zweitgrößte Amphitheater neben dem Kolosseum in Rom. Das Innere der Arena besteht aus 45 Sitzreihen mit heute etwa 22.000 Plätzen. Im Sommer finden in der Arena die berühmten Opernfestspiele statt.

Umgeben ist die Arena von der Piazza Bra mit dem 1730 angelegten, gepflasterten Listone. Der breite Bürgersteig mit vielen Restaurants verläuft vor den Fassaden der Palazzi auf der Westseite des Platzes.

Der Kongress

Der 2. Internationale Kongress von Quintessenz/das 10. Europa-Symposium des BDIZ EDI findet im Palazzo della Gran Guardia statt. Das gesamte Programm wird simultan übersetzt: Italienisch-Englisch. Als Kongresspräsident fungiert *Prof. Dr. Pier Francesco Nocini*, Direktor der chirurgischen Abteilung an der Klinik für MKG-Chirurgie und Zahnmedizin der Universität Verona. Die zweite Auflage des internationalen Kongresses von Quintessenz liefert ein attraktives Programm, das auf die Praxisnähe abzielt. Der Kongress beginnt am 26. Mai unter dem Motto „Die Zukunft der Zahnheilkunde“ und der erste Tag wird von jun-

gen Referenten bestritten. Als Höhepunkt und Abschluss des Tages wählen die Teilnehmer den besten Referenten des Tages. Der Gewinner wird erneut als Referent zum 3. Internationalen Kongress von Quintessenza Edizioni im Jahr 2018 eingeladen.

Freitag und Samstag wird der Kongress mit einem Programm fortgeführt, das mit vielen international bekannten Referenten aufwartet und von *Dr. Tiziano Testori*, *Dr. Guido Garotti* und *Dr. Lauro Dusetti* geleitet wird. Die Vorträge behandeln die folgenden Problemstellungen bzw. Bereiche in verschiedenen Sessions:

- Behandlung zahnloser Patienten
- Zahnersatz auf Implantaten und Ästhetik
- Kieferorthopädie
- Parodontologie und Ästhetik
- Die moderne restaurative Zahnheilkunde und digitale Zahnheilkunde

Am Samstag, 28. Mai 2015, können die Teilnehmer zusätzlich aus drei unterschiedlichen Kursen wählen, die an Zahnärzte, Hygienikerinnen/ Praxispersonal und Zahntechniker adressiert sind.

Die Referenten Freitag und Samstag

Enrico Agliardi, Alessandro Agnini, Andrea Agnini, Christian Berger, Tommaso Cantoni, Andrea Chierico, Enrico Cogo, Fabio Cozzolino, Davide Faganello, Ueli Grunder, Mario Imburgia, Pasquale Loiacono, Giuseppe Luongo, Anna Mariniello, Mauro Merli, Vincenzo Musella, Jörg Neugebauer, Giovanna Perrotti, Massimiliano Politi, Giovanni Polizzi, Loris Prosper, Giano Ricci, Marisa Roncati, Roberto Spreafico, Tiziano Testori, Francesca Vailati, Tomaso Vercellotti und Giovanni Zucchelli.

Anmeldung

Das Programm steht online unter www.quintessenzaedizioni.com. BDIZ EDI-Mitglieder kommen in den Genuss einer reduzierten Teilnehmergebühr von 250 Euro (regulär: 300 Euro). Dazu bitte die Anmeldung (Seite 44) an den BDIZ EDI weiterleiten. Programm Anmeldung für Mitglieder sowie eine Hotelliste sind auf der Internetseite des BDIZ EDI abrufbar: www.bdizedi.org > unsere Veranstaltungen. Für die Hotelbuchung sollte der folgende Link verwendet werden: <https://www.veronabooking.com/index.cfm/de/> ▶

RED/AWU

Weitere Informationen

Veranstaltungsort:

Palazzo della Gran Guardia
Bra Square in front of Arena · Verona · Italy

Anmeldung:

Quintessenza Edizioni · Via Ciro Menotti, 65 · 20017 Rho (MI)
Fon +39 02 93180821 (int. 4) · Fax +39 02 93509126
info@quintessenzaedizioni.it



Für Persönlichkeiten.

PerioChip®
www.periochip.de

CONGRESS OF YOUNG DENTISTS

THURSDAY, MAY 26, 2016

Moderators: Pier Francesco Nocini/Tiziano Testori/Giovanni Zucchelli

THE FUTURE OF DENTISTRY

08.30 – 08.40 **Welcome of the Director Lauro Dusetti and Presentation of the Congress**
Tiziano Testori, Pier Francesco Nocini

SESSION I: SURGERY AND IMPLANTS

08.40 – 09.00 **Piezoelectric Bone Surgery in Treatment of Radiolucent Lesions of Jaws**
Tommaso Ghedini

09.00 – 9.30 **EASY LOADING PROTOCOL: Intraoperative Simplified Protocol for the Immediate Loading in Totally Edentulous Patient**
Tommaso Weinstein, Riccardo Scaini

09.30 – 10.00 **The Modern Diagnostic Phase: RiskAssessment in Oral Implantology. The Longevity Protocol**
Matteo Deflorian, Andrea Parenti

10.00 – 10.30 **Break**

SESSION II: MAXILLOFACIAL SURGERY, PERIODONTAL AND IMPLANT

10.30 – 10.50 **Dental Treatments in Maxillofacial Surgery: How to Manage the Post-Oncological Patient?**
Edoardo Brauner

10.50 – 11.20 **Key Factors for Esthetic Success with Implant Supported Restorations. Form and Esthetic Failure to a Successful Result**
Luca Gobbato/Fabio Mazzocco

11.20 – 11.40 **Periodontal Plastic Surgery: Techniques and Key Elements for Success**
Fabio Vignoletti

11.40 – 12.00 **Operative Protocols for the Diagnosis and Treatment of Aggressive Periodontitis**
Stefano Corbella

12.00 – 12.20 **The Connective Tissue Graft Wall Technique in Periodontal Regeneration**
Martina Stefanini

12.20 – 12.40 **Immediate Loaded Implant in Aesthetic Area in Conjunction with a Connective Tissue Graft**
Claudio Mazzotti

12.40 – 13.00 **Management of Periimplant Tissues in Complex Clinical Situations**
Giacomo Santoro

13.00 – 13.20 **Modern Protocols of Proflaxis and non Surgycal Periodontal Therapy: Full Mouth Air Polishing Therapy. From Healthy Patient to Patient with Periimplantitis**
Magda Mensi

13.20 – 14.20 **Lunch**

14.20 – 14.40 **Bone Augmentation with Reservable and non Reservable Membranes**
Filippo Fontana

14.40 – 15.00 **Digital Workflow in the Management of Perimplant Soft Tissues: from Immediate Loading to the Final Prosthetics**
Claudio Mocci

15.00 – 15.20 **Publishing Project Presentation of Quintessenza Internazionale, Scientific Articles, Section of Professional Practice**
Tommaso Weinstein

SESSION III: PROSTHESIS ON IMPLANT AND NATURAL TEETH AND DIGITAL DENTISTRY

15.20 – 15.50 **Dentalvox System Accuracy for the Computer Assisted Dental Implants Positioning**
Giacomo Ori/Diego Capri

15.50 – 16.10 **Key Factors in Implant Aesthetic Rehabilitation**
Davide Farronato

16.10 – 16.30 **Aesthetics in Implantoprosthesis**
Gianluca Paniz

16.30 – 17.00 **Break**

17.00 – 17.20 **The Digital Workflow in Fixed Prosthesis: Operative Protocols**
Luca Solimei

17.20 – 17.40 **Interface Area Management in Cases of Teeth and Implant Supported Restorations**
Giacomo Fabbri

17.40 – 18.00 **All-Ceramic Materials in Prosthodontics: from the Tradition to the Digital Dentistry**
Roberto Sorrentino

18.00 – 18.20 **Use of CAD/CAM Technologies in Total Prosthesis: Potentiality and Limits**
Piero Venezia

18.20 – 19.00 **Discussion and Evaluation of the Best Presentation**

For the evaluation will be distributed at the beginning of the day a special evaluation form.

DENTAL CONGRESS

FRIDAY, MAY 27, 2016

08.30 – 09.00 **Welcome of the Director Lauro Dusetti and presentation of the congress**
Tiziano Testori, Pier Francesco Nocini

THE REHABILITATION OF THE EDENTULOUS PATIENT

Moderatoren: Giovanni Zucchelli, Giuseppe Luongo

09.00 – 09.30 **Therapeutic alternatives in implant treatment in complex clinical cases**
Mauro Merli

09.30 – 10.00 **Immediate loading rehabilitation of the atrophic maxilla with angled implants**
Enrico Agliardi

10.00 – 10.30 **Cawood and Howell Class V and Class VI mandibular atrophies: treatment protocols**
Tiziano Testori

10.30 – 11.00 **Early and late complications in implant dentistry**
Jörg Neugebauer

11.00 – 11.30 **Break**

11.30 – 12.00 **The clinical results of the first 15 years of use: the piezoelectric bone surgery in Italy and in the world**
Tomaso Vercellotti

PROSTHESIS ON IMPLANTS AND AESTHETICS

Chairmen: Giano Ricci, Dino Re

12.00 – 12.30 **The Digital Revolution: the learning curve**
Alessandro und Andrea Agnini

12.30 – 13.30 **Implants in the aesthetic zone**
Ueli Grunder

13.30 – 14.30 **Lunch**

14.30 – 15.00 **Full Digital Dentistry: the total digitalization of the procedures of the modern dental practice**
Giuseppe Luongo

15.00 – 15.30 **Advantages of guided surgery in extraction sockets and in the tuber-pterygoid area**
Giovanni Polizzi

15.30 – 16.00 **Prosthetic planning in guided surgery**
Tommaso Cantoni

16.00 – 16.30 **The tissue and color integration of restorations in the aesthetic area: advice for the management of clinical problems**
Andrea Chierico, Davide Faganello

16.30 – 17.00 **Break**

17.00 – 17.30 **The influence of implant positioning for long-term success – avoiding implant malpositioning**
Christian Berger

17.30 – 18.00 **How does gingival morphology influence tooth preparation? How much importance has marginal fit in order to obtain long-term follow-up?**
Loris Prosper

18.00 – 18.30 **Discussion**



DENTAL CONGRESS

SATURDAY, MAY 28, 2016	
ORTHODONTICS	14.30 – 15.00 Prosthetic design: clinical and technical aspects in the system "Aesthetic Preview" Vincenzo Musella
Chairmen: Roberto Spreafico, Tomaso Vercellotti	
09.00 – 09.30 Bracketless fixed lingual orthodontics, a new approach in orthodontic treatment Anna Mariniello/Fabio Cozzolino	15.00 – 15.30 Break
09.30 – 10.00 Effectiveness of 3D cephalometric in programming of orthognatic cases Giovanna Perrotti/Massimiliano Politi	15.30 – 16.15 Partial and full restorations in the digital era: Indications, materials and clinical applications Roberto Spreafico
10.00 – 10.30 Break	16.15 – 17.00 Closing of the conference and presentation of the 3rd Congress 2018 Pier Francesco Nocini/Tiziano Testori
PERIODONTICS AND AESTHETICS	OPEN COURSES TO DENTISTS, DENTAL TECHNICIANS AND HYGIENISTS
Chairmen: Giano Ricci, Dino Re	SATURDAY, MAY 28, 2016
10.30 – 11.15 Periodontics today: What does it mean? Considerations based on 44 years of clinical practice Giano Ricci	09.00 – 13.00 The role of digital photography today in the analysis of dental optical anatomy Pasquale Loiacono
11.15 – 12.00 Peri-implant aesthetic defects treatment Giovanni Zucchelli	09.00 – 13.00 Dental bleaching: materials and techniques for success Enrico Cogo
12.00 – 13.00 Additive dentistry vs subtractive, which follow? Francesca Vailati	09.00 – 13.00 Nonsurgical periodontal therapy – indications, limits and clinical protocols with the additional use of diode laser. Nonsurgical treatment of peri-implantitis Marisa Roncati
13.00 – 14.00 Lunch	
THE MODERN "RESTORATIVE DENTISTRY" AND DIGITAL DENTISTRY	
Chairmen: Franco Brenna, Andrea Chierico	
14.00 – 14.30 Planning the aesthetics of the prosthetic restoration through digital tools: current concepts and new trends Mario Imburgia	

For the evaluation will be distributed at the beginning of the day a special evaluation form.

Anmeldung per Fax an +49 228 93592-46

oder per Post an: BDIZ EDI · Geschäftsstelle Bonn · An der Esche 2 · D-53111 Bonn



10. Europa-Symposium des BDIZ EDI

vom 26. bis 28. Mai 2016 im Palazzo della Gran Guardia in Verona.

Ja, ich bin **Mitglied des BDIZ EDI** und melde mich hiermit verbindlich zum 10. Europa Symposium des BDIZ EDI in Verona an. Die Anmeldegebühr von **250,- Euro (Sonderpreis)** bezahle ich nach Rechnungseingang.

Titel, Name, Vorname

Telefon

Straße und Hausnummer

E-Mail

PLZ, Ort, Land

Datum, Unterschrift

President of the Congress
Prof. Pier Francesco Nocini
Director of Surgery Department
Clinic of Maxillofacial Surgery and Dentistry
University of Verona

Scientific Board
Tiziano Testori
Guido Garotti
Lauro Dusetti

**SIMULTANÜBERSETZUNG
ITALIENISCH-ENGLISCH**

2. Kongress Quintessenza Edizioni

State of the Art

**26. bis 28. Mai 2016 in Verona
Palazzo della Gran Guardia**



In Kooperation mit



Referenten & Chairmen

Agliardi, Agnini, Berger, Cantoni, Chierico, Cogo, Cozzolino, Faganello, Grunder, Imburgia, Loiacono, Luongo, Mariniello, Merli, Musella, Neugebauer, Perrotti, Politi, Polizzi, Prosper, Ricci, Roncati, Spreafico, Testori, Vailati, Vercellotti, Zucchelli

May 26, 2016 - The Future of Dentistry

Brauner, Capri, Corbella, Deflorian, Fabbri, Farronato, Fontana, Ghedini, Gobbato, Mazzocco, Mazzotti, Mensi, Mocchi, Ori, Paniz, Parenti, Scaini, Solimei, Sorrentino, Stefanini, Venezia, Vignoletti, Weinstein

w w w . q u i n t e s s e n z a e d i z i o n i . c o m

Organizing Secretariat

Quintessenza Edizioni srl • Via Ciro Menotti, 65 • Milano (Rho) • Italy
Tel. 02 93180821-ext. 4 • info@quintessenzaedizioni.it

Weltgesundheitsorganisation zur Flüchtlingsproblematik

Unterstützung für europäische Länder

Als Reaktion auf die steigende Zahl von Flüchtlingen und Migranten, die in der Europäischen Region eintreffen, sagt die WHO (Weltgesundheitsorganisation) den europäischen Ländern Unterstützung mit medizinischen Hilfsgütern, bei Bewertungen der Notfallpläne, Schulungen des Grenzpersonals in Fragen von öffentlicher Gesundheit und Migration zu.

Leitende Regierungsvertreter aus den 53 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region erörterten auf der 65. Tagung des Regionalkomitees für Europa Mitte September in Vilnius (Litauen) die Auswirkungen der umfassenden Migration auf die öffentliche Gesundheit. Sie forderten eine Fortsetzung des Einsatzes der WHO und der Unterstützung angemessener Reaktionen auf die gesundheitspolitischen Folgen des massiven Zustroms von Menschen durch weitere Bewertung und Beratung der Länder in Fragen der Notfallplanung, durch Schulung von Gesundheitspersonal und durch Lieferung von Hilfsgütern. Es wurde beschlossen, so bald wie möglich eine hochrangige

Konferenz der WHO einzuberufen, um sich angesichts der umfangreichen Zuwanderung in die Region auf ein gemeinsames gesundheitspolitisches Vorgehen zu verständigen.

Systematisches Reagieren notwendig

„In dem Ausmaß, in dem die Zuwanderung durch Flüchtlinge und Migranten alle Vorstellungen übersteigt und sich die Wege der Migration ändern, stehen auch immer mehr Länder vor dieser Herausforderung“, sagte *Dr. Zsuzsanna Jakab*, WHO-Regionaldirektorin für Europa. „Die Lage macht heute mehr denn je

eine umfassende und systematische gesundheitspolitische Antwort der Region erforderlich. Wenn sich derart viele Flüchtlinge und Migranten auf den Weg machen, muss die Koordination unter den Ländern in der Europäischen Region mit den Herkunfts- und Transitländern verstärkt werden.“

Allein in diesem Jahr haben nach Angaben der WHO mehr als 350 000 weitere Flüchtlinge und Migranten Länder der Europäischen Region erreicht, nachdem schon fast zwei Millionen Menschen in der Türkei Zuflucht gefunden haben. Das Amt des Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen (UNHCR) erwartet, dass 2015 und 2016 jeweils zirka 850 000 Menschen Asyl in Europa beantragen werden.

Kein erhöhtes Infektionsrisiko durch Flüchtlingsströme

Das WHO-Regionalbüro für Europa tritt der weit verbreiteten Auffassung entgegen, wonach es einen systematischen Zusammenhang zwischen Migration und der Einschleppung von Infektionskrankheiten gebe. Die Gefahr einer Einschleppung seltener tropischer Erreger in die Europäische Region (zum Beispiel Ebola, Marburg- und Lassa-Virus oder MERS-CoV) sei äußerst gering. Die 15 seit 2012 in der Europäischen Region der WHO gemeldeten Fälle einer MERS-CoV-Infektion hätten Reisende und Touristen und nicht etwa Flüchtlinge oder Migranten betroffen. Kein einziger Fall einer Ebola-Infektion sei durch Flüchtlinge oder Migranten nach Europa gekommen.



Zsuzsanna Jakab, WHO Regionaldirektorin für Europa

Die WHO hat mit den Gesundheitsministerien Bulgariens, Griechenlands, Italiens, Maltes, Portugals, Serbiens, Spaniens und Zyperns Bewertungsmissionen durchgeführt und ein neues Instrumentarium für die Bewertung der Fähigkeit von Gesundheitssystemen zur Bewältigung größerer Migrantenströme genutzt. Sie berät den Gesundheitssektor in Italien und Malta konzeptionell hinsichtlich der Notfallplanung.

Die WHO liefert an hilfsbedürftige Länder adäquate medizinische Ausrüstung in Form von Notfall-Kits, die den durchschnittlichen medizinischen Bedarf von 10 000 Menschen für drei Monate decken können.

Noch im September veranstaltete die WHO in der ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien ein Seminar zu gesundheitspolitischen Aspekten der Migration und erläutert dabei unter anderem die Standardprozeduren, wie das Gesundheitspersonal Menschen an Grenzübergangsstellen eines Landes medizinisch versorgen sollte.

Türkei am stärksten betroffen

Die Türkei ist gemäß UNCHR mit zwei Millionen Flüchtlingen das Land, das bisher den größten Zustrom von Menschen zu verkräften hat. Bereits im Oktober 2013 richtete die WHO eine Präsenz in der Provinz Gaziantep ein und weitete so ihre Kapazitäten und Aktionen zur Bewältigung der Gesundheitsbedürfnisse der Flüchtlinge aus.

Die WHO bewertet in enger Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium der Türkei und ihren Partnern laufend die Bedürfnisse der syrischen Flüchtlinge und leistet Hilfe durch Schulungen für syrisches Gesundheitspersonal, fachliche und finanzielle Unterstützung von Gegenmaßnahmen bei Ausbrüchen und Impfkampagnen, die Bereitstellung medizinischer Ausrüstung und Arzneimittel sowie die Verteilung von Informationsmaterialien an die Flüchtlinge. ■

RED

Quelle: WHO Regionaldirektion Europa

Parodontologie · Implantologie · Endodontie

**FRAGA
DENTAL**

Praxisbedarf und Fortbildungen
für die moderne Zahnmedizin



STUDY CLUBS
2016

Aus der Praxis – für die Praxis

Das innovative Konzept der StudyClubs bietet Ihnen:

- Behandlung eigener Patienten in einem Kollegen-Netzwerk
- Besprechung relevanter Behandlungsmöglichkeiten
- Moderation/OP-Supervision durch erfahrene Referenten
- viele praktische Fälle und Live-OPs
- Austausch von Praxis- und Abrechnungskonzepten
- faire Preise mit der Möglichkeit, die Kurskosten durch die Patientenbehandlung ganz oder teilweise zu refinanzieren
- 17 Punkte gemäß der BZÄK/DGZMK je Studientreffen

Weitere Informationen unter www.fraga-dental.de

Einmalig:
nur im
StudyClub

unterstützt von
**Fair
Implant**

Jahresaktion 2016

Sie erhalten pro StudyClub-Treffen ein im Kurs gesetztes FairWhite™-Implantat GRATIS.

FairImplant wünscht viel Lernerfolg!

FRAGA DENTAL · Kieler Str. 103-107 · 25474 Bönningstedt
studyclub@fraga-dental.de · www.fraga-dental.de



Foto: Fotolia.com / Andrey Kuzmin / Catalin Pop

CED-Resolution

Nein zur Europäischen Normung

Europäische Normung im Gesundheitssektor kommt üblicherweise bei der Entwicklung von technischen Spezifikationen für Medizinprodukte und eHealth-Anwendungen zur Anwendung, um die Sicherheit und universelle Einsetzbarkeit sicherzustellen. Mit Sorge blickt der Council of European Dentists (CED) jedoch auf die bevorstehende Festlegung von Normen für Dienstleistungen in der Verordnung (EU) Nr. 1025/2012. Aus diesem Grund hat die CED-Mitgliederversammlung, die Ende Mai in Riga, Lettland, stattfand eine Resolution verabschiedet, die sich gegen die Normung von Gesundheitsdienstleistungen wendet.

Mit der Annahme der Verordnung (EU) Nr. 1025/2012 zur europäischen Normung wurde der Weg für die Festlegung von Normen für Dienstleistungen geebnet. Dies hat auf europäischer Ebene zu Initiativen geführt, die auf die Ausarbeitung von Normen für Dienstleistungen abzielen, die von Angehörigen der Heilberufe erbracht werden. Anlass zu wachsender Besorgnis für den CED geben die kürzlich erschienene Veröffentlichung einer neuen europäischen Norm über Dienstleistungen in der ästhetischen Chirurgie (EN 16372), das Projekt für eine europäische Norm über nicht-chirurgische ärztliche Dienstleistungen (prEN 16844) und

die Einsetzung einer Ad-hoc-Gruppe, die eine Strategie für die Normung von Gesundheitsdienstleistungen erarbeiten soll.

Inhalte der CED-Resolution

„Die europäischen Zahnärzte lehnen die Normung von Gesundheitsdienstleistungen, insbesondere von Therapien, aus folgenden Gründen auf europäischer Ebene ab:

- Die Entwicklung von Normen für die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen würde berufliche und nationale Kompetenzen verletzen, die durch geltende Rechtsvorschriften auf nationaler

und europäischer Ebene sowie durch Verhaltenskodizes festgelegt werden.

- Die zahnärztliche Berufsausübung beruht auf evidenzbasierten klinischen Leitlinien und Empfehlungen, die von den Angehörigen der Gesundheitsberufe entwickelt wurden, sowie auf der unmittelbaren Beziehung zwischen den Zahnärzten und ihren Patienten. Die Normung von zahnmedizinischen Behandlungen würde die berufliche Autonomie von Zahnärzten einschränken sowie deren Fähigkeit, die Behandlung an die individuellen Bedürfnisse und Erfordernisse des Patienten anzupassen. Letzteres ist jedoch notwendig, um

das größtmögliche Niveau von Qualität und Patientensicherheit sowie die bestmöglichen Ergebnisse für die Patienten sicherzustellen.

- Die europäische Normung von Gesundheitsdienstleistungen würde die durch Artikel 168 Absatz 7 (AEUV) garantierten Rechte der Mitgliedstaaten zur eigenverantwortlichen Organisation und Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen und medizinischer Versorgung verletzen. Dies könnte die öffentliche Finanzierung und die Tragfähigkeit der nationalen Gesundheitssysteme, die bereits durch die Folgen der Finanzkrise und demografische Herausforderungen belastet werden, ernsthaft gefährden. Außerdem würde dadurch die Organisation der Gesundheitsversorgung in einer Weise, die den lokalen und nationalen Bedürfnissen, Ressourcen, berufsständischen Regelungen und Verhaltenskodizes Rechnung trägt, unmöglich gemacht und so die Effizienz der Gesundheitssysteme gefährdet.
- Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung schreibt vor, dass Leistungen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung im Einklang mit den Rechtsvorschriften, Standards und Leitlinien des Behandlungsmitgliedstaates zu erbringen sind (Artikel 4) und kann nicht als Rechtfertigung für die Entwicklung von europäischen Normen für die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen angesehen werden.

- Europäische Normen für die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, die Bestimmungen zur Ausbildung von Fachkräften des Gesundheitswesens

ist durch die explizite Herausnahme des Gesundheitswesens aus dem Anwendungsbereich der Richtlinie 2006/123/EG des Europäischen Parla-

Foto: Fotolia.com / Anton Gvozdkov



in Riga, der Hauptstadt Lettlands, verabschiedete die CED-Mitgliederversammlung Ende Mai eine Resolution gegen die Normung von Gesundheitsdienstleistungen.

enthalten, stehen nicht nur im Widerspruch zu den im EG-Vertrag verankerten nationalen Zuständigkeiten im Bildungsbereich, sondern auch zur Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen.

- Aufgrund der Besonderheiten des Gesundheitswesens können Gesundheitsdienstleistungen auf europäischer Ebene nicht auf die gleiche Weise geregelt werden wie rein marktbezogene Dienstleistungen. Die besondere Qualität der Gesundheitsdienstleistungen

ments und des Rates vom 12. Dezember 2006 über Dienstleistungen im Binnenmarkt (Dienstleistungsrichtlinie) von allen Akteuren in der EU anerkannt worden.

Daher appelliert der CED an die politischen Entscheidungsträger auf europäischer und nationaler Ebene, die schwerwiegenden Bedenken der Zahnärzteschaft sorgfältig zu prüfen und Initiativen von Normierungsgremien, die auf die Normung von Gesundheitsdienstleistungen abzielen, in keiner Weise zu unterstützen. Die europäischen Zahnärzte sind davon überzeugt, dass die Sicherheit und Qualität der zahnmedizinischen Versorgung am besten von gut ausgebildeten Angehörigen der zahnärztlichen Berufe durch eine Kombination von nationalen Rechtsvorschriften, berufsständischen Regelungen und Verhaltenskodizes, die nicht durch europäische Normen ersetzt oder untergraben werden können oder sollten, sichergestellt werden können. ■

Porträt



Der Council of European Dentists (CED) vertritt als nicht-gewinnorientierter Dachverband 32 nationale Zahnarztverbände und -kammern mit mehr als 340 000 praktizierenden Zahnärzten in 30 europäischen Ländern. Er wurde 1961 gegründet, um die Europäische Kommission bei Angelegenheiten, die den zahnärztlichen Berufsstand betreffen, zu beraten und setzt sich für die Förderung eines hohen Niveaus der Zahn- und Mundgesundheit und eine effektive, auf die Patientensicherheit ausgerichtete berufliche Praxis in Europa ein.

Quelle: Pressemitteilung und Resolution der CED

NEWS-TICKER

Sonderregelungen für Freie Berufe „unangemessen“

EU-Kommission erhöht Druck

Die EU will die Zugangsregelungen für die Freien Berufe ändern. Auch, wenn davon zunächst nur bestimmte Freiberufler betroffen sind, könnte das ebenfalls Zahnmediziner und andere Heilberufler treffen.

Freie Berufe in der Medizin und im Handwerk sind in Deutschland geschützt. Im Rahmen der Binnenmarktstrategie erhöht die Europäische Kommission nun erneut den Druck auf die Freiberufler. „In Zusammenarbeit mit dem Europäischen Parlament und den Mitgliedstaaten müssen wir nun dafür Sorge tragen, dass diese konkreten Maßnahmen schnellstmöglich eingeleitet werden. Europa kann es sich nicht leisten, mit seiner Reaktion auf die Herausforderungen des Wettbewerbs zu spät zu kommen“, so *Elzbieta Bienkowska*, Kommissionsmitglied für den Binnenmarkt.

Darüber hinaus argumentiert die EU-Kommission damit, dass zahlreiche Sonderregelungen für freie Berufe unangemessen seien und unnötige Hürden für den Wettbewerb hervorrufen würden. Darüber hinaus hätte ein Abbau der Privilegien für Freiberufler durch die EU-Staaten zu mehr Qualität bei den Verbrauchern geführt und neue Stellen geschaffen. Darin heißt es weiter: „Die Kommission wird Vorschläge für einen besseren Zugang und die bessere Ausübung regulierter Berufe vorlegen.“

Vor einigen Jahren wurde bereits der Meisterbrief im Handwerk von der Kommission angezweifelt. Nach heftiger Kritik seitens der Wirtschafts- und Handwerksverbände hat die EU-Kommission daraufhin verlautbart, dass sie den „Meisterbrief nicht abschaffen will“. Die Beschränkungen sollen 2016 zunächst für Architekten, Rechtsanwälte, Makler, Bauingenieure auf den Prüfstand kommen. Laut Information der „Stuttgarter Zeitung“ müssen die Mitgliedstaaten gemäß der EU-Binnenmarktstrategie nachweisen, „dass die Interessen des Gemeinwohls nicht anders gewahrt werden können“.

Bei den deutschen Zahnärzteverbänden stößt diese Binnenmarktstrategie auf scharfe Kritik. Sie werten den Vorstoß der Kommission als Frontalangriff auf deutsche Berufs- und Qualitätsstandards, der gerade in so sensiblen Bereichen der Freien Berufe wie den Heilberufen massive negative Auswirkungen haben könne. „Für Patienten muss das Qualifikationsniveau der Behandler sichergestellt sein“, erklärt der Präsident der Bundeszahnärztekammer, *Dr. Peter Engel*. Abbau berufsrechtlicher Regelungen hätte massive Auswirkungen auf die Qualität freiberuflicher Leistungen. ■

Quelle: Stuttgarter Zeitung, EU-Binnenmarktkommission,
Bundeszahnärztekammer

Förderung der Anästhesie in der Zahnheilkunde

Ist weniger mehr?

Dr. Peer Kämmerer, Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie der Universitätsmedizin Rostock, wurde mit dem Preis des Europäischen Verbands für die Förderung der Anästhesie in der Zahnmedizin (EFAAD) ausgezeichnet. Der Verband würdigte seine Forschung, Zahnbehandlungen unter Leitungsanästhesie für den Patienten weniger riskant zu machen. *Dr. Kämmerer* untersuchte in seiner Studie, wie ein gängiges Anästhetikum für den Patienten sicherer und trotzdem effektiv eingesetzt werden kann, um Nervenschäden zu vermeiden. In der Studie wurde Patienten eine zwei-prozentige statt der bisherigen vierprozentigen Dosis verabreicht, um Schmerzen zu unterdrücken, aber dabei die Risiken zu minimieren. Es habe sich gezeigt, so der Verband, dass diese Dosierung zur Betäubung während der Behandlung ausreichend sei. Neben dem geringeren Risiko vor Nebenwirkungen habe die geringere Menge auch den Vorteil, dass die Betäubung früher nachlasse. ■

Quelle: Diverse

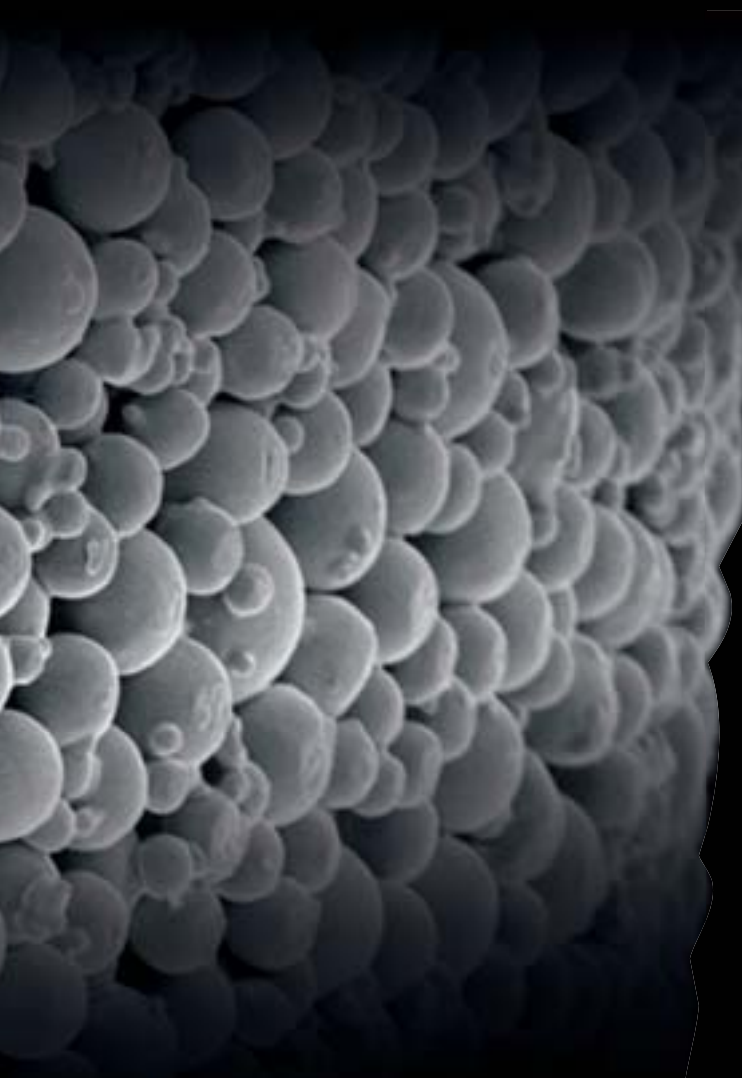
CED und EU-Arbeitsgruppe stoßen Diskussion an

Mundhöhlenkrebs – Zahnärzte retten Leben

Im Vorfeld des European Oral Health Day am 12. September trat der Council of European Dentists (CED) als Mitveranstalter einer Podiumsdiskussion zum Thema „Mundhöhlenkrebs – Zahnärzte retten Leben!“ auf, an der Mitglieder des Europäischen Parlaments und Vertreter von Zahnärztekammern teilnahmen, die unter Schirmherrschaft der MEP-Arbeitsgruppe (Member of European Parliament) „Gegen Krebs“ stattfand. Wie wichtig Aufklärung, Prävention und Früherkennung der Erkrankung seien, unterstrich CED-Präsident *Dr. Wolfgang Doneus* in seinem Einführungsstatement. Rauchen, Alkohol, ungesunde Ernährung und Lebensweise sowie Infektionen gehörten zu den hauptsächlichen Risikofaktoren von Mundhöhlenkrebs, der EU-weit mit 75 000 neuen Fällen pro Jahr an der 10. Stelle der häufigsten Krebsarten in Europa stehe. Dabei käme den Zahnärzten eine besondere Rolle in der Patientenaufklärung und -behandlung zu. Hauptreferent *Professor Saman Warnakulasuriya* beschäftigt sich am King's College in London mit Orale Medizin und Experimentelle Pathologie und ist Direktor des mit dem WHO zusammenarbeitenden Zentrums für die Behandlung von Mundhöhlenkrebs. Er forderte die Aufnahme gültiger und verlässlicher Schulungsanteile in die medizinischen und dentalen Curricula sowie eine EU-Richtlinie, die die Ausbildung im Grundstudium für Zahnmedizin und Medizin gewährleisten solle. Ergebnisse eines EU-finanzierten e-learning-Programms zum Thema hier: <http://oralcancerldv.org/> ■

Quelle: CED

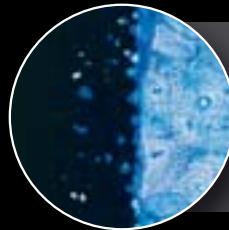
OT-F³ – Kurzes Press-Fit Porenimplantat für die implantologische Herausforderung



Schneidende Osteotome ermöglichen minimalinvasiven internen Sinuslift



Implantatbett-Präparation mit schneidenden Bohrern oder komprimierenden Osteotomen



3-dimensionale Osseoinkorporation



Spezielle Oberflächentopographie erlaubt Kronen-Wurzel-Verhältnis von 2:1



FourByFour®
Zwei Systeme -
eine Innenverbindung



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

OECD-Studie: Ärztemangel in Deutschland

Wundermittel „Zuwanderung“?



Verglichen mit den anderen Staaten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) bewegen sich diese Schlüsselzahlen für die Zukunftschancen des deutschen Gesundheitssystems weit weg vom internationalen Mittelwert oder gar von der Führungsgruppe. Auf lange Sicht weisen sie nach Ansicht der deutschen Tageszeitung „Die Welt“ in Richtung Kollaps. Nach den Zahlen der OECD liegt der Anteil der Ärzte in Deutschland, die 55 Jahre oder älter sind, inzwischen bei 42 Prozent. Das heißt: In Deutschland werden in rund zehn Jahren mindestens vier von zehn Ärzten in den Ruhestand wechseln. Der Durchschnittswert der 29 untersuchten OECD-Mitgliedstaaten liegt dagegen bei 33 Prozent im Erhebungsjahr 2013. In den besonders nachwuchsstarken Staaten wie etwa dem Spitzenreiterland Großbritannien sind nur 13 Prozent der Ärzte 55 Jahre und älter. Die Arztdichte in Deutschland ist nach Angaben der Zeitung derzeit noch vergleichsweise hoch: Mit rund vier Ärzten pro 1000 Einwohner liegt die Bundesrepublik in der OECD-Spitzengruppe, die von Griechenland mit gut sechs Ärzten auf 1000 Einwohner angeführt wird.

Bei der Sicherung des Mediziner Nachwuchses hinkt Deutschland im internationalen Vergleich weit hinterher: Während sich beispielsweise in Großbritannien die Zahl der Medizinstudienabsolventen zwischen den Jahren 2000 und 2013 fast verdoppelt hat, blieb sie in Deutschland nahezu unverändert. Die Risiken dieser Entwicklung seien hoch: Denn die Alterung in der Gesamtgesellschaft führe trotz des erwarteten medizinischen Fortschritts in Zukunft zu einem steigenden Bedarf an ärztlicher Versorgung. Wenn also die Nachfrage nach Ärzten steige, sich zugleich aber Tausende Mediziner in den Ruhestand verabschiedeten und außerdem der Nachwuchs fehle, drohe eine Versorgungskrise. Das Wunderheilmittel heißt nach den Erkenntnissen der OECD: Zuwanderung. Nur 8,8 Prozent der hierzulande praktizierenden Ärzte haben nach den OECD-Zahlen von 2013 eine nicht deutsche Staatsangehörigkeit. In den übrigen OECD-Staaten wird zwar nicht nach Staatsangehörigkeit unterschieden, sondern danach, ob die Ärzte ihre Ausbildung im In- oder Ausland absolviert haben. Dennoch ist auch hier der Befund eindeutig: Im Schnitt liegt der Anteil der im Ausland ausgebildeten Mediziner der Ärzteschaft eines Landes bei 17,3 Prozent – und damit etwa doppelt so hoch wie der Ausländeranteil unter Medizinern in Deutschland. ■

Quelle: *Die Welt*, Deutschland, OECD-Studie

Europäischer Gesundheitsbericht der WHO

Die Europäer leben länger, aber ...

Die neue Ausgabe des Europäischen Gesundheitsberichts zeigt ein Europa, das beeindruckende Erfolge erzielt hat und auf bestem Wege ist, einige der gesteckten Ziele zu erreichen, etwa die Senkung der vorzeitigen Sterblichkeit und die Festlegung zusätzlicher Gesundheitsziele in den Ländern. Der Bericht – eine vom WHO-Regionalbüro für Europa erstellte analytische Bestandsaufnahme der gesundheitlichen Situation in der Europäischen Region sowie der Fortschritte bei der Verwirklichung der Ziele des Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“ – verdeutlichte auch die Notwendigkeit, neue Arten von Evidenz zu finden und zu untersuchen.

Die Lebenserwartung nimmt ständig zu, doch gleichzeitig wird in dem Bericht auch Alarm geschlagen, denn Europa weist von allen Regionen der WHO den höchsten Tabak- und Alkoholkonsum auf. Diese Risiken könnten zusammen mit der Ausbreitung der Adipositas dazu führen, dass die Lebenserwartung in künftigen Generationen wieder sinkt. Darüber hinaus bestehen zwischen den Ländern in Bezug auf Lebenserwartung bei Geburt immer noch Unterschiede um mehr als zehn Jahre. An der Spitze der Tabelle stehen Israel und die Schweiz. Tabak- und Alkoholkonsum tragen wesentlich dazu bei, die Lebenserwartung zu verkürzen, auch wenn inzwischen bei der Zurückdrängung dieser Risikofaktoren einige Fortschritte zu verzeichnen sind.

Aus dem Bericht geht hervor, dass die Europäische Region auf bestem Wege zu einer Reduzierung der vorzeitigen Sterblichkeit um 1,5 Prozent pro Jahr bis 2020 ist.

Erhebliche Verbesserungen konnten auch hinsichtlich der Todesraten aufgrund äußerer Ursachen wie Straßenverkehrsunfällen und Suizid erzielt werden. Die größten Fortschritte wurden im östlichen Teil der Europäischen Region erreicht, vor allem in Estland, Lettland, der Russischen Föderation und der Ukraine. Die Russische Föderation konnte die Mortalitätsraten aufgrund von Straßenverkehrsunfällen in den vergangenen zehn Jahren um mehr als 20 Prozent senken.

Trotz einer generell hohen Durchimpfung in der Europäischen Region sind Impflücken immer noch für die anhaltende endemische Übertragung verantwortlich und haben in den vergangenen Jahren zu einer Reihe von Masern- und Röteln- ausbrüchen geführt. 2015 wurden vier durch Masern bedingte Todesfälle gemeldet, und ein Kind starb an Diphtherie – der erste Fall seit drei Jahrzehnten.

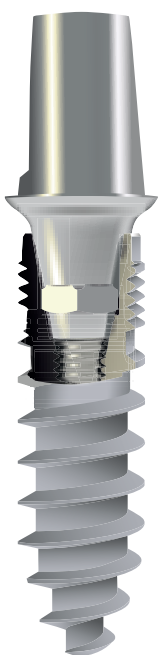
Nur 12 der 53 Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region gaben an, dass in ihrem Land die Zahlungen aus eigener Tasche unter 15 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben liegen. Dies bedeutet, dass in den übrigen 41 Ländern die Menschen teilweise ruinösen Gesundheitsausgaben ausgesetzt sind, die sie im Krankheitsfall in Armut stürzen können. In dieser Kategorie hat es seit 2010 keine Verbesserung gegeben. ■

Quelle: www.euro.who.int

Implantologie – eine Männerdomäne?

„Nicht mit Champions –
sanfte Implantologie für meine Patienten!“

Dr. Anne-Marie Beckord, Berlin



MIMI® – Flapless

Die minimal-invasive
Methode (r)evolutioniert
die Implantologie:

In nur einer Sitzung erfolgt die sanfte, für den Patienten „unblutige“ Implantation, Ausformung der Gingiva und Abformung. Bereits in der Folgesitzung erfolgt i. d. R. das Eingliedern der Restauration.

Kliniken und Zahnpraxen in über 40
Ländern haben bereits die vielen Vorteile
des MIMI® – Flapless-Verfahrens erkannt.

- Keine Mukoperiost-Lappen-Bildung
- Keine Freilegung des Implantats
- Unkompliziertes chirurgisch/prothetisches Prozedere
- Krestale Entlastung der harten Kortikalis
- Schmerzarm, patientenfreundlich und bezahlbar



„Immer mehr Zahnärztinnen
entdecken die Implantologie als
Tätigkeitsschwerpunkt. Ich bin stolz
darauf, dass Champions
an dieser Entwicklung beteiligt ist.“

Priv.-Doz. Dr. med. dent. Armin Nedjat
Zahnarzt, Implantologe
Champions-Implants GmbH | CEO | Geschäftsführer
Entwickler des MIMI® – Flapless-Verfahrens
ICOI Diplomate

www.champions-implants.com



Foto: Fotolia.com / Jakub Jirsák

Transparenzbemühungen im Gesundheitswesen

Compliance und Sunshine Act

Man muss sich als Zahnarzt immer mehr auf neue Begrifflichkeiten einstellen, die im Zuge internationaler Transparenzbemühungen zunehmend in das Gesundheitswesen Einzug halten und zunehmend mit schwerwiegenden Sanktionen bedroht sind. In Deutschland steht akut das Antikorruptionsgesetz im Gesundheitswesen ins Haus. Dazu hat der BDIZ EDI den Ratgeber „Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen“ herausgegeben und einen alternativen Gesetzentwurf an das Bundesjustizministerium übermittelt. Der folgende Beitrag beschäftigt sich nicht nur mit dem Antikorruptionsgesetz, sondern blickt auch auf das, was sich außerhalb Deutschlands tut.

Unter **Compliance** versteht man eigentlich eine Banalität: Seine Firma/Praxis/Unternehmen so zu strukturieren, dass das jeweils geltende Recht eingehalten wird. Daraus haben schon zahlreiche Unternehmen im Zuge gerade der international bekannt gewordenen Korruptionsskandale in Großunternehmen eigene Überwachungsabteilungen mit Compliance Management Systemen entwickelt, an deren Spitze in der Regel der CCO, der Chief Compliance Officer, steht. Geht es nach Institutionen wie Transparency International, ist der Zahnarzt als Praxisinhaber zugleich auch sein eigener CCO.

Als „CCO“ hat er zum Beispiel zu überwachen, dass beim Materialeinkauf für die Zahnarztpraxis alles mit rechten Dingen zugeht und es ausgeschlossen ist, dass systemfremde Überlegungen beispielsweise für die Auswahl von Lieferanten, Firmen oder Materialien relevant oder gar ausschlaggebend werden. Systemfremde Überlegungen sind zum Beispiel verdeckte Rückvergütungen, geldwerte Vorteile aller Art wie beispielsweise ge-

sponserte Praxisveranstaltungen oder kostenlose Einladungen zu Kongressen bis hin zu Schiffsreisen.

Die USA haben mit dem am 8. Februar 2013 veröffentlichten und ab 2014 stufenweise umgesetzten **Physician Payments Sunshine Act** neue Maßstäbe für die Transparenz des Marktgeschehens gesetzt. Sie wollen in das Dunkel der Beziehungen zwischen Pharmafirmen, Medizinprodukteherstellern und Leistungserbringern der Heilberufe wie beispielsweise den Zahnärzten Licht hineinbringen – daher „Sunshine“. Frankreich hat entsprechende Regeln im Mai 2013 erlassen. Der amerikanische Sunshine Act verlangt von Arzneimittelherstellern, Medizinprodukteherstellern und Herstellern sogenannter Biologicals, zum Beispiel Humaninsuline, die an amerikanischen Bundesprogrammen zum Gesundheitswesen teilnehmen, dass jede Geldzahlung an und jeder gewährte geldwerte Vorteil für Ärzte, Zahnärzte et cetera, die im Einzelfall den Wert von 10 US-Dollar (also zirka 7,40 Euro) errei-

chen oder übersteigen, empfängerbezogen gemeldet werden. Die französische Regelung legt den Mindestwert auf 10 Euro fest.

In Deutschland droht eine neue Strafgesetzgebung bezüglich Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen, von der man mittlerweile annehmen kann, dass sie im Jahr 2016 in Kraft treten wird. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung (Drs. 18/6446 vom 21. Oktober 2015) zur Ergänzung des Strafgesetzbuchs lautet:

§ 299a – Bestechlichkeit im Gesundheitswesen

(1) Wer als Angehöriger eines Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, im Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufs einen Vorteil für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er bei der Verordnung oder der Abgabe von Arznei-, Heil- oder Hilfs- ▶

Mehr als Primärstabilität. Der neue konische Standard.



Die perfekte Symbiose von Design, Material und Oberfläche –
das Straumann® Bone Level Tapered Implantat:

- Roxolid® Material – Reduziert die Invasivität mit kleineren Implantaten
- SLActive® Oberfläche – Entwickelt für maximalen Behandlungserfolg und Vorhersagbarkeit
- Apikal konisch – Exzellente Primärstabilität selbst bei beeinträchtigten Knochenverhältnissen
- CrossFit® Verbindung – Vereinfachte Handhabung, bekannt vom Bone Level System

www.straumann.de
Telefon: 0761/4501 333

In Kombination mit:



mitteln oder von Medizinprodukten oder bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial

1. einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzuge oder
 2. seine berufsrechtliche Pflicht zur Wahrung der heilberuflichen Unabhängigkeit verletze,
- wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer als Angehöriger eines Heilberufs im Sinne des Absatzes 1 einen Vorteil dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er bei dem Bezug von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten, die zur Abgabe an den Patienten bestimmt sind, seine berufsrechtliche Pflicht zur Wahrung der heilberuflichen Unabhängigkeit verletze.

§ 299b – Bestechung im Gesundheitswesen

(1) Wer einem Angehörigen eines Heilberufs im Sinne des § 299a Absatz 1 im Zusammenhang mit dessen Berufsausübung einen Vorteil für diesen oder einen Dritten als Gegenleistung dafür anbietet, verspricht oder gewährt, dass er bei der Verordnung oder der Abgabe von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten oder bei der Zu-

führung von Patienten oder Untersuchungsmaterial

1. ihn oder einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzuge oder
 2. seine berufsrechtlichen Pflicht zur Wahrung der heilberuflichen Unabhängigkeit verletze,
- wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer einem Angehörigen eines Heilberufs im Sinne des Absatz 1 im Zusammenhang mit dessen Berufsausübung einen Vorteil für diesen oder einen Dritten als Gegenleistung dafür anbietet, verspricht oder gewährt, dass er bei dem Bezug von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten, die zur Abgabe an den Patienten bestimmt sind, seine berufsrechtliche Pflicht zur Wahrung der heilberuflichen Unabhängigkeit verletze.

Die Zielsetzung, Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen zu unterbinden, ist an sich nicht zu beanstanden. Seit unter anderem der Referentenentwurf sowie der Entwurf vom Freistaat Bayern vorliegen, also seit geraumer Zeit, ist eine breite Diskussion darüber entbrannt, ob die Formulierung der neuen Straftatbestände im Gesetz-

entwurf nicht so weit gefasst ist, dass selbst eine ansonsten gewollte Zusammenarbeit mit wirtschaftlichen Vorteilen für die Vertragspartner – zum Beispiel in Form einer Gemeinschaftspraxis – in den Anwendungsbereich der Straftatbestände fällt. Zudem betritt man mit den §§ 299a und 299b Strafgesetzbuch insofern Neuland, als der Verstoß gegen eine berufsrechtliche Pflicht nun nicht mehr nur nach den berufsrechtlichen Regeln sanktioniert wird, sondern mit Freiheitsstrafe oder Geldstrafe.

Sollte die Ergänzung des Strafgesetzbuchs so umgesetzt werden, wie von der Bundesregierung vorgeschlagen, wird die Frage, ob eine Bestechung oder Bestechlichkeit vorliegt, voraussichtlich häufig genug über den Punkt geklärt werden müssen, ob jemand „in unlauterer Weise“ bevorzugt wurde. Eine Bevorzugung „in lauterer Weise“ ist erlaubt – also zum Beispiel zwei Prozent Skonto für Barzahlung. Aber auch noch ein Rabatt in Höhe von fünf, zehn oder 25 Prozent? Hierfür wäre beispielsweise eine Marktanalyse erforderlich, um zu eruieren, welche Rabatte denn „üblicherweise“ gewährt werden. In der Regel wird das für die Ärzte- und Zahnärzteschaft kaum leistbar sein. Darüber hinaus werden die §§ 299a und 299b StGB die Leistungserbringer im Gesundheitswesen eher davon abhalten, weiterhin eng zusammenzuarbeiten, weil sie für die Auslegung der Vereinbarungen zur Zusammenarbeit nicht nur ein finanzielles, sondern nun auch ein strafrechtliches Risiko zu tragen haben. Es ist daher zu bezweifeln, ob die §§ 299a und 299b StGB zu einer besseren Versorgung der Patienten führen werden. ■



Kontakt

Dr. Berit Jaeger

Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht

Kanzlei Ratajczak & Partner

Berlin · Essen · Freiburg · Jena ·
Meißen · München · Sindelfingen

Posener Straße 1
71065 Sindelfingen



Prof. Dr. Thomas Ratajczak

Rechtsanwalt
 Fachanwalt für Medizinrecht
 Fachanwalt für Sozialrecht
 Justitiar des BDIZ EDI

Kanzlei RATAJCZAK & PARTNER

Rechtsanwälte

Berlin · Essen · Freiburg im
 Breisgau · Jena · Meißen ·
 München · Sindelfingen

Posener Straße 1
 71063 Sindelfingen

Fon +49 7031-9505-18
 (Frau Sybill Ratajczak)

Fax +49 7031-9505-99

ratajczak@bdizedi.org

www.rpmed.de

Serie

Ein Überblick über die Gesundheits- reformen 2015

Inhalt

■ A. Einführung	57
■ B. Übersicht über für die Zahnärzteschaft wesentlichen Änderungen des GKV-VSG	58
• 1. Allgemeines	58
• 2. Leistungsrecht	58
• 3. Vertrags(-zahn-)arztrecht	58
• 4. Vergütungsrecht	60
• 5. Angestellte Zahnärzte, Vertretung	60
■ C. Präventionsgesetz	60
■ D. E-Health-Gesetz	62
■ E. Asylbewerberleistungsgesetz	62
■ F. Fazit	62

A. Einführung

Am 20.12.1988 wurde das Gesundheitsreformgesetz (GRG) im Bundesgesetzblatt verkündet und trat am 01.01.1989 in Kraft. Das Gesetz löste in weiten Teilen das in die seit 1914 geltende Reichsversicherungsordnung (RVO) integrierte Recht der gesetzlichen Krankenversicherung durch das neue Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V) ab und wurde vom damaligen Arbeits- und Sozialminister *Norbert Blüm* als Jahrhundertreform gepriesen.

Die Jahrhundertreform hat seitdem bereits mehr als 200 gesetzliche Änderungen erfahren, darunter vierzehn große Reformen und auch eine ganze Anzahl

von Eingriffen durch Gesetzeskraft genießende Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG).

Deutschland ist ein Land der Gesundheitsreformen. Noch häufiger wird nur am Steuerrecht gedreht.

Anfang 1993 trat die erste Reform der Jahrhundertreform von 1989 durch das sinniger Weise **Gesundheitsstrukturgesetz** (GSG) genannte Gesetz in Kraft.

1997 kamen das 1. GKV-Neuordnungsgesetz und zugleich das 2. **GKV-Neuordnungsgesetz** (GKV-NOG), die 1999 in für die Zahnärzteschaft wesentlichen Teilen durch das nach dem rot-grünen Regie-

rungswechsel zum Jahresende 1998 eiligst beschlossene **GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz** (GKV-SolG) und 2000 durch die **GKV-Gesundheitsreform 2000** (GRG 2000) wieder zurückgenommen wurde. Mittlerweile sind auch diese Änderungen von den Folgeänderungen überholt worden.

2002 kam die grundlegende Krankenhausvergütungsreform durch das **Krankenhausentgeltgesetz** (KHEntgG) mit der Einführung von Fallpauschalen durch das **Fallpauschalengesetz**. (FPG).

2003 gab es die nächste umfangreiche Reform mit dem **GKV-Modernisierungsgesetz** (GMG).

Gesetze seit 1988 bis heute

2005 kam das Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von **Zahnersatz** (GAFZ), mit dem die Festzuschüsse nach § 55 SGB V eingeführt wurden.

2007 trat das **Vertragsarztrechtsänderungsgesetz** (VÄndG) in Kraft, dessen Titel von vielen als Vertragsarztänderungsgesetz gelesen wurde. Im gleichen Jahr trat auch das **GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz** (GKV-WSG) in Kraft.

Es ging nach einer kleineren Verschnaufpause zügig weiter mit den Reformen. 2011 kam das **Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz** (AMNOG) und das **GKV-Finanzierungsgesetz** (GKV-FinG), gefolgt 2012 vom **GKV-Versorgungsstrukturgesetz** (GKV-VStG) und dann 2015 mit einem umfangreichen und teilweise schon in Kraft getretenen Gesetzespaket, bestehend aus dem **GKV-Versorgungsstärkungsgesetz** (GKV-VSG), dem **Präventionsgesetz** (PrävG), dem **Krankenhausesstrukturgesetz** (KHSG), dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (**E-Health-Gesetz**), dem **Pflegestärkungsgesetz** und nicht zuletzt den durch die Flüchtlingsströme provozierten Änderungen des **Asylbewerberleistungsgesetzes**. Weitere Themen sind das Hospiz- und Palliativgesetz, der Versuch, die Sterbehilfe gesetzlich zu regeln und nicht zuletzt das Gesetz zur Bekämpfung von **Korruption** im Gesundheitswesen, das nicht nur die an anderer Stelle schon ausführlich beschriebenen und gewürdigten neuen Strafvorschriften der §§ 299a und

299b StGB bringen wird, sondern auch weitere Änderungen im SGB V.

Die Jahrhundertreform 1988 kam noch mit einem aus heutiger Sicht im Seitenumfang ziemlich bescheiden anmutenden Gesetzentwurf von 73 Seiten aus. Der Gesetzentwurf zum GKV-VSG brachte es immerhin auf stattliche 281 Seiten.

B. Übersicht über für die Zahnärzteschaft wesentlichen Änderungen des GKV-VSG

1. Allgemeines

Das GKV-VSG betrifft mit einer Mehrzahl seiner umfangreichen Regelungen diesmal nur die Vertragsärzte bis hin zu Strukturveränderungen in den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Die Vertragszahnärzte sind nur partiell mit von der Partie. Die nachfolgenden Ausführungen befassen sich auch insoweit nur mit den wichtigsten Aspekten.

2. Leistungsrecht

Das GKV-VSG bringt aus zahnärztlicher Sicht nur geringfügige Änderungen im Leistungsrecht, die sich allerdings bei den Praxen, die Pflegeheime und pflegebedürftige Patienten betreuen, bemerkbar machen werden. § 22a SGB V führt **zahnprophylaktische Leistungen** neu in der GKV für Patienten ein, die einer Pflegestufe nach § 15 SGB XI zugeordnet sind. Die Leistungen umfassen nach § 22a Abs.1 Satz 2 SGB V insbesondere die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mund-

hygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- und Prothesenpflege sowie die Entfernung harter Zahnbeläge. Die Details sollen vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien geregelt werden (§ 22a Abs.2 SGB V). Die Aufnahme dieser Leistungen in das SGB V entlastet die Pflegekassen und belastet die Krankenkassen. Je nach Umfang der neu hinzukommenden Leistungen dürften sie auch die Budgets der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen belasten.

§ 27b SGB V bringt für einen vom G-BA erst noch zu erstellenden Leistungskatalog das Recht auf **Zweitmeinung** als Sachleistung. Für den zahnärztlichen Bereich ist vorerst nicht mit einem Anwendungsfall zu rechnen. Der Leistungskatalog muss vom G-BA bis zum 31.12.2015 erstellt werden.

Die durch § 75 Abs.1a SGB V neu eingeführten **Terminservicestellen**, die den Kassenpatienten binnen Wochenfrist einen Termin vermitteln sollen (§ 75 Abs.1a Satz 3 SGB V), sofern eine Überweisung an einen Facharzt vorliegt, gilt nicht für die Zahnmedizin (§ 75 Abs.1a Satz 12 SGB V).

3. Vertrags(-zahn-)arztrecht

Die wichtigste Änderung ist die Öffnung der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) für alle Fachbereiche. Die bis in § 95 Abs.1 Satz 2 SGB V enthaltene Vorgabe, dass ein MVZ fachübergreifend sein muss, wurde gestrichen. Damit sind zum Beispiel rein **zahnärztliche MVZ** (ZMVZ) zulässig und damit kann eine zahnärztliche Praxis im Ergebnis auch als GmbH betrieben werden. Mit der Aufgabe des Fachübergreifens werden die Strukturvorgaben aufgegeben, mit denen der Gesetzgeber 2003 die Einführung von MVZ gerechtfertigt hatte. In der Gesetzesbegründung zum GMG hatte es dazu geheißen: „Mit der Neuregelung entsteht die Möglichkeit, eine Versorgung „aus einer Hand“ anzubieten. ... Mit den medizinischen Versorgungszentren wird also eine neue Versorgungsform ermöglicht, deren Vorteil insbesondere in der erleichterten

Seitenumfang der Gesetzentwürfe wichtiger GKV-Änderungsgesetze seit 1988



Gesetze seit 1988 bis heute

Möglichkeit der engen Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete untereinander sowie mit nichtärztlichen Leistungserbringern liegt“ (BT-Drs. 15/1525 vom 08.09.2003, S. 108). Nunmehr sind MVZ Organisationseinheiten, die in einer Reihe von Gesichtspunkten gegenüber Berufsausübungsgemeinschaften bevorteilt werden, was sich allerdings in der Zahnmedizin wegen der derzeit fehlenden Bedarfsplanung noch nicht auswirkt, bei den Vertragsärzten dagegen schon.

Ob man seine Praxis als GmbH nur mit oder überwiegend mit angestellten Zahnärzten führen will, bedarf gründlicher Überlegung. Es gibt Gründe dafür und dagegen, sodass man es im Einzelfall entscheiden muss. Warum der Gesetzgeber fachgebietsidentische MVZ zulässt, den Berufsausübungsgemeinschaften aber nicht einfach die Rechtsform der GmbH de lege lata erlaubt, bleibt sein Geheimnis. Ob nach geltendem Recht eine (zahn-)ärztliche Berufsausübungsgemeinschaft als GmbH zulassungsfähig ist, ist umstritten. In der rechtswissenschaftlichen Literatur wird das in der Regel bejaht. Aus der Praxis der Zulassungsausschüsse ist kein Fall bekannt, wo das schon mal durchgekommen ist.

Eine GmbH ist kein Selbstzweck. Wer diese Struktur haben will, muss sich darüber im Klaren sein, dass er ab sofort in einer anderen Liga spielt. Die GmbH ist bilanzpflichtig, kraft Rechtsform gewerbesteuerpflichtig und erfordert eine intensive Befassung mit dem Recht der GmbH sowie ein Praxiscontrolling, das es erlaubt, die gesetzlichen Pflichten, die man mit der Rechtsformwahl der GmbH übernimmt, auch zu erfüllen. Auch die Betriebsprüfung einer GmbH läuft strenger ab als bei der Freiberuflerpraxis.

Durch Änderung des § 81 Abs. 5 SGB V wurde die maximale **Geldbuße** in Disziplinarverfahren von bisher 10 000 Euro auf 50 000 Euro vervielfacht. Die Erhöhung trägt nach Ansicht des Gesundheitsausschusses unter anderem „dem Umstand Rechnung, dass diese Grenze seit ihrer Einführung im Jahre 1983 nicht an die Entwicklung der Einkommensverhältnisse angepasst worden“ sei (BT-Drs. 18/5123 vom 10.06.2015, S. 125). Man kann sich mit Recht fragen, warum man das bei der Anpassung der Punktwerte der





Wechseln lohnt sich!
Wir machen es Ihnen einfach.

Entscheiden Sie sich für **einfacheres Arbeiten** auf höchstem technischen Niveau.

Sparen Sie 50% Ihrer Materialkosten bei außergewöhnlich vielfältigen prothetischen Möglichkeiten.

Setzen Sie Microcone® ein und erhalten Sie **klinische Ergebnisse über die Sie staunen werden.**

Starten Sie gleich und sichern Sie sich für eine Probeoperation **kostenlose Implantate.**

Instradent GmbH
Hammweg 8
D-76549 Hügelsheim
www.instradent.de

 **INSTRADENT**
Bright choice. Bright smiles.

Gesetze seit 1988 bis heute

1987, also nur vier Jahre später, verabschiedeten GOZ im Jahre 2012 nicht bedacht und berücksichtigt hat.

Nach § 95 Abs. 3 Satz 4 SGB V müssen Kassenzahnärztliche Vereinigungen künftig die **Einhaltung des Versorgungsauftrags** (voll oder hälftig) bei Vertragszahnärzten und ZMVZ prüfen. Die Prüfung soll insbesondere anhand der Leistungsdaten, also vor allem der Abrechnungsdaten erfolgen. Konsequenzen werden diese Prüfungen vor allem für die Budgets und den Zulassungsstatus haben. Vor allem Zahnärztinnen werden sich vermehrt vor die Wahl gestellt sehen, bei Teilzeittätigkeit auch nur noch eine Teilzulassung zu haben.

Die massiven Änderungen, die das GKV-VSG für die Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen in überversorgten Planbereichen mit sich bringt (§ 103 SGB V), betreffen weiterhin nicht die Zahnmedizin (§ 103 Abs. 8 SGB V).

Anders sieht dies aus für die ab 2017 komplett überarbeitete **Wirtschaftlichkeitsprüfung**.

Neu eingeführt werden durch § 119c SGB V Medizinische Behandlungszentren (**MBZ**). Sie sind gedacht für die Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen. Ihre Leistungen sind nach § 120 Abs. 2 SGB V direkt – also insbesondere unbudgetiert – von den Krankenkassen zu vergüten. Zahnärztliche Leistungen können auch darunter fallen.

Mit § 137h SGB V unternimmt der Gesetzgeber den Einstieg in die **Nutzenbewertung** bei der Entscheidung über den Einsatz neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse. Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse nach § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V sind solche, die der Risikoklasse IIb oder III nach Artikel 9 in Verbindung mit Anhang IX der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14.06.1993 über Medizinprodukte zuzuordnen sind, und

deren Anwendung einen besonders invasiven Charakter aufweist (§ 137h Abs. 2 SGB V). Davon sind vorerst Produkte, die üblicherweise in der Zahnmedizin eingesetzt werden, nicht betroffen. Aber es ist anzunehmen, dass damit nur der erste Schritt gemacht wird und sukzessive alle invasiven Produkte unter die Nutzenbewertung fallen werden.

Das bisherige Recht der Integrierten Versorgung (§§ 140a – 140d SGB V) und der Strukturverträge (§ 73a SGB V) wird komplett neu in § 140a SGB V unter dem neuen Überbegriff der **Besonderen Versorgung** zusammengefasst. Sie haben bisher im zahnärztlichen Bereich nur eine untergeordnete Rolle gespielt. Daran wird sich allein durch die Neufassung wohl nichts ändern.

4. Vergütungsrecht

Das Verfahren zur Anpassung der Preise für zahntechnische Leistungen (**BEB**) wird komplett neu geregelt und in einem wichtigen Punkt von der Landesebene auf die Bundesebene transferiert. Die Durchschnittspreise werden bundeseinheitlich festgelegt, auf Landesebene bleibt es bei Vereinbarungen innerhalb einer Schwankungsbreite von $\pm 5\%$. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt für die Vereinbarungen auf Landesebene nicht mehr; denn dies habe „in der Vergangenheit dazu geführt, dass die mit dem Preiskorridor von 10 Prozent vorgesehene Flexibilisierung der Preisbildung bei zahntechnischen Leistungen eingeschränkt und die Berücksichtigung regionaler Kostenunterschiede und Kostenentwicklungen erschwert wurde. Damit konnte das Ziel des Preiskorridors, flexibel auf Entwicklungen und Sonder-situationen, wie zum Beispiel die Angleichung der Vergütungen in Ost und West, zu reagieren, nicht erreicht werden“, wie es in der Gesetzesbegründung heißt (BT-Drs. 18/4095 vom 25.02.2015, S. 82).

5. Angestellte Zahnärzte, Vertretung

Künftig ist die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Zahnarzt bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer

Wehrübung beziehungsweise Entbindung zulässig. Darüber hinaus ist die *„Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Zahnarzt für die Dauer von sechs Monaten zulässig, wenn der angestellte Zahnarzt freigestellt oder das Anstellungsverhältnis durch Tod, Kündigung oder andere Gründe beendet ist. Hat der angestellte Zahnarzt einen gesetzlichen Anspruch auf Freistellung, ist eine Vertretung für die Dauer der Freistellung zulässig“* (§ 32b Abs. 6 Zahnärzte-ZV).

Künftig kann auch eine genehmigte Anstellung ruhen (§ 32b Abs. 7 Zahnärzte-ZV).

C. Präventionsgesetz

Das Jahr 2015 bringt eine Reihe von Gesetzen, die das Leistungsrecht des SGB V ändern. Dazu gehört auch das Präventionsgesetz, das in weiten Teilen am 25.07.2015 in Kraft getreten ist, im übrigen am 01.01.2016 in Kraft treten wird.

Das Gesetz sollte eigentlich ängstigen, wird es doch zur gesetzlichen Aufgabe der Krankenkassen, die Menschen zu einem gesundheitsbewussten Verhalten anzuhalten (zu überwachen?) und sich in deren Lebenswelten einzumischen. Primäre **Präventionsziele** sind nach § 20 Abs. 3 Satz 1 SGB V:

1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,
2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen,
3. Tabakkonsum reduzieren,
4. gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung,
5. gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken,
6. depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln,
7. gesund älter werden und
8. Alkoholkonsum reduzieren.

Das Gesetz lässt sich leider nicht darüber aus, was geschehen soll/darf, nachdem jemand im Sinne der Nr. 4 gesund aufgewachsen ist und dann es auch geschafft

Gesetze seit 1988 bis heute

hat, nach Nr. 7 gesund älter zu werden. Bei welchem Lebensalter das Präventionsziel „gesund älter werden“ erreicht ist, wüsste man schon gerne, auch, was danach kommen soll. „Älter“ ist eigentlich schon der Komparativ von „alt“, aber so semantisch wird man an ein so ideologiebefruchtetes Gesetz nicht herangehen dürfen. Wann darf der Mensch, sofern er Kassenpatient ist, künftig ohne Verletzung primärer Präventionsziele, also ohne Systemversagen sterben?

Noch beeindruckender ist § 20a SGB V mit der pompösen Überschrift „Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“ zu lesen. **Lebenswelten** sind nach § 20a Abs. 1 Satz 1 SGB V „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports.“ Um den neuen Aufgaben gerecht zu werden, erheben die Krankenkassen nach § 20a Abs. 1 Satz 3 SGB V „unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung.“

Die Krankenkassen als Messer und Beurteiler von Verhalten in Lebenswelten, gestützt auf all die vielen sinnlosen epidemiologischen Studien, welche die Medien erfreuen und das Papier nicht wert sind, auf dem sie gedruckt werden. Jüngstes Beispiel, das Thema Krebsgefahr durch Wurst, das ein angebliches Expertenteam der WHO bei der Auswertung von 800 epidemiologischen Studien entdeckt haben will. Die Ärztezeitung Online hat in einem dankenswerten Leitartikel am 27.10.2015 für Studien zur Prävention zurecht „Schluss mit der Kaffeesatzleserei“ gefordert. Schlimm ist, dass der Gesetzgeber meint, sich auf der Basis dieses Nichtwissens einmischen zu müssen, beispielsweise beim Präventionsziel Nr. 8. Alles, was dazu zu sagen ist, wird in dem genannten Leitartikel der Ärztezeitung Online von *Thomas Müller* prägnant und pointiert ausgeführt: „Wer moderat Alkohol trinkt, hat ein geringeres Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und erkrankt auch seltener an einer Demenz.“



Knochenersatzmaterial

GUIDOR® easy-graft



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

www.easy-graft.com

Verkauf:

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

Gesetze seit 1988 bis heute

Allerdings ist das Risiko für einige Tumore erhöht, bei anderen wird hingegen ein protektiver Effekt diskutiert.

Und genau das ist das Problem: Es wird diskutiert, weil man es eben nicht genau weiß. Und man weiß es deshalb nicht so genau, weil es dazu bislang nur epidemiologische Studien gibt.

Es vergeht wohl kaum ein Tag, an dem nicht in irgendeiner Fachzeitschrift ein Artikel zum Nutzen oder Schaden von Alkohol erscheint, der bestenfalls aufgrund einer großen Kohortenstudie und schlechtestenfalls auf einer Fall-Kontroll-Analyse beruht.

Die Schwäche all dieser Studien: Es werden prospektiv oder retrospektiv Personen nach ihrem Alkoholkonsum befragt, und dieser Konsum wird mit einer Reihe von Erkrankungen assoziiert. Zum einen gibt aber kaum jemand seinen Alkoholkonsum ehrlich an, zum anderen verweisen epidemiologische Studien nur auf Zusammenhänge, nicht aber auf Ursachen.

So kann letztlich niemand genau sagen, ob Rotwein tatsächlich das Herz schützt oder ob Rotweintrinker nur einen anderen Lebensstil pflegen, der besser für die Gefäße ist – da helfen auch noch so viele statistische Tricks wie Kofaktorenadjustierungen und quasirandomisierte Propensity-Score-Matchings nicht, letztlich lassen sich die Resultate immer anzweifeln.“

Bei der Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung haben die Personensorgeberechtigten, also in der Regel die Eltern, nach § 34 Abs.10a Infektionsschutzgesetz gegenüber dieser einen schriftlichen Nachweis darüber zu erbringen, dass zeitnah vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz des Kindes erfolgt ist. Wird der Nachweis nicht erbracht, kann das Gesundheitsamt die Personensorgeberechtigten zu einer Beratung laden. Weitergehende landesrechtliche Regelungen bleiben unberührt. Es kann also sein, dass im einen Bundesland das nicht geimpfte Kind ausgeschlossen bleibt, im anderen anstecken darf.

D. E-Health-Gesetz

Noch im Gesetzgebungsverfahren befindet sich das sog. E-Health-Gesetz (Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen), das sich zum Ziel setzt,

- die zügige Einführung nutzbringender Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu unterstützen,
- die Telematikinfrastruktur mit ihren Sicherheitsmerkmalen als die zentrale Infrastruktur für eine sichere Kommunikation im Gesundheitswesen zu etablieren und sie für weitere Anwendungen im Gesundheitswesen und für weitere Leistungserbringer zu öffnen,
- die Strukturen der Gesellschaft für Telematik zu verbessern und ihre Kompetenzen zu erweitern und
- die Interoperabilität der informationstechnischen Systeme im Gesundheitswesen zu verbessern und telemedizinische Leistungen zu fördern (BT-Drs. 18/5293 vom 22.06.2015, S. 26). Es ist im Gesetzentwurf viel von Kosten die Rede. Die Währungsbezeichnung Euro taucht im Entwurf 73x auf.

Nachdem man die eGK mit aller Macht gegen zahlreiche Widerstände durchgedrückt hat, denkt der Gesetzgeber immerhin schon über Einführung nutzbringender Anwendungen für die eGK nach. Man könnte sich auch den umgekehrten Ablauf, erst Nachdenken, dann gegebenenfalls eGK einführen, als durchaus sachadäquat vorstellen. Es werden nun in jedem Fall große Infrastrukturen für Telematik und Telemedizin aufgebaut. Die Interoperabilität der Systeme ist das zentrale Anliegen. Der Begriff taucht im Gesetzentwurf allein 79x als Substantiv auf. Wenn alles klappt, wird es bald nur noch elektronischen Verkehr zwischen den Leistungserbringern geben, die in der Zeit vom 01.07.2016 bis zum 30.06.2018 einen Zuschlag von 50 Cent für die Entgegennahme eines elektronischen Entlassbriefs (§ 291f Abs.4 Satz1 SGB V) und 55 Cent pro Übermittlung eines elektronischen Briefs mittels sicherer Verfahren (§ 291h Abs.1 Satz1 SG V) erhalten werden.

E. Asylbewerberleistungsgesetz

Die Flüchtlingsströme haben zu hektischen Aktivitäten des Gesetzgebers geführt und konfrontieren nunmehr die Mehrzahl der Zahnärzte mit einem Gesetz, mit dem sie bisher nur selten oder nie in Berührung kamen. Das Asylbewerberleistungsgesetz wurde zuletzt am 20.10.2015 durch das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz geändert. Als Zahnarzt sollte man wenigstens § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes kennen und beachten:

„§ 4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt

(1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.“

Es gibt also nur akute Schmerzbehandlung und im wesentlichen Reparaturen bestehenden Zahnersatzes. Die Durchführung des Gesetzes variiert offenbar stark von Bundesland zu Bundesland.

F. Fazit

Das Jahr 2015 wird als Jahr gesteigerter Gesundheitsreformen in die Geschichte der Bundesrepublik Deutschland eingehen, zumal erneut eine Klinikreform und dem klingenden wie fehlleitenden Titel Krankenhausstrukturreform noch durchgezogen werden wird. Aber auch diese Reformen werden das Schicksal aller Vorgängerreformen teilen. Nach der Reform ist vor der Reform, spätestens nach der nächsten Bundestagswahl. Da dürfte dann auch erneut das Thema Bürgerversicherung auf der Agenda stehen. ■

Mehr Informationen unter:
zeramex.com



Bright.



Jeder Schritt sollte ein Fortschritt sein. Die zweiteiligen 100% metallfreien ZERAMEX® P6 Keramikimplantate sind ein innovativer Fortschritt bezüglich Freiheit und imitieren das natürliche Vorbild in Ästhetik und Funktion. Auch bei einer dünnen Gingiva brillieren sie mit weisser Zahnästhetik.

ZERAMEX® P6 ist ein 100% metallfreies, zweiteilig verschraubtes Implantatsystem und überzeugt durch hohe Ästhetik.

ZERAMEX®
strong. bright. right.

 swiss made

Festsitzende metallkeramische Versorgungen auf Screw-Line-Implantaten von Camlog mit Vario-SR-Abutments

Schritt für Schritt zum Erfolg

Prof. Dr. Marco Finotti

Seitdem 1966 von Brånemark der Begriff Osseointegration geprägt wurde, lautet die Empfehlung für den Zeitpunkt der erstmaligen Belastung nach der Insertion zwischen zwei und sechs Monaten, je nach Position und Kieferstatus [1,2]. Aber im Lauf der Zeit wurde – nicht zuletzt angesichts der ständigen Weiterentwicklungen im Bereich der Implantatoberflächen – diese Empfehlung in Frage gestellt, sodass Implantate jetzt oft auch schon früher – in Einzelfällen sogar unmittelbar nach der Insertion – belastet werden, je nach Menge und Qualität des lokalen Knochenangebots [2–9]. In diesen Fällen wollen jedoch Anzahl und Verteilung der Implantate unter Berücksichtigung der Biomechanik, der richtigen chirurgischen Aufbereitung der Alveolen und des entsprechenden Drehmoments beim Einsetzen der Implantate wie auch der möglichen Regenerierung des kortikalen Knochens gründlich überlegt sein [10–13].

Klinische Fallbeschreibung

Eine 48-jährige Patientin benötigte eine vollständige Rehabilitation im Ober- und Unterkiefer. Eine schwere Parodontitis hatte über die Jahre zum Verlust mehrerer Zähne geführt (Abb. 1 und 2).

Die klinische und radiologische Untersuchung zeigte, dass keiner der verbleibenden Zähne erhalten bleiben konnte. Wir schlugen daher eine implantatgetragene Versorgung mit Sofortbelastung im Unterkiefer und mit Spätbelastung im Oberkiefer vor, da wir trotz der Regeneration nicht der Meinung waren, dass das notwendige quantitative und qualitative Knochenangebot für eine Sofortbelastung im Oberkiefer gege-

ben war. Die Patientin war Raucherin (20 Zigaretten pro Tag) und wurde daher instruiert, das Rauchen schrittweise zu reduzieren, um das Risiko des Scheiterns der Implantatbehandlung zu verringern (Abb. 3 und 4).

Während der dreimonatigen Einheilphase erhielt die Patientin zur Wiederherstellung der korrekten Bisshöhe und intermaxillären Beziehungen bei geeigneter Funktionsfähigkeit und Ästhetik zwei herausnehmbare Prothesen. Außerdem erhielt sie ein Muskel- und Okklusionstraining, da durch den Zahnverlust die vertikale Dimension verringert war, was Kiefergelenkprobleme verursachte und zu einer mangelnden Koordination von Kondylus und Diskus führte.

Aufgrund der hohen ästhetischen Erwartungen der Patientin sollte die definitive Versorgung aus Keramik sein, was die Überlegungen in Richtung traditionelle symmetrische Implantatverteilung lenkte, um angulierte Implantate im vorhandenen Knochen zu vermeiden, die bei der Restauration mehr Freidenglieder erfordert hätte. Wir entschieden uns daher für eine Rehabilitation auf sechs Implantaten, jeweils an den Positionen der seitlichen Schneidezähne, ersten Prämolaren und ersten Molaren.

Nach einer eingehenden Untersuchung mit Panorama-Röntgenbildern und digitaler Volumetomografie wurde für den Ober- und den Unterkiefer die Implantation unter intravenöser Sedierung ge-



Abb. 1 Klinische Ansicht der Ausgangssituation.



Abb. 2 Panoramaaufnahme der Ausgangssituation: Stark zerstörtes Gebiss.

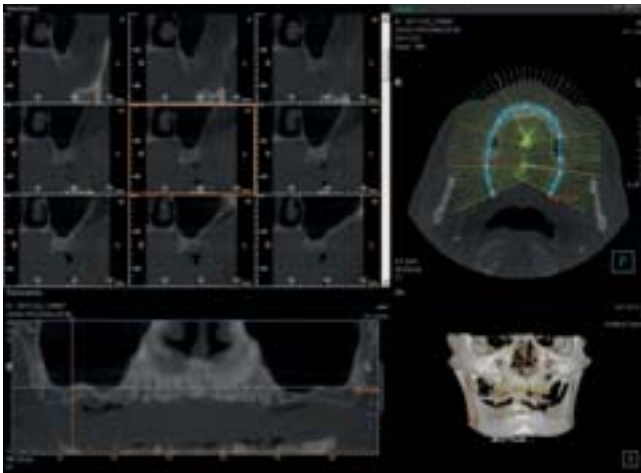


Abb. 3 CT-Schnitte des zahnlosen Oberkiefers zur Bestimmung des verfügbaren Knochenvolumens.

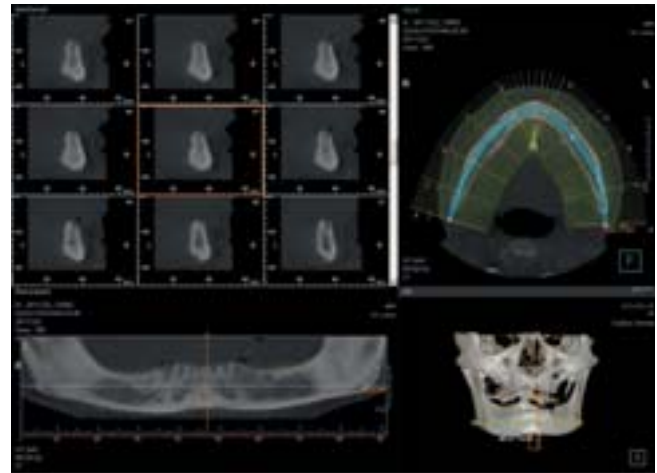


Abb. 4 CT-Schnitte des zahnlosen Unterkiefers zur Bestimmung des verfügbaren Knochenvolumens.



Abb. 5 Im Unterkiefer wurde eine Sofortbelastung vorgesehen. Die geraden Vario-SR-Abutments wurden eingesetzt und mit 20 Ncm angezogen. Anschließend wurde der Lappen spannungsfrei vernäht.



Abb. 6 Okklusale Ansicht des Unterkiefers mit eingesetzten Vario-SR-Abutments. Perfekter Primärverschluss der Wunde.



Abb. 7 Mit Kofferdam wurde der Wundverschluss vor fließendem Kunststoff abgeschirmt. Die Vario SR Ti-tankappen wurden auf die Abutments gesetzt und mit der Vario-SR-Prothetikschrube auf 15 Ncm angezogen. Anschließend konnten sie in die vorhandene herausnehmbare Prothese eingeklebt werden, die nach Modifikation als festsitzendes verschraubtes Provisorium diente.



Abb. 8 Okklusale Ansicht der unterfütterten Prothese mit den einpolymerisierten Vario SR Titankappen.

plant, die beide am gleichen Tag erfolgen sollten. Im Unterkiefer wurden sechs Implantate mit einem Drehmoment von 40 bis 50 Ncm eingesetzt und die Vario-SR-Abutments (Abb. 5 und 6) auf-

geschraubt. Es wurde ein Kofferdam zur Isolierung des Weichgewebes und der Nähte angelegt (Abb. 7), das Provisorium auf Höhe der Implantate aufgebohrt und mit Tokuso Resin Hardener unterfüttert

(Abb. 8). Im Oberkiefer wurde ein Lappen gebildet und gleichzeitig mit einer bilateralen Sinusbodenaugmentation die sechs Implantate symmetrisch verteilt inseriert; die Einheilung erfolgte

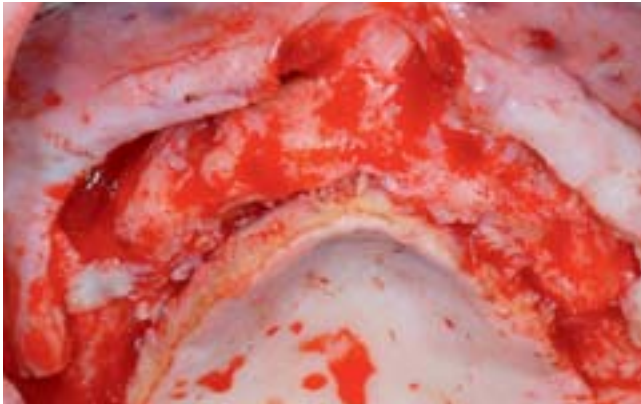


Abb.9 Nach Bildung eines Lappens war zu sehen, dass das Knochenvolumen im Oberkiefer mehr als ausreichend war.



Abb.10 Es wurden sechs Screw-Line-Implantate (Ø 3,8 mm; Camlog) eingesetzt. Die Primärstabilität war ausgezeichnet.



Abb.11 Während der gedeckten Einheilzeit waren die Implantate mit Verschlusschrauben (Durchmesser 3,8 mm; Camlog, Basel/Schweiz) versehen.



Abb.12 Perfekter primärer Wundverschluss im Oberkiefer.



Abb.13 Das unterfütterte Oberkieferprovisorium direkt nach der Insertion der Implantate.

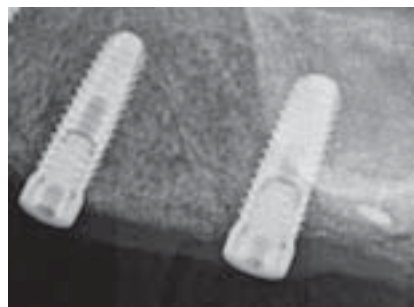


Abb.14 Periapikale Detail-Röntgenaufnahme von zwei Implantaten.

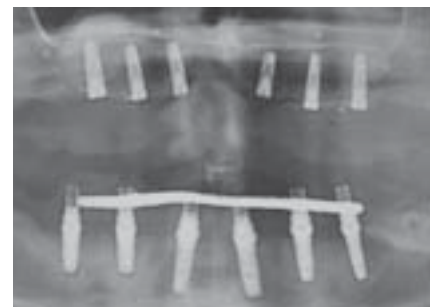


Abb.15 Panoramaaufnahme der perfekt positionierten Implantate.

gedeckt (Abb.9 bis 12). Das Provisorium wurde unterfüttert (Abb.13). Die Kontrollröntgenaufnahmen erfolgten nach drei Monaten (Abb.14 und 15). Nach der Integration der Oberkieferimplantate sechs Monate nach der Insertion startete die zweite chirurgische Phase entsprechend unserer Standardtechnik für die Sofortbelastung.

Auf den Vario SR Abuments wurden Nachdem das Weichgewebe im Oberkiefer sicher ausgeheilt war, stellten wir nach dem Abformen die temporären und definitiven Versorgungen für beide Kiefer her (Abb.16 bis 19).

Um die Genauigkeit der Abformung (Festigkeit und Kontraktionsfreiheit des Gipses) zu überprüfen, wurden für beide Kiefer Gipsschlüssel hergestellt (Jigs).

Nachdem das Weichgewebe im Oberkiefer sicher ausgeheilt war, stellten wir nach dem Abformen die temporären und definitiven Versorgungen für beide Kiefer her (Abb.16 bis 19).

Um die Genauigkeit der Abformung (Festigkeit und Kontraktionsfreiheit des Gipses) zu überprüfen, wurden für beide Kiefer Gipsschlüssel hergestellt (Jigs).



Abb.16 Offene Abformung auf Abutmentebene in Abformgips für eine präzise Übertragung im Unterkiefer.



Abb.17 Im Oberkiefer wurde auf die gleiche Weise abgeformt.



Abb.18 Unterkiefer-Gipsabformung mit Übertragungskappen, bereit zum Einsenden an das Dentallabor.



Abb.19 Oberkiefer-Gipsabformung mit Übertragungskappen, bereit zum Einsenden an das Dentallabor.



DURCH-DACHT.

**DIE AUSGEKLÜGELTE
INNENVERBINDUNG;**
NATÜRLICH VON
THOMMEN MEDICAL.



«TECHNISCH AUSGEREIFT,
PASST GENAU UND
IST KLINISCH BEWÄHRT.»

DR. R. BURKHARDT,
ZÜRICH



Abb. 20 OK-Meistermodell mit Weichgewebemaske. Die leicht angulierten vorderen Analoge machen die Verwendung von abgewinkelten Vario-SR-Abutments erforderlich.

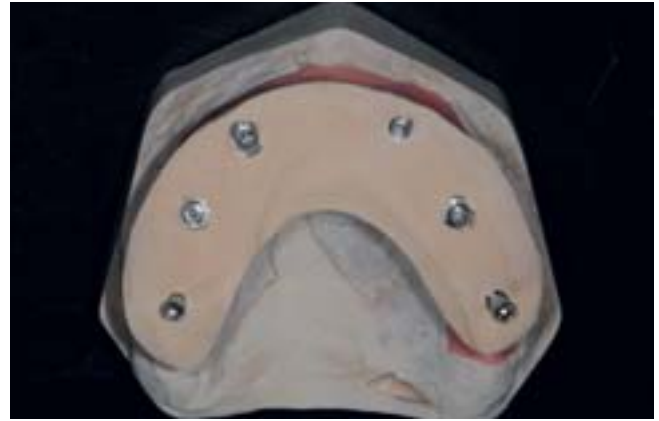


Abb. 21 Ein Gipsschlüssel mit Abformpfosten zur Überprüfung des spannungsfreien Sitzes wurde auf dem Oberkiefermodell hergestellt.



Abb. 22 Oberkiefer-Meistermodell mit Weichgewebemaske. Hier wurden gerade Vario-SR-Abutments verwendet.



Abb. 23 Ein weiterer Gipsschlüssel mit Abformpfosten wurde auf dem Unterkiefermodell hergestellt.



Abb. 24 Der Gipsschlüssel zeigt den perfekten spannungsfreien Sitz im Ober- ...



Abb. 25 ... und im Unterkiefer.

Nach dem Einsetzen und Verschrauben der Abformpfosten bestätigte sich die Präzision der Abformungen (Abb. 20 bis 25). Bei diesem Test würden sich Spannungen in Form von Frakturen im Gipsschlüssel zeigen. Zusätzlich wurde die Passung noch radiologisch

überprüft (Abb. 26 und 27). Unter Berücksichtigung der ersten herausnehmbaren provisorischen Prothesen und aller oraler und extraoraler Daten wurden Wachsaufstellungen der festsitzenden provisorischen Versorgungen hergestellt und einprobiert (Abb. 28 bis 30),

um die Morphologie und Ästhetik vor der Herstellung der definitiven Versorgungen zu überprüfen. Zur Verbesserung der Ästhetik wurden die geraden Vario-SR-Abutments in der Oberkieferfront durch abgewinkelte (20°) Abutments ersetzt, die in einem Fräsgerät so

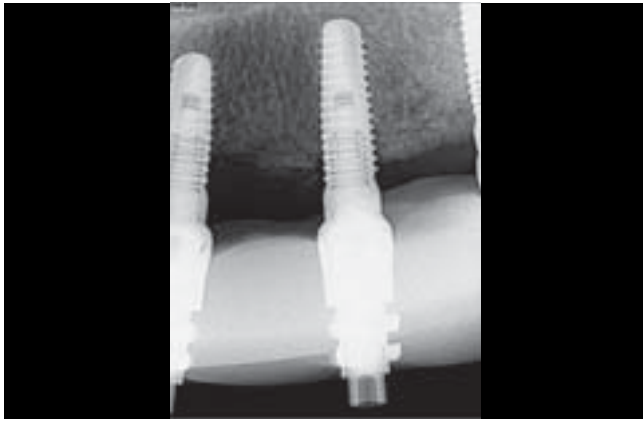


Abb. 26 Röntgenaufnahme mit Gipsschlüssel. Die Abformpfosten im Oberkiefer zeigen eine spannungsfreie Passung.

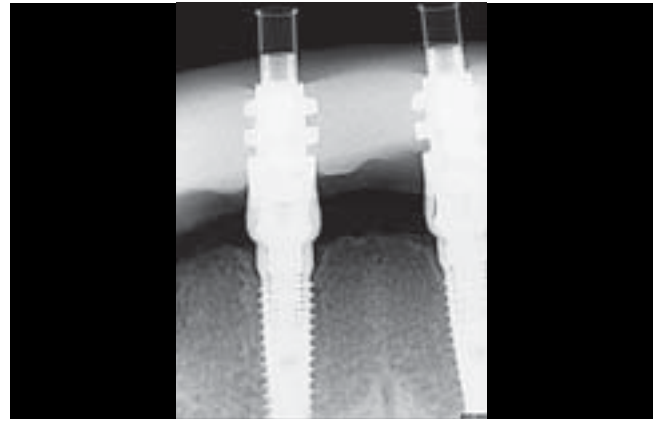


Abb. 27 Röntgenaufnahme mit Gipsschlüssel. Auch die Abformpfosten im Unterkiefer passen spannungsfrei.



Abb. 28 Die Zahnaufstellung im Artikulator, bereit zur Einprobe.



Abb. 29 Die Provisorien in situ.



Abb. 30 Eine sehr gute Anpassung der Lachlinie und ein recht harmonisches, ästhetisches Erscheinungsbild der beiden Provisorien in situ.



Abb. 31 Die beiden divergierenden vorderen Implantate erforderten die Verwendung von abgewinkelten (20°) Vario-SR-Abutments, um eine optimale Einschubrichtung zu erzielen.



Abb. 32 Das Austrittsprofil und die Gingivahöhe der abgewinkelten Vario-SR-Abutments waren ungünstig und musste mithilfe eines Fräsgeräts der Einschubrichtung entsprechend angepasst werden.



Abb. 33 Diese Änderungen musste mit äußerster Vorsicht durchgeführt werden. Die Abutmentschulter wurde leicht supragingival positioniert. Dies erfolgte in einem Fräsgerät mit einem konischen Hartmetallfräser und wurde dann während einer Einprobe überprüft, bevor die Suprakonstruktion angefertigt wurde.



Abb. 34 Überprüfung der Kronenränder während der Abutmenteinprobe. Die Schultern der beiden modifizierten Abutments waren jetzt akzeptabel positioniert.



Abb. 35 Die beiden fertigen Versorgungen im Artikulator vor der abschließenden Kontrolle.



Abb. 36 Detaildarstellung der seitlichen Führung an Zahn 43.



Abb. 37 Die fertigen definitiven Versorgungen im Artikulator und Darstellung der Frontzahnführung.

bearbeitet wurden, dass sie perfekt parallel zu den anderen Abutments standen. Gleichzeitig wurden die Abutmentschultern dem Zahnfleischsaumverlauf angepasst (Abb. 31 bis 34). Die definitive Versorgung aus Edelmetall und Kera-

mik wurde dynamisch im Artikulator überprüft und individuell angepasst, um die endgültige optimale Ästhetik zu erhalten. Alle Funktionsparameter waren bereits in früheren Behandlungsstadien überprüft und für angemessen

befunden worden (Abb. 35 bis 37). Die radiologische Kontrollaufnahme nach 24 Monaten bestätigte die Wahl der OP-Technik, der prothetischen Versorgung und des Belastungsprotokolls. Die korrekte Funktionsbelastung richtig posi-



Abb. 38 Die fertigen Versorgungen in situ.



Abb. 39 Okklusale Ansicht der gaumenfreien Oberkieferversorgung mit eher kurzem distalem Freidendarm.



Abb. 40 Das gleiche gilt für die untere Versorgung. Die eingesetzten Vario-SR-Prothetikschauben wurden auf 15 Ncm angezogen.



Abb. 41 Detailaufnahme der oberen Frontzähne, die die Notwendigkeit der Verwendung von gingivafarbener Keramik für eine gute Lippenunterstützung und ein ansprechendes ästhetisches Ergebnis dokumentiert.



Abb. 42 Panorama-Röntgenaufnahme mit beiden Versorgungen in situ. Perfekte spannungsfreie Passung der beiden Suprakonstruktionen und gut integrierte Screw-Line-Implantate.

tionierter Implantate bildet das solide Fundament eines hochgradig ästhetischen Resultats (Abb. 38 bis 43). ■

Literatur bei der Redaktion

Kontakt

Prof. Marco Finotti
 Centro Medico Vesalio Via Sorio, 12
 35141 Padua/Italien
fi-med@studiofinotti.it
www.studiodentisticofinotti.it



Abb. 43 Eine zufriedene und glücklich lächelnde Patientin zeigt ihre schönen Zähne.

Klinische und experimentelle Studie eines neuen keramisch verstärkten PEEK-Titan-Hybridabutments unter Sofortbelastung mit einer Keramikkrone

Verwendung von Abutments auf Polymerbasis für definitive Versorgungungen

Ein Beitrag von José Eduardo Maté-Sánchez de Val und José Luis Calvo-Guirado

Polyetheretherketon (PEEK) ist ein widerstandsfähiges thermoplastisches Material, das aus Polyetheretherketon-Komposit hergestellt wird. Einsatzmöglichkeiten in der Zahnmedizin befinden sich noch in der Entwicklung; das Material wird bisher vor allem für Implantatabutments verwendet. Das Ziel dieser Studie war es, die Verwendung dieser Abutments auf Polymerbasis für definitive dentalprothetische Versorgungungen zu untersuchen. Hierbei wurden zwei verschiedene Operationstechniken (Standard und lappenlos) eingesetzt.

Einleitung

Implantatgetragene Restaurationen ermöglichen eine vorhersagbare Behandlung mit hohen Erfolgchancen beim Ersatz eines oder mehrerer Zähne [1–3]. Der klinische Erfolg von implantatgetragendem Zahnersatz hängt weitgehend von biomechanischen Faktoren ab – und diese wiederum von der Integrität des Knochen-Implantat-Kontakts und der Stabilität der mechanischen Verbindung zwischen Implantaten und prothetischen Komponenten [4–6].

Komplikationen infolge von Implantatverlust oder -versagen sind selten. Komplikationen in der prothetischen Phase der Behandlung können sich durch gelockerte oder frakturierte Schrauben ergeben oder durch den Verlust des Abutments oder der Implantatkrone [7,8].

Die physikalischen und mechanischen Eigenschaften der prothetischen Komponenten sind entscheidend für den langfristigen Erfolg der Versorgung verantwortlich. Die Widerstandsfähigkeit gegenüber okklusalen Belastungen wie beispielsweise Kaubewegungen und

Parafunktionen muss für eine beständige Versorgung ausreichen. Das Elastizitätsmodul und die Biegefestigkeit des Materials müssen so hoch sein, dass Frakturen und unerwünschte Mikrobewegungen verhindert werden [9].

Darüber hinaus müssen die Komponenten in hohem Maße biokompatibel sein, damit Reaktionen des Gewebes wie zum Beispiel beginnende periimplantäre Entzündungen und Mukositis verhindert werden, die zu schwereren Komplikationen wie Periimplantitis führen können [10].

Traditionell bestehen Abutments aus biokompatiblen Materialien wie Titan und andere Metalllegierungen. Andere Therapiemöglichkeiten sind individuelle Abutments aus Keramik oder Zirkonoxid. Aber keiner davon eignet sich für die einzeitige Technik, bei der das Implantat unmittelbar nach der Insertion mit einer Krone versorgt wird.

Neue polymere Werkstoffe haben in letzter Zeit aufgrund ihrer hohen mechanischen Belastbarkeit und Dämpfungseigenschaften [11] in der orthopädischen Chirurgie an Verbreitung gewonnen. Es

ist daher zu erwarten, dass Abutments aus polymeren Werkstoffen den Einfluss von Belastungen, die über die Implantate auf den benachbarten Alveolarknochen einwirken, verringern können.

Polyetheretherketon ist ein widerstandsfähiges thermoplastisches Material, das aus Polyetheretherketon-Komposit hergestellt wird. Aufgrund seiner hohen mechanischen Festigkeit und Haltbarkeit, seiner günstigen elektrischen Eigenschaften und seiner hohen Hydrolysebeständigkeit wird PEEK vorwiegend in der Luft- und Raumfahrt, in der chemischen Industrie und in der Automobil-, Elektronik-, Erdöl- und der Lebensmittel- und Getränkeindustrie verwendet [12]. Polyetheretherketon ist ein Polymer aus der Gruppe der Polyaryletherketone, einer relativ neuen Gruppe von hochtemperaturfesten thermoplastischen Polymeren. Diese bestehen aus einem molekularen Rückgrat, in dem zwischen den Arylgruppen abwechselnd Keton- und Etherfunktionalitäten vom Typ 1 vorkommen. In der Medizin hat sich PEEK als ausgezeichneter Ersatz für Titan in orthopädischen Anwendungen erwiesen [13,14]. In der dentalen Prothetik wird es ▶

1ST WORLD CONGRESS ISTANBUL, MAY 5 – 7, 2016



Register now!

CONTROVERSIES IN ESTHETIC IMPLANT DENTISTRY



H. Wang (US) M. Steigmann (D) A. Thamaseb (NL) D. Brener (AUS) R. Smeets (D) A. Ionescu (RO) E. Torres (ES) M. Seiler (D) P. Fairbairn (UK) T. Kamm (D) A. Gökbuget (TK)

FRIDAY - MAY 6, 2016

08:30	OPENING LECTURE CEO Tobias S. Richter / CTO Sandro Venanzoni	13:30	GUIDED SURGERY FOR ESTHETIC CASES AND IMMEDIATE PROCEDURES A. Thamaseb (NL)
09:00	NEW ESTHETIC PERFORMANCE: 7 GOLDEN RULES FOR THE ESTHETIC ZONE M. Steigmann (D)	14:30	CUSTOMIZED BONE REGENERATION CBR® A NEW APPROACH IN RECONSTRUCTION OF THE ALVEOLAR RIDGE: M. Seiler (D)
10:00	LONG-TERM PREDICTABLE ESTHETIC RESULTS WITH THE TISSUE LEVEL IMPLANT A. Ionescu (RO)	15:00	SRP - MEMBRANE FREE BONE REGENERATION FOR IMPROVED SOFT TISSUE ESTHETICS P. Fairbairn (UK)
10:30	BREAK	15:30	BREAK
10:45	GOLDEN RULES FOR SUCCESSFUL ALL-ON-TRI TREATMENTS D. Brener (AUS)	15:45	COMPREHENSIVE TREATMENT PLANNING TO AVOID FUTURE COMPLICATIONS H. Wang (US)
11:30	OPPORTUNITIES AND RISKS OF IMMEDIATE LOADING IN THE ESTHETIC ZONE: E. Torres (ES)	16:45	BENEFITS FOR PINK ESTHETICS - IMMEDIATE IMPLANT PLACEMENT T. Kamm (D)
12:15	LUNCH	17:45	WRAP-UP DAY 1

SATURDAY - MAY 7, 2016

09:00	3D IMPLANT PLANNING FOR ESTHETIC OUTCOMES: A. Gökbuget (TK)
10:00	ESTHETIC PRINCIPLES OF THE TRI PERFORMANCE CONCEPT S. Venanzoni (CH)
11:00	PERIIMPLANTITIS: DIAGNOSIS, THERAPY AND PREVENTION R. Smeets (D)
12:00	LUNCH
13:00	 FUSION: East meets West M. Steigmann (D) / H. Wang (US)
15:00	WRAP-UP DAY 2

PRE-CONGRESS WORKSHOPS | MAY 5, 2016

Soft tissue management (Dr. M. Steigmann)	Hard tissue management (Dr. H. Wang)
-------------------------------------------------	--------------------------------------------

REGISTRATION

EARLY BIRD RATES AVAILABLE UNTIL 31.10.2015
Please contact your local sales representative for more details.
REGISTER BY FAX: +41 32 501 1601 EMAIL: CONGRESS@TRI-IMPLANTS.COM
TRI Dental Implants Int. AG, Lindenstrasse 14, 6340 Baar, Switzerland.
More information: www.tri-implants.com



5-star Hotel Accomodation



Traditional Welcome Dinner



Boat Cruise Party on the Bosphorus

als Material für Implantate, provisorische Abutments sowie implantatgetragene Stege oder Klammern für herausnehmbaren Zahnersatz genutzt [15–18]. PEEK ist biokompatibel und verfügt im Gegensatz zu metallischem Zahnersatz über ein zahnfarbenes Aussehen.

Speziell für die Anwendung in der Zahnmedizin wurden keramisch verstärkte PEEK-Materialien entwickelt, um die mechanischen Eigenschaften und die Farbe der Restauration zu verbessern. Eines dieser Materialien ist BioHPP (bredent, Senden/Deutschland). Für Abutments wird BioHPP direkt auf eine Titanbasis aufgedrückt; so entsteht eine Art Hybrid-Abutment mit einem Schraubenlager aus Titan für die langfristige Stabilität und einem elastischen Körper aus keramisch verstärktem PEEK-Material.

Das Ziel dieser Studie war es, die Verwendung dieser Abutments auf Polymerbasis für definitive Versorgungen zu untersuchen. Hierbei wurden zwei verschiedene Operationstechniken (Standard und lappenlos) eingesetzt.

Materialien und Methoden

Stichprobe und Studienkonzept

Es wurden zehn Patienten in die Studie aufgenommen. Alle hatten ihr Einverständnis mit dem chirurgischen und prothetischen Vorgehen erklärt. Alle Versuche fanden nach den Regeln der Ethikkommission für medizinische Versuche am Menschen der Universidad Católica San Antonio (UCAM) statt. Die Patienten wurden nach dem Zufallsprinzip in zwei Versuchsgruppen aufgeteilt: Gruppe A wurde mit einer Technik ohne Lappenbildung und Gruppe B nach einer chirurgischen Standardtechnik behandelt. Alle Implantate wurden drei Monate nach der Extraktion im Prämolarenbereich des Oberkiefers inseriert.

Chirurgische Planung und Technik sowie postoperative Versorgung

Alle Patienten in der Studie wurden entsprechend dem Standardablauf im

Ausbildungsprogramm der Universität behandelt: Anfertigung von Studienmodellen, Einartikulieren, diagnostische Wachsmoellationen, Bohrschablonen und CTs für die Diagnose und Behandlungsplanung.

- **Lappenlose Technik:**

Mit einem Skalpell wurde eine umlaufende Inzision vorgenommen, das Weichgewebe wurde entfernt und der Knochen für die Implantatinsertion freigelegt.

- **Standardtechnik:**

Mit einem Skalpell Nr. 15c wurde per intrasulkulärer/krestaler Schnittführung im palatinalen Bereich ein Volllappen gebildet. Vollständige Ablösung des Lappens mit Exposition durch ein Periosteotom. Nach der Implantation wurde die Wunde mit einfachen Nähten (Polypropylen 4-0) vernäht.

- **Implantatinsertion:**

Standardtechnik des bredent medical-Systems.

- **Postoperative Versorgung:**

Alle Patienten erhielten nach dem Eingriff drei Tage lang dreimal täglich Ibuprofen 400 mg und zwei Tage lang zweimal täglich Chlorhexidin-Gel 0,12 Prozent.

Implantate

Zehn blueSKY-Implantate (bredent medical, Senden/Deutschland) von 3,5 bis 4 Millimetern Durchmesser und 10 bis 12 Millimetern Länge wurden nach dem Zufallsprinzip im oberen Prämolarenbereich krestal inseriert.

Abutments

Zehn BioHPP SKY elegance-Abutments wurden zum Zeitpunkt der Implantation eingegliedert (Sofortversorgung). Diese Abutments sind Hybridabutments, bei denen der Abutmentkörper aus BioHPP spaltfrei mit der Titanbasis verbunden ist. Diese Abutments werden für die einzeitige Behandlung (Sofortversorgung) eingesetzt, da sie die Eigenschaften eines temporären und eines definitiven Abutments in sich vereinen; mit anderen Worten: das Abutment braucht nicht ausgetauscht zu werden.

Alle Kronen wurden mit einem Cerec-System aus Feldspat-Keramik (IPS Empress CAD Cerec/InLab) hergestellt und mit selbstadhäsivem Rely-X-Universalzement befestigt.

Radiologische Untersuchung

Mithilfe eines Parallelisierungssystems wurden am Tag der Implantation sowie nach einem, drei und fünf Monaten standardisierte Röntgenbilder erstellt. Die radiologische Analyse fand mit dem Programm ImageJ (Wayne Rasband, USA) statt. Auch wurden die Abstände zwischen der Plattform und dem ersten Knochenkontakt aufgezeichnet.

ISQ-Messung

Direkt nach der Insertion des Implantats wurde die Implantatstabilität gemessen, um zu ermitteln, ob die Sofortbelastung möglich war. Der Grenzwert wurde auf einen ISQ von 65 festgelegt. Die ISQ-Werte wurden mit dem Osstell Mentor (Osstell, Göteborg/Schweden) ermittelt.

Mukogingivale Analyse und klinischer Befund

Die Blutungsindizes für Implantate wurden ein, drei und fünf Monate nach der Implantation mithilfe einer speziellen periimplantären Sondierungstechnik ermittelt und dokumentiert, ebenso wie periimplantäre Weichgewebsrezessionen und Höhenverluste seit der Insertion. Auch die Werte für die Sondierungsblutung (0 = keine, 1 = vorhanden) wurden nach ein, drei und fünf Monaten ermittelt. Die Insertionstiefe wurde mit einer herkömmlichen Kunststoffsonde gemessen, wobei jeweils der gleiche Untersucher jedes Implantat sechsmal vermaß. Die Ergebnisse wurden als Mittelwert aus drei Messungen dargestellt.

Statistische Analyse

Die Werte wurden als Mittelwert \pm Standardabweichung und Median ermittelt. Vergleiche zwischen den Proben erfolgten mit dem nichtparametrischen Friedman-Test. Das Signifikanzniveau wurde auf $p < 0,05$ festgelegt. ▶

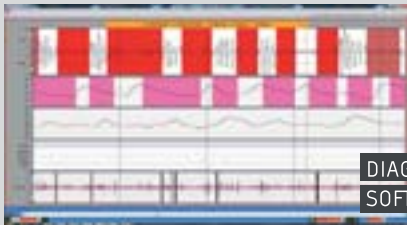


bti.
Human
Technology

BTI APNiA

NEUES SYSTEM FÜR DIAGNOSTIK UND BEHANDLUNG VON SCHLAFAPNOE UND RONCHOPATHIE

Schlafapnoe (SAS) ist eine sehr weit verbreitete Schlafatemstörung, von der mehr als 25% der Bevölkerung betroffen sind und die für die Betroffenen eine Reihe von Gesundheitsrisiken mit sich bringt.



DIAGNOSE-
SOFTWARE

Das system APNiA wird zur Diagnostik und Behandlung dieser Atemstörung eingesetzt. Es besteht aus einem elektronischen Gerät, das die Schlafstudien aufzeichnet, einer Diagnose-Software sowie einem intraoralen Gerät für die Behandlung des Patienten.

ELEKTRONISCHES
DIAGNOSEGERÄT APNiA



INTRAORALES
BEHANDLUNGSGERÄT
APNiA (DIA)

KÜRZLICH VERÖFFENTLICHTE STUDIEN* BELEGEN, DASS ES ZWISCHEN DER ABNUTZUNG DER ZÄHNE UND SAS EINEN DIREKTEN ZUSAMMENHANG GIBT. MIT DIESER ERKENNTNIS RÜCKEN ZAHNÄRZTE FÜR DIE ERKENNUNG UND BEHANDLUNG VON SCHLAFAPNOE UND CHRONISCHER RONCHOPATHIE INS ZENTRUM DES INTERESSES.

* Duran-Cantolla, J, Hamdan M, Martinez-Null C, Aguirre JJ, Rubio E, Anitua E. Frequency of obstructive sleep apnea sindrom in dental patients with tooth wear. J Clin Sleep Med 2015 (in press). Feb 10. pii:jc-00375-14. [Epub ahead of print].

Jeder Patient ist anders, jeder Fall ist einzigartig.

Human Technology

Sie hätten gerne weiterführende Informationen zum Thema Schlaf? Bitte scannen Sie einfach diesen Code BID!!



Tabelle 1

Eingriff	Patient	1 Monat	3 Monate	5 Monate	(a) p-Wert
Lappenlos	1	0,02 ± 0,01 (0,02)	0,05 ± 0,25 (0,05)	0,04 ± 0,04 (0,04)	
	2	0,01 ± 0,05 (0,01)	0,17 ± 0,11 (0,17)	0,15 ± 0,10 (0,15)	
	3	0,21 ± 0,13 (0,21)	0,13 ± 0,09 (0,13)	0,09 ± 0,01 (0,09)	
	4	0,43 ± 0,33 (2,33)	0,11 ± 0,19 (0,11)	0,13 ± 0,03 (0,13)	
	5	0,39 ± 0,05 (0,39)	1,12 ± 0,32 (1,12)	0,09 ± 0,11 (0,09)	
	Lappenlos(Durchschnitt)	0,21 ± 0,14 (0,21)	0,31 ± 0,04 ^(a) (0,31)	0,10 ± 0,03 (0,10)	p = 0,043
Standard	6	0,31 ± 0,13 (0,31)	1,02 ± 0,39 (1,02)	1,21 ± 0,34 (1,21)	
	7	0,33 ± 0,14 (0,33)	0,98 ± 0,76 (0,98)	1,19 ± 0,38 (1,19)	
	8	0,64 ± 0,63 (4,32)	1,32 ± 0,99 (1,32)	1,23 ± 0,45 (1,23)	
	9	0,39 ± 0,33 (0,39)	1,05 ± 0,33 (1,05)	1,02 ± 0,15 (1,02)	
	10	0,85 ± 0,49 (0,85)	0,99 ± 0,65 (0,99)	1,21 ± 0,47 (1,21)	
	Standard (Durchschnitt)	0,50 ± 0,41 ^(b) (3,64)	1,07 ± 1,12 ^{(a) (b)} (1,07)	1,17 ± 0,87 ^{(a) (b)} (1,17)	^(a) p = 0,031 ^(b) p = 0,011
(a) p-Wert		0,044	0,022	0,017	

Tab.1 Radiologische Analyse von Proben, Ergebnisse dargestellt als Mittelwert ± Standardabweichung (Median). Es erfolgte ein nicht-parametrischer Friedman-Test. Signifikante Unterschiede bei $p < 0,05$.



Abb.1a bis d (a) und (b) Lappenlose Technik: CT der Ausgangssituation und vergrößerte Darstellung der Messungen zwischen Implantatplattform und erstem Knochenkontakt. (c) und (d) Standardtechnik mit vergrößerter Darstellung der Messungen.

Tabelle 2

Eingriff	Patient	Tag 0
Lappenlos	1	66,43 ± 4,21 (66,43)
	2	69,43 ± 5,42 (69,43)
	3	67,45 ± 3,39 (67,45)
	4	70,03 ± 5,23 (70,03)
	5	65,06 ± 3,97 (65,06)
	Lappenlos (Durchschnitt)	67,68 ± 5,10 (67,68)
Standard	6	68,39 ± 6,03 (68,68)
	7	65,63 ± 2,98 (65,63)
	8	66,03 ± 2,64 (66,03)
	9	69,83 ± 5,00 (69,83)
	10	70,63 ± 6,01 (70,63)
	Standard (Durchschnitt)	68,10 ± 4,93 (68,10)
p-Wert		0,063

Tab.2 ISQ-Werte für die einzelnen Patienten, dargestellt als Mittelwert ± Standardabweichung (Median). Signifikante Unterschiede bei $p < 0,05$. Vergleich zwischen den Gruppen.

Ergebnisse

Radiologische Untersuchung

Die Abbildungen 1a bis d zeigen das CT eines Falls vor der Behandlung (a und c) und die radiologische Situation nach der Im-

plantation (b und d). Um die Implantate herum wurde kein Knochenverlust beobachtet und die Knochenhöhe blieb stabil. Die Tabelle 1 führt die Messwerte für die Abstände zwischen Implantatplattformen und erstem Knochenkontakt auf.

ISQ-Messungen

Die Tabelle 2 führt die ISQ-Werte für die Implantate am Tag der Insertion auf. Alle Implantate zeigten Werte über dem für diese Studie festgelegten Mindestwert (ISQ 65).

Tabelle 3

Eingriff	Patient	1 Monat	3 Monate	5 Monate	p-Wert
Lappenlos	1	0,23 ± 0,05 (0,23)	0,13 ± 0,05 (0,13)	0,05 ± 0,06 (0,05)	
	2	0,12 ± 0,06 (0,12)	0,10 ± 0,06 (0,10)	0,06 ± 0,07 (0,06)	
	3	0,15 ± 0,07 (0,15)	0,11 ± 0,05 (0,11)	0,02 ± 0,06 (0,02)	
	4	0,24 ± 0,06 (0,23)	0,13 ± 0,07 (0,13)	0,02 ± 0,03 (0,02)	
	5	0,23 ± 0,1 (0,23)	0,08 ± 0,03 (0,08)	0,05 ± 0,01 (0,05)	
	Lappenlos (Durchschnitt)	0,19 ± 0,06 (0,19)	0,11 ± 0,03 ^(a) (0,11)	0,04 ± 0,03 ^(b) (0,04)	^(a) 0,023 ^(b) 0,039
Standard	6	0,31 ± 0,16 (0,31)	0,19 ± 0,04 (0,19)	0,09 ± 0,12 (0,09)	
	7	0,33 ± 0,21 (0,33)	0,25 ± 0,14 (0,25)	0,11 ± 0,05 (0,11)	
	8	0,10 ± 0,01 (0,10)	0,11 ± 0,07 (0,11)	0,04 ± 0,01 (0,04)	
	9	0,18 ± 0,11 (0,18)	0,15 ± 0,12 (0,15)	0,09 ± 0,04 (0,09)	
	10	0,16 ± 0,03 (0,16)	0,12 ± 0,11 (0,12)	0,01 ± 0,03 (0,01)	
Standard (Durchschnitt)	0,21 ± 0,01 ^(a) (0,21)	0,16 ± 0,05 ^(b) (0,17)	0,06 ± 0,02 (0,06)	^(a) 0,014 ^(b) 0,033	

Tab. 3: Werte für die Sondierungsblutung (0 = keine, 1 = vorhanden) nach ein, drei und fünf Monaten, dargestellt als Mittelwert ± Standardabweichung (Median).

(a) Unterschiede signifikant bei $p < 0,05$ im Monatsvergleich zwischen Patienten.

(b) Unterschiede signifikant bei $p < 0,05$ im Vergleich zwischen chirurgischen Protokollen. Es erfolgte ein nicht-parametrischer Friedman-Test.

Tabelle 4

Eingriff	Patient	1 Monat	3 Monate	5 Monate	(a) p-Wert
Lappenlos	1	2,19 ± 0,22 (2,19)	2,21 ± 0,20 (2,21)	2,26 ± 0,19 (2,26)	
	2	2,24 ± 0,20 (2,24)	2,27 ± 0,23 (2,27)	2,30 ± 0,23 (2,30)	
	3	2,29 ± 0,18 (2,29)	2,31 ± 0,21 (2,31)	2,34 ± 0,20 (2,34)	
	4	2,33 ± 0,28 (2,33)	2,37 ± 0,26 (2,37)	2,40 ± 0,25 (2,40)	
	5	2,19 ± 0,22 (2,19)	2,21 ± 0,20 (2,21)	2,26 ± 0,19 (2,26)	
	Lappenlos (Durchschnitt)	2,24 ± 1,84 (2,24)	2,27 ± 0,18 (2,21)	2,31 ± 0,03 (2,31)	
Standard	6	3,41 ± 0,74 (3,41)	4,19 ± 1,03 (4,19)	4,21 ± 0,12 (4,21)	
	7	3,15 ± 1,21 (3,15)	4,11 ± 1,20 (4,11)	4,44 ± 1,05 (4,44)	
	8	4,32 ± 1,51 (4,32)	4,12 ± 0,13 (4,13)	4,01 ± 1,01 (4,01)	
	9	4,19 ± 1,33 (4,19)	3,32 ± 0,05 (3,32)	3,54 ± 0,09 (3,54)	
	10	3,14 ± 0,94 (3,14)	5,23 ± 0,14 (5,23)	4,39 ± 1,93 (4,39)	
Standard (Durchschnitt)	3,64 ± 1,02 ^(b) (3,64)	4,19 ± 1,05 ^(a) (4,20)	4,11 ± 1,02 ^(b) (4,11)	^(a) p = 0,029	
(b) p-Wert		0,041	0,013	0,033	

Tab. 4: Insertionstiefen in mm 1, 3 und 5 Monate nach der Implantation, dargestellt als Mittelwert ± Standardabweichung (Median). Es erfolgte ein nicht-parametrischer Friedman-Test. (a) Vergleich zwischen den Zeitpunkten für die einzelnen Techniken. (b) Vergleich zwischen den Protokollen.

Klinische Befunde und mukogingivale Analyse

Die Tabelle 3 führt die Zahnfleisch- und Blutungsindizes für alle Implantate auf. Kein Implantat wies Retraktionen auf oder ging verloren. Die Insertions-

tiefen sind in der Tabelle 4 aufgeführt. Verglichen mit der lappenlosen Gruppe wurden in der Standardgruppe größere Insertionstiefen beobachtet; es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Zeitpunkten

innerhalb der jeweiligen Gruppen. Zum Befundzeitpunkt wurden keine abnormen klinischen Endzündungen festgestellt. Es gab eine vollständige Adaptation der periimplantären Weichgewebe an die Krone und das Austrittsprofil der

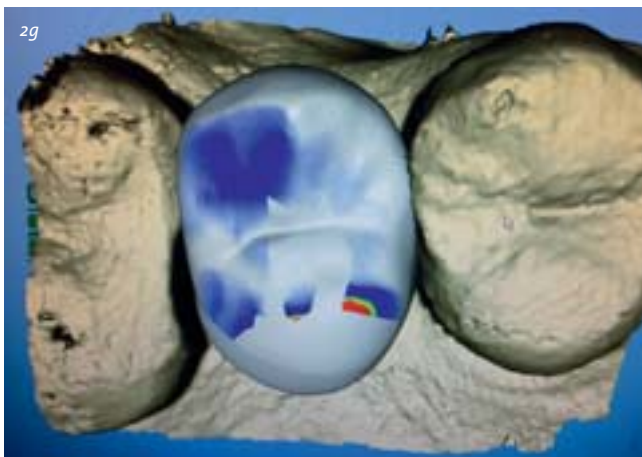


Abb. 2a bis 2h Lappenlose Technik: (a) Inzision mit einem zirkulären Skalpell. (b) und (c) Nahaufnahme der Abutmentpositionierung. (d) und (e) Nahaufnahme der Cerec-Abformung. (f) und (g) Erstellung der definitiven Cerec-Versorgung (Bilder aus dem 3D-Programm). (h) Eingliederung der definitiven Keramikkrone noch am Operationstag.



Abb. 3a bis c. Standardtechnik: (a) Lappenbildung und Präparation an der Implantationsstelle. (b) Nahaufnahme der Cerec-Abformung mit BioHPP SKY elegance-Abutment. (c) Nach der Aufnahme der definitiven Versorgung nach sechs Wochen Einheilzeit.

BioHPP SKY elegance-Abutments. Bei der lappenlosen Technik (Abb. 2) verlief der Heilungsprozess schneller als bei der Standardtechnik (Abb. 3), doch näherten sich die Ergebnisse gegen Ende an.

Diskussion

PEEK hat auf Gebieten wie der Orthopädie oder Traumatologie große wissenschaftliche Aufmerksamkeit auf sich gezogen. Seine Einsatzmöglichkeiten in der Zahnmedizin befinden sich noch in der Entwicklung; das Material wird bisher vor allem für Implantatabutments verwendet.

Es gibt Hinweise darauf, dass die physikalischen und mechanischen Eigenschaften des Materials es für die Nutzung in der Implantologie geeignet machen. Nach Elastizitätsmodul und Dauerstandfestigkeit könnte das Material für Implantatabutments zur Abstützung von Kronen geeignet sein [20].

Das BioHPP SKY elegance-Abutment interagiert perfekt mit dem periimplantären Gewebe, wie es die Abwesenheit von Schwellungen und die schnellere Heilung des Weichgewebes belegen. Diese Biokompatibilität ist eine der auffälligsten – und willkommensten – Erkenntnisse aus dieser Studie und aus einer Überprüfung der Literatur.

Es wurden in dieser Studie signifikante Unterschiede zwischen den Operationstechniken gefunden. Die lappenlose Technik war während des Heilungsprozesses günstiger und das mukogingivale Ergebnis lag näher am gesunden Gewebe als bei der Standardtechnik mit Lappenbildung.

Die Sofortversorgung kann das wiederholte Anschließen und Lösen von prothetischen Sekundärteilen, Gingivaformern und Schrauben, wie es in der implantologischen Standardtechnik erforderlich ist, unnötig machen. Erneutes Anschließen einmal entfernter Komponenten resultiert in Mikrobewegungen mit Kraftübertragung auf den Implantatthals und auf den Knochen in direktem Kontakt mit dem Implantat [21].

Die Zementierung mit einem Kompositzement sorgt für eine günstige Übertragung der okklusalen Kräfte über die Krone zum Abutment und zum Implantat bei ausreichender Bruchfestigkeit. Hallmann et al. [22] untersuchten die Zugfestigkeit von Zementen auf Kunststoffbasis in Kombination mit zusätzlichen Adhäsiven auf geätzten (mit Piranha-Lösung) oder unter Druckluft abgestrahlten PEEK-Oberflächen. Die Festigkeit der Verbindung war höher, wenn das Adhäsiv auf gestrahltes und geätztes (21,4 MPa) statt auf nur geätztes

(11,8 MPa) PEEK aufgebracht wurde. Auch hier könnte die vorherige Verwendung eines ungefüllten Kunststoffes Ursache für die höheren Werte sein.

Schlussfolgerungen

Innerhalb der Grenzen einer klinischen Pilotstudie, was die Stichprobengröße betrifft, kann man den Schluss ziehen, dass BioHPP SKY elegance-Abutments eine ideale Lösung in Fällen darstellen, in denen ein Implantat nach der Insertion mit einer definitiven Krone sofortbelastet wird. Es ist hoch biokompatibel mit hoher mechanischer und Biegefestigkeit sowie Elastizität und ermöglicht hochästhetische Ergebnisse. ■

Literatur bei der Redaktion

Kontakt

Professor José Eduardo Maté-Sánchez de Val, PhD, MSc, DDS

Cátedra Internacional de Investigación en Odontología, Biomaterials and Implants Research Group (MBIRC)

Universidad Católica
San Antonio de Murcia

Murcia/Spain

jemate@ucam.edu

Minimalinvasives Alveolenmanagement mit einem synthetischen Knochenzement und einer Ribose-kreuzvernetzten Kollagenmembran

Vereinfachte Alveolenversorgung mit verzögerter Implantation

Ein Beitrag von Dr. Beat Walkkamm

Die Kombination eines schnell-resorbierbaren synthetischen Knochenersatzmaterials mit einer Ribose-kreuzvernetzten Membran ermöglicht eine minimalinvasive regenerative Alveolenversorgung sowie eine rasche Implantation unter optimalem Erhalt der Hart- und Weichgewebestruktur.

Nach der Extraktion eines Zahns ist der dreidimensionale Erhalt von Hart- und Weichgewebe ausschlaggebend für das ästhetisch-funktionelle Ergebnis einer Implantattherapie. Nachfolgend dargestellt wird eine vereinfachte Technik der Socket Preservation, bei der mithilfe einer Ribose-kreuzvernetzten Kollagenmembran und einem vollsynthetischen Knochenersatzmaterial das gewünschte Ergebnis erzielt wird. Aufgrund der Materialkombination kann auf einen vollständigen Wundverschluss verzichtet, das keratinisierte Weichgewebe optimal erhalten und eine gute sowie schnelle knöcherne Konsolidierung des Extraktionsdefekts erzielt werden.

Problemstellung

Der Erhalt der roten und weißen Ästhetik ist das ästhetisch-funktionelle Ziel nach einer Zahnextraktion. Die Basis bildet ein ausreichendes Knochenangebot in vertikaler sowie horizontaler Dimension, welches das Weichgewebe bestmöglich unterstützt. Bekannt ist, dass nach einer Extraktion resorptive Umbauvorgänge in Gang gesetzt werden (*Schropp 2003, Araujo 2005*), die einen signifikanten Volumenverlust in der horizontalen (bis zu 6 mm) und in vertikalen Dimension (bis zu 4 mm) zur Folge haben (*Amler 1969, Nevins 2006*). Vor allem der Erhalt der vestibulären Knochenlamelle ist schwierig, da diese eine besonders starke Resorptionsneigung zeigt (*Smukler 1999,*

Araujo 2005). Allerdings spielt gerade die vestibuläre Knochenwand eine ausschlaggebende Rolle für den Weichgewebserhalt und für den Langzeiterfolg der Implantattherapie. Daher besteht das große Interesse darin, die resorptiven Umbauvorgänge zu unterbinden beziehungsweise zu reduzieren.

Versorgung der Extraktionsalveole

Behandlungsstandard der Implantattherapie nach einer Zahnextraktion ist die verzögerte Implantation. Diese erfolgt zirka vier bis acht Wochen nach der Ausheilung des Weichgewebes (*Chen 2004*). Um die resorptiven Vorgänge der Alveole abzuschwächen und eine ausreichende Hart- und Weichgewebesituation zu erreichen, ist in den meisten Fällen eine Augmentation des verloren gegangenen Knochengewebes notwendig. Diese Prozedur bedarf in der Regel eine entsprechende Lappentechnik zum spannungsfreien Verschluss der OP-Region.

Ein gängiges Konzept zum Erhalt der Hart- und Weichgewebestruktur unmittelbar nach der Zahnextraktion ist die Auffüllung der Extraktionsalveole mit einem Knochenersatzmaterial (Socket Preservation). Hierdurch sollen die Resorptionsvorgänge weitestgehend minimiert werden. Ziel ist das im Vergleich zur verzögerten Implantation vereinfachte chirurgische Vorgehen bei der Insertion. Die Implantatinsertion soll möglichst ohne zusätzliche augmentative und invasive chirurgische Maßnah-

men möglich sein. In tierexperimentellen Studien (zum Beispiel *Araujo 2008*) sowie in verschiedenen klinischen Studien konnte gezeigt werden, dass durch die Socket Preservation die bukkale Knochenwand zwar nicht in allen Fällen erhalten werden kann, wohl aber das Volumen der Alveole, das ohne diese Technik zu großen Teilen resorbiert worden wäre.

Im Vergleich zur verzögerten Implantation ohne zusätzliche augmentative Maßnahmen besteht ein Nachteil der Socket Preservation im Zeitverlust bis zur möglichen Implantation. Die knöcherne Re-Konsolidierung der Extraktionsalveole ohne Zugabe von Knochenersatzmaterial (KEM) bietet bereits nach fünf bis zehn Wochen eine substantielle Struktur und ist nach einem Zeitraum von zirka 16 Wochen abgeschlossen (*Chen 2004*). Die Konsolidierungsvorgänge einer mit KEM aufgefüllten Alveole sind im Vergleich dazu deutlich verlangsamt, insbesondere aufgrund der Augmentat-Integration respektive -Resorption. Die Insertion des Implantats kann in der Regel erst etwa sechs Monate nach der Extraktion vorgenommen werden (*Jung 2012*). Zudem ist bekannt, dass bei der Verwendung langsam resorbierender Knochenersatzmaterialien häufig eine ungenügende knöcherne Re-Konsolidierung der Alveole stattfindet, was auf eine bindegewebige Einscheidung der Partikel zurückzuführen ist (*Carmagnola 2003*). Es wäre also wünschenswert, ein Augmentationskonzept zur Alveolenversorgung zu haben, durch das ein aus-



Abb. 1 Röntgenologischer Befund:
Zahn 11 kann nicht erhalten werden



Abb. 2 und 3 Klinischer Befund: Gingivitis und dicker Phänotyp



reichender Volumenerhalt gewährleistet und zugleich eine Implantation ohne signifikanten Zeitverlust möglich ist.

Calciumsulfat-basierende Knochenersatzmaterialien

Es ist bekannt und nachgewiesen, dass Calciumsulfat-basierende (CS) Graft-Materialien ein schnelles Resorptionsprofil aufweisen. Die Geschwindigkeit der Knochenneubildung nach der Augmentation mit CS ist höher als die für die meisten anderen literaturbekannten Knochenersatzmaterialien – unabhängig von deren Ursprung (Thomas and Puleo 2008, Turri & Dahlin 2014, Toloue 2012, Collins 2014). Insbesondere bei der Versorgung von Extraktionsalveolen haben sich Calciumsulfat-basierende Ersatzmaterialien als effektiv erwiesen. Der Re-entry konnte bereits nach zirka drei Monaten post-OP erfolgen (Toloue 2012, Guarnieri 2004). Ein weiterer Vorteil ist die vereinfachte Applikation. Durch das Anmischen mit etwas Wasser entsteht eine Knochenpaste, die direkt in die Alveole injiziert werden kann.

Darstellung des Augmentationskonzepts

Nachfolgend vorgestellt wird die Verwendung eines resorbierbaren Knochenersatzmaterials auf Basis eines biphasischen Calciumsulfats in Kombination mit einem langsam resorbierendem Hydroxylapatit (HA)-Granulat (Bond Apatite, Regedent GmbH/Dettelbach). Dieses Material wird in einer Applikationsspritze

bereitgestellt und in der Spritze mit Flüssigkeit angemischt. Nach dem Einbringen der Knochenpaste härtet das Material – laut Herstellerangaben unabhängig von der Anwesenheit Blut oder Speichels – an Ort und Stelle aus. Es kann eine hohe Primärstabilität des Augmentats erzielt werden. Anhand eines Fallbeispiels wird ein minimalinvasives Augmentationskonzept dargestellt, das einen optimalen Weichgewebeerhalt ohne Verschiebung der Mukogingivalgrenze gewährleistet. Aus diesem Grund wurde ein lappenfreies Vorgehen (flapless approach) angestrebt.

Folgende Aspekte müssen berücksichtigt werden:

- Die Verwendung eines Knochenersatzmaterials ohne Membran führt häufig zu einem tieferen Einwachsen von Weichgewebe in das Augmentat. Daher wird eine Abdeckung des Knochenersatzmaterials empfohlen (Brkovic 2012).
- Beim Einsatz einer nicht resorbierbaren Membran kann es im Falle der Exposition zu schweren Komplikationen durch eine Infektion kommen (Darby 2009).
- Bei konventionellen resorbierbaren Membranen (zum Beispiel nativen Kollagenmembranen) führt eine bakterielle Kontamination, die bei Exposition nicht zu vermeiden ist, zu einer schnellen Resorption der Membran. Dies verhindert zwar eine Infektion, allerdings wird das Ziel der Membran – das Weichgewebe am Einwachsen in das Augmentat zu hindern – nicht erfüllt (Klinger 2010, Friedmann 2011).
- Die Resorptionszeit nativen Kollagens kann durch entsprechende Vernetzungs-

techniken erhöht werden (Rothamel 2005), wodurch ein deutlich verbessertes knöchernes Regenerationspotential gegeben ist (Goissis 1999). Jedoch wird eine erhöhte Kreuzvernetzung oftmals mit einer kompromittierten Biokompatibilität im Vergleich zu nativen Kollagenmembranen in Verbindung gebracht (Rothamel 2004 und 2005).

- Durch moderne Kreuzvernetzungstechniken, die auf der Verwendung des natürlichen Zuckers Ribose beruhen (Glykierung), ist es möglich, resorbierbare Membranen herzustellen, die ein verlängertes Barriereprofil (bis zu sechs Monaten) und eine hohe Bioverträglichkeit aufweisen (Zubery 2007 und 2008).
- Ribose-kreuzvernetzte Membranen zeigen auch im Fall einer Exposition eine deutlich verlängerte Stabilität zu nativen beziehungsweise chemisch kreuzvernetzten Membranen auf (Klinger 2010).

Im beschriebenen Patientenfall wurde ein minimalinvasiver Weg ohne Lappenmobilisation gewählt und das synthetische zementartige Knochenersatzmaterial mit der Ribose-kreuzvernetzten Ossix Plus Membran (Regedent GmbH/Dettelbach) abgedeckt.

Fallpräsentation

Ein 61-jähriger Patient stellte sich mit einem nicht erhaltungsfähigen Zahn 11 vor. Der Zahn ist vor etwa 30 Jahren durch einen Unfall ladiert worden und zeigte aktuell Resorptionen und Karies (Abb. 1 bis 3). Der Behandlungsplan sah die Ex-
traktion des Zahns mit simultaner Aug-



Abb. 4 Atraumatische Extraktion des Zahns 11

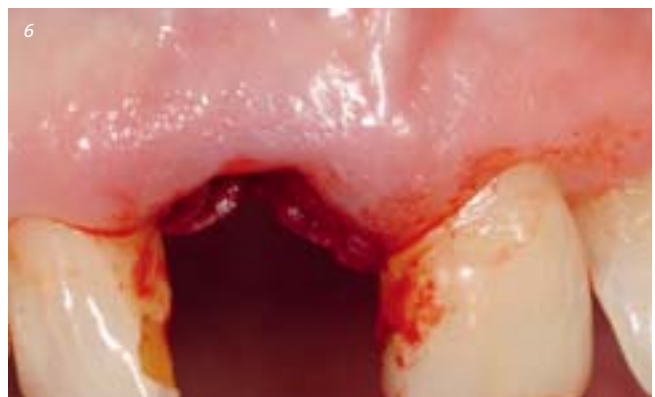


Abb. 5 und 6 Die Situation nach der Extraktion: Es sind knöchernen Dehiszenzen in der bukkalen Lamelle erkennbar.



Abb. 7 Pastöser Knochenzement auf Calciumsulfat-Basis vor der Applikation



Abb. 8 Extraktionsalveole nach dem Auffüllen mit Bond Apatite (Regedent)

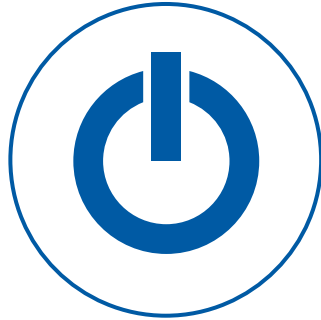


Abb. 9 Durch eine sanfte Kompression des Knochenersatzmaterials mit steriler Wundgaze wird die Aushärtung des Ersatzmaterials unterstützt.

mentation des Knochendefekts und eine spätere Implantatinsertion vor. Zunächst erfolgte eine atraumatische Extraktion (Abb. 4). Da die bukkale Lamelle mehrere Knochendehiszenzen aufwies, war eine simultane Implantatinsertion nicht möglich (Abb. 5 und 6). Um einen vollständigen Kollaps der Alveole zu vermeiden und das vorhandene Weichgewebe bestmöglich zu stützen, wurde in der gleichen Sitzung

ein Knochenaufbau vorgenommen. Nach der gründlichen Kürettage der Alveole wurde der Knochendefekt ohne Lappenpräparation mit einer Mischung eines resorbierbaren biphasischen Calciumsulfat-Zements und dem langsam resorbierbaren Hydroxylapatit (Bond Apatite) aufgefüllt (Abb. 7 bis 9). Anschließend wurde die Alveole mit der Ossix Plus Membran abgedeckt (Abb. 10) und die Membran

sowohl palatinal als auch bukkal unter den minimal elevierten Mukoperiostlappen geschoben (Abb. 11). Aufgrund des langanhaltenden Barriereprofils wurde bewusst auf die Erzielung eines vollständigen Wundverschlusses verzichtet. Durch dieses minimalinvasive Behandlungsprotokoll sollte die Präparation eines koronalen Verschiebelappens durch Mobilisationstechniken – zum Beispiel einer ▶



**Einfach mal abschalten.
Wir kümmern uns
um den Rest.**

Ihr erfahrener Experte
in der zahnärztlichen Abrechnung.
Sprechen Sie uns an!

Telefon: 0711 96000-240
E-Mail: einfach@dzr.de

———— Die zahnärztlichen Rechenzentren ————

DZR ABZ HZA FRH

———— der Dr. Güldener Firmengruppe ————



Abb.10 Konturierte Ossix plus Membran (Regedent) zum minimalinvasiven Verschluss der augmentierten Alveole

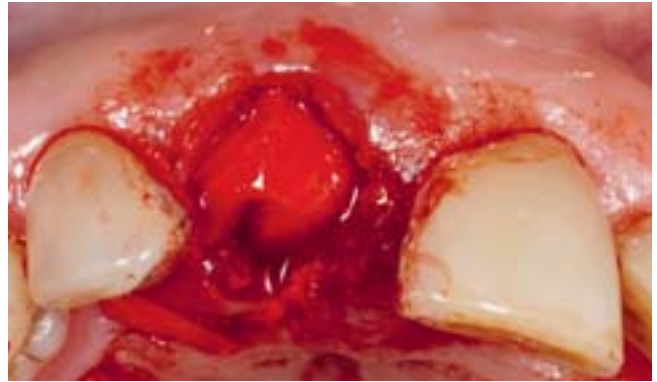


Abb.11 Extraktionsalveole nach Membranabdeckung



Abb.12 Fixation der Membran mit der Kreuznahttechnik (Triple-Sling-Suture (TSS))

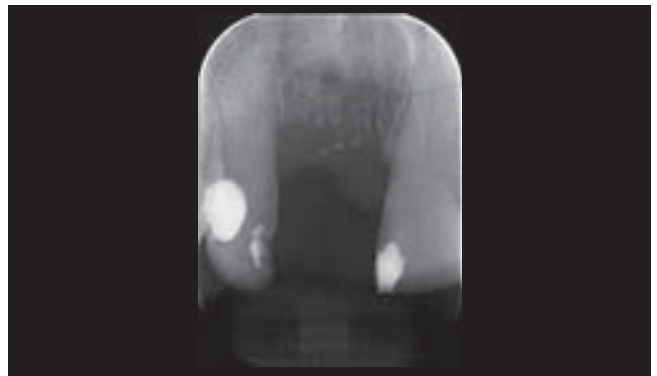


Abb.13 Röntgenologischer Befund nach der Augmentation des knöchernen Defekts



Abb.14 und 15 Situation sieben Tage nach der Extraktion und Augmentation: Befundlose Primärheilung. Mit dem Langzeitprovisorium (provisorische Klebebrücke) wird der Extraktionsdefekt geschützt.



Periostschlitzung – sowie eine etwaige vertikale Entlastungsinzision vermieden und das keratinisierte Gewebe erhalten werden. Die Stabilisierung der Membran erfolgte mit mehreren Kreuznähten. Im koronalen Bereich war somit ein Teil der Membran exponiert (Abb.12).

Der Patient wurde angewiesen, bis zum vollständigen Wundverschluss dreimal

täglich mit einer 0,2-prozentigen Chlorhexidin-Lösung zu spülen und ein mechanisches Trauma im Wundgebiet zu vermeiden. Für die provisorische Versorgung von regio 11 wurde eine Klebebrücke eingebracht, die zugleich dem Schutz der exponierten Membran diene. Die Abbildungen 14 und 15 zeigen die Situation eine Woche nach der Extraktion und Augmentation. Das umliegende Weichgewebe ist

entzündungsfrei. Die Nähte wurden eine Woche nach der Extraktion entfernt. Die weitere Einheilphase und die Epithelisierung der exponierten Membran verliefen unauffällig und ohne Irritationen. Nach 2,5 Monaten konnte das Implantat inseriert werden. Es zeigte sich ein gesundes Weichgewebe mit ausreichend keratinisierter Gingiva (Abb.16). Der ehemalige Extraktionsdefekt beziehungsweise ▶



Folgen Sie der natürlichen Form

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

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

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

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

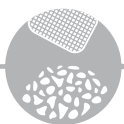
Weitere Informationen finden Sie unter
www.jointheev.de



STEPPS™



SIMPLANT™



SYMBIOS™



ANKYLOS™



ATLANTIS™

**ASTRA TECH
IMPLANT SYSTEM**

XiVE™



Abb.16 Situation 2,5 Monate nach der Exztraktion und Augmentation: Gesundes und ausreichend keratinisiertes Weichgewebe. Es sind keine Resorptionszeichen erkennbar.



Abb.17 Situation nach der Freilegung: Ausreichend vorhandenes vitales Knochenvolumen, guter Alveolarkammerhalt. Kleine vertikale Entlastung

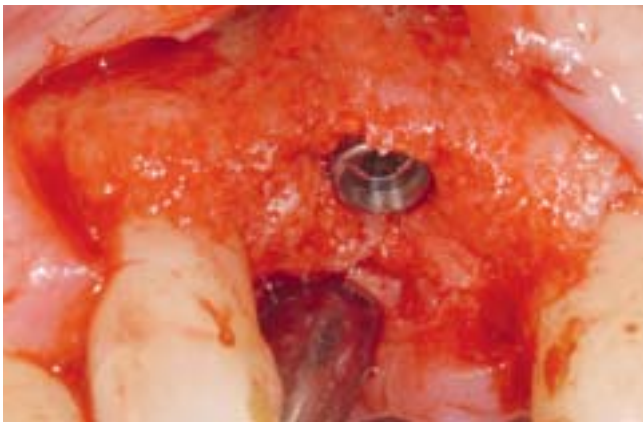


Abb.18 Das Implantat (Straumann Bone Level, 3,3 mm NC, 10 mm) kann mit ausreichender Primärstabilität inseriert werden. Disto-bukkal erfolgte ein kleiner Aufbau mit Eigenknochen-Spänen und Kollagenmembran.



Abb.19 Wundverschluss nach Implantatinserktion



Abb.20 Röntgenologischer Befund nach Implantatinserktion

das Implantatbett war trotz der kurzen Zeit beinahe vollständig knöchern konsolidiert. Es waren keine Anzeichen eines krestalen Volumenverlusts erkennbar (Abb.17). Das Implantat konnte primärstabil inseriert werden (Abb.18 bis 20).

Zusammenfassung

Die langanhaltende Barrierefunktion der Ossix Plus-Membran bewirkt eine Resistenz gegenüber einer vorzeitigen Degradation der Membran. Trotz Exposition findet auch bei einer freiliegenden Membran ein sekundärer Wundverschluss durch Epithelisierung statt. Durch die Kombination mit einem schnell resorbierenden biphasischen Calciumsulfat (Bond Apatite) kann für bestimmte Indikationen

eine vereinfachte Alveolenversorgung mit verzögerter Implantation bereits nach weniger als drei Monaten ohne zusätzliche augmentativen Maßnahmen erzielt werden. Sowohl das alveoläre Knochenvolumen als auch das keratinisierte Gewebe wird während des Knochenaufbaus optimal erhalten. ■

Literatur bei der Redaktion

Kontakt

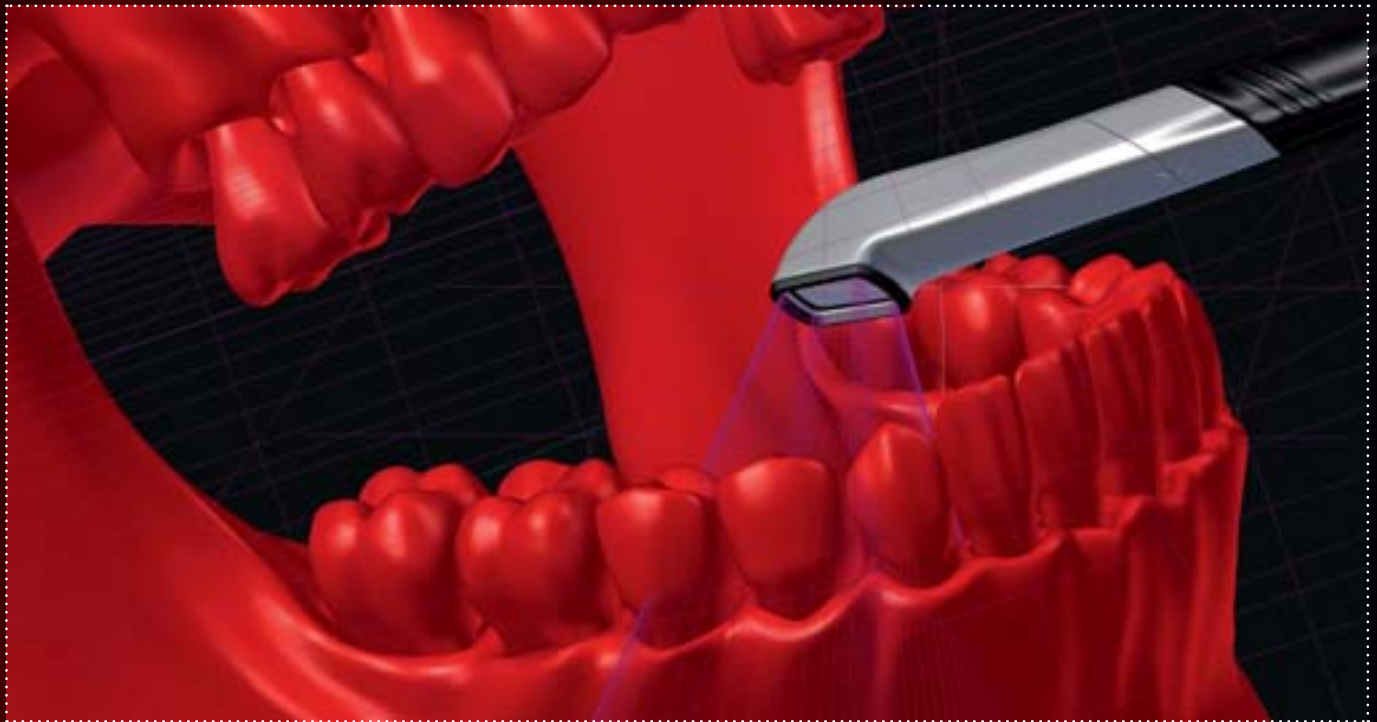
Dr. Beat Walkamm
Farbgasse 26
CH-4900 Langenthal



konkret

Journal für die implantologische Praxis

FOKUSTHEMA



CAD/CAM-Chairside

FOKUS: Digitale Möglichkeiten

Innenansicht eines Zahns:
**Revolution in der
Computertomografie?**

Seite 88

Digital Workflow:
**Digitales Arbeiten
braucht Erfahrung**

Seite 90

„Alles digital“:
**Herstellung von
Suprakonstruktionen**

Seite 94

FOKUSTHEMA

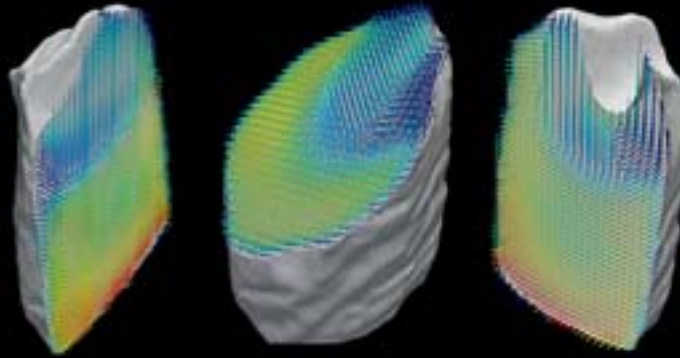


Foto: Schaff et al./Nature

Darstellung der Orientierung der Kollagenfasern innerhalb einer Zahnprobe. Die Einzeldaten wurden mit Röntgenstreuung-CT aufgenommen und daraus eine dreidimensionale Nanostruktur der Probe berechnet.

Revolution in der Computertomografie?

Innenansicht eines Zahns

Sowohl in der Materialforschung als auch in der biomedizinischen Forschung ist es wichtig, kleinste Nanostrukturen zum Beispiel in Knochen oder Kohlefaserwerkstoffen darzustellen. Ein Team der Technischen Universität München (TUM), der Universität Lund (Schweden), der Charité Berlin und des Paul Scherrer Instituts in der Schweiz (PSI) haben ein neues Computertomografieverfahren entwickelt, das nicht die Absorption, sondern die Streuung von Röntgenstrahlen nutzt. Mit dieser Methode können erstmals Nanostrukturen in millimetergroßen Objekten dargestellt werden. Die Forscher machten damit die dreidimensionale Struktur von Kollagenfasern in einem Stück des menschlichen Zahns sichtbar.

Die Röntgen-Computertomografie gibt es bereits seit den Sechzigerjahren: ein Objekt wird aus verschiedenen Richtungen mit Röntgenstrahlen durchleuchtet und ein Computer generiert aus diesen Einzelbildern ein dreidimensionales Bild des Objekts. Hierbei wird die unterschiedliche Absorption von Röntgenstrahlen in verschiedenen Materialien als Kontrast verwendet. Die neue Methode, die Prof. Dr. Franz Pfeiffer, Professor für Biomedizinische Physik an der TU München, und sein Team entwickelt haben, nutzt aber nicht die Absorption der Strahlen, sondern deren Streuung. Die Ergebnisse konnten sie jetzt in der Fachzeitschrift „Nature“ veröffentlichen.

Streuung liefert detailliertes Bild der Nanostrukturen

Prinzipiell verhalten sich Röntgenstrahlen wie Licht mit sehr kleiner Wellen-

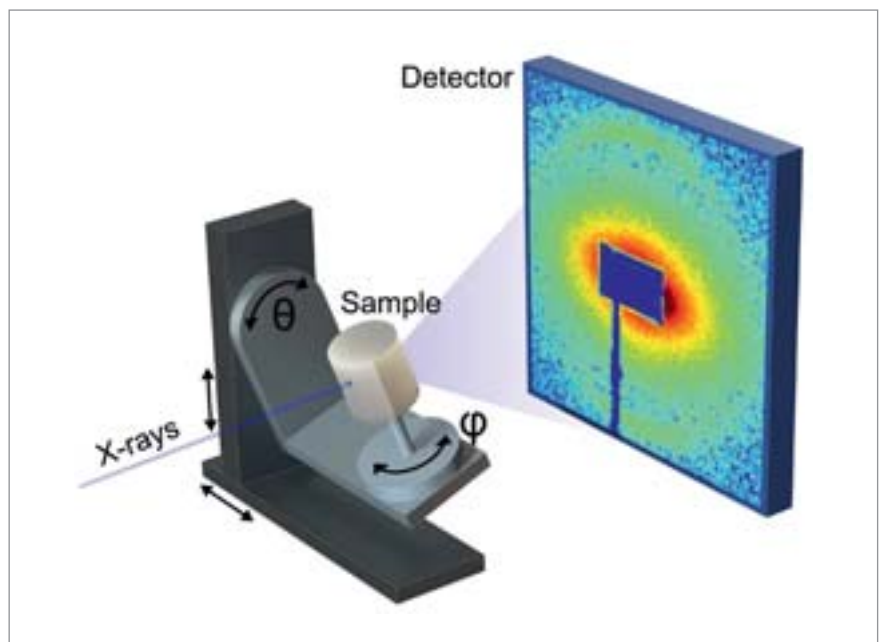


Foto: Schaff et al./Nature

Schematische Darstellung des Versuchsaufbaus. Ein dünner Röntgenstrahl wird verwendet in jedem Punkt ein Streubild aufzunehmen. Die Probe wird außerdem um zwei Achsen gedreht, um aus möglichst vielen verschiedenen Richtungen Bilder aufzunehmen. Ein Computeralgorithmus errechnet danach aus allen so aufgenommenen Bildern die lokale, dreidimensionale Nanostruktur der Probe.

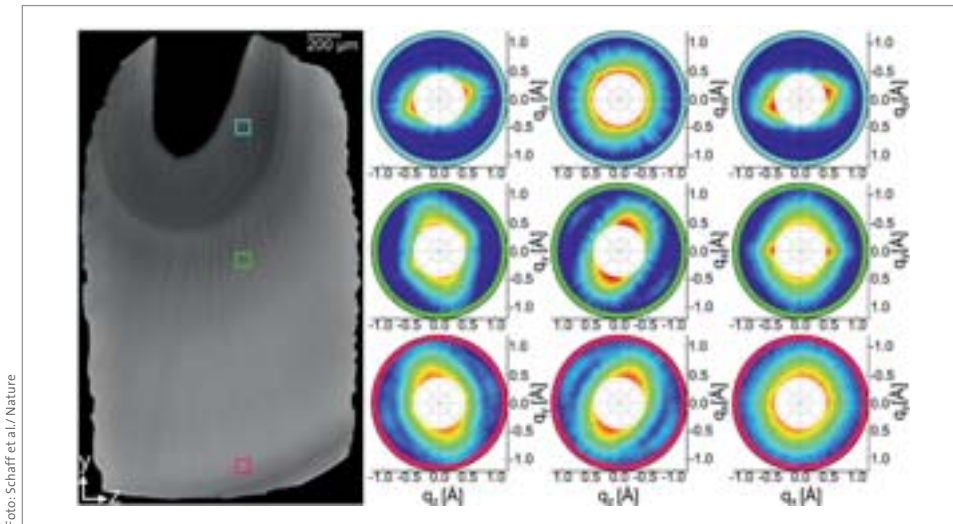


Foto: Schaff et al./Nature

Erste Ergebnisse der Methode für eine Zahnprobe. Anstatt einem einzigen Wert, wie bei der konventionellen Computertomographie (CT), errechnet die neue Methode eine Vielzahl von Werten für jeden einzelnen Punkt innerhalb des Objektes. Auf der linken Seite ist ein Bild eines hochaufgelösten Standard CTs zu sehen. In blau, grün und rosa sind auf der linken Seite drei Regionen markiert. Auf der rechten Seite sind die entsprechenden Streusignale der markierten Regionen abgebildet, die mit der neuen Röntgenmethode gemessen wurden.

länge. Damit lasse sich, so die TU München, auch die neue Methode erklären: „Strahlt man Licht auf eine strukturierte Oberfläche, beispielsweise die einer CD, entsteht in der Reflexion ein charakteristisches Regenbogenmuster. Obwohl man die feinen Rillen der CD nicht direkt sehen kann, werden so durch die Ablenkung der Lichtstrahlen – auch Streuung genannt – indirekt Informationen über die Beschaffenheit des Objekts bekannt.“

Der gleiche Effekt kann auch mit Röntgenstrahlung beobachtet werden – und das haben die Wissenschaftler für ihre Methode genutzt. Der Vorteil von Röntgenstrahlen gegenüber sichtbarem Licht, ist die Möglichkeit, Material zu durchdringen und so detaillierte Informationen aus dem Objektinneren zu liefern. Die Forscher haben diese dreidimensionale Streuinformation jetzt mit der Computertomografie (CT) kombiniert.

Das konventionelle Tomografieverfahren errechnet für jeden dreidimensionalen Bildpunkt innerhalb eines Objekts, einem sogenannten Voxel, also genau einen Wert. Das neu entwickelte Verfahren erlaubt es nach Angaben der TU München, jedem Voxel eine Vielzahl von Werten zuzuordnen, da das Streulicht aus unterschiedlichen Richtungen kommt. „Durch diese zusätzlichen Informationen können wir erheblich mehr über die Na-

nostruktur eines Objekts lernen, als mit herkömmlichen Tomografieverfahren. Über die indirekte Messung der Streuung lassen sich jetzt auch sehr kleine Strukturen darstellen, die vorher zu klein für eine direkte räumliche Auflösung waren“, erklärt Prof. Pfeiffer.

Details aus dem Zahninneren

Für Demonstrationszwecke untersuchten die Wissenschaftler ein rund drei Millimeter großes Stück menschlichen Zahns. Ein Großteil eines menschlichen Zahns besteht aus Dentin. Dieser besteht zu einem großen Teil aus mineralisierten Kollagenfasern, deren Struktur hauptverantwortlich für die mechanischen Eigenschaften des Zahns ist. Die Wissenschaftler konnten dieses winzige Fasergeflecht jetzt sichtbar machen.

Insgesamt wurden annähernd 1,4 Millionen Streubilder aufgenommen, bei denen das Streulicht aus unterschiedlichen Richtungen kam. Die einzelnen Streubilder wurden anschließend mit einem eigens entwickelten Algorithmus verarbeitet, um schrittweise eine komplette Rekonstruktion der dreidimensionalen Streuverteilung zu erstellen. „Unser Algorithmus berechnet für jedes Streubild individuell die exakte Richtung der Streuinformation und erstellt danach Gruppen gleicher Streurichtung. Damit lassen sich die aufge-

nommenen Strukturen rekonstruieren“, erklärt Martin Bech, ehemaliger PostDoc der TU München und jetzt Assistenz-Professor an der Universität Lund.

Somit konnte erstmals die dreidimensionale Orientierung der Kollagenfasern innerhalb einer Probe dieser Größe klar dargestellt werden. Die Ergebnisse sind in Einklang mit dem bisherigen, aus dünnen Schnitten gewonnenen Wissen über die untersuchten Strukturen. „Für große Objekte eignet sich nach wie vor ein hochentwickeltes CT-Verfahren besser. Die Darstellung von Strukturen im Nanometerbereich in millimetergroßen Objekten ist aber erst durch unsere neue Methode in dieser Präzision möglich“, erklärt Florian Schaff, Erstautor der Publikation. ■

RED

Source: TU München

Publikation

Florian Schaff, Martin Bech, Paul Zaslansky, Christoph Jud, Marianne Liebi, Manuel Guizar-Sicairos und Franz Pfeiffer, Six-dimensional real and reciprocal space small-angle x-ray scattering tomography, Nature, 19. November 2015.

DOI: 10.1038/nature16060

<http://www.nature.com/nature/journal/v527/n7578/full/nature16060.html>



Fürstbischöfliches Schloss Münster

2. Fachkongress Digital Workflow in Münster

Potenzial für erfahrene Anwender

Wie die Schnittstellen zwischen Diagnostik, Planung und Therapie zu einem kompletten Workflow auf digitaler Datenbasis zusammengefasst werden können, war Thema der verschiedenen Referate des 2. Fachkongresses Digital Workflow, der am 25. und 26. September 2015 in Münster stattfand. Besonderes Augenmerk lag auf funktionellen und implantatprothetischen Aspekten sowie auf der Zusammenarbeit mit Kieferorthopädie.

Prof. Dr. Bernd Kordaß (Universität Greifswald), formulierte in seinen einleitenden Worten als Moderator das Ziel des Kongresses: Darstellen, „wie wir in der restaurativen Zahnmedizin und Zahntechnik künftig mit der fortschreitenden Digitalisierung umgehen und was wir damit anfangen können und wollen“. Für ihn verbindet sich CAD/CAM mit der Vision einer vernetzten, digitalen Zahnmedizin und Zahntechnik mit intra- und interdisziplinären Schnittstellen.

Nach der Begrüßung durch den Veranstalter, Zahntechniker *Manfred Läkamp*, (Ostbevern), stellte *Prof. Dr. Bernd Kordaß* (Universität Greifswald) in seinem Eröffnungsreferat den „Mehrwert“ digitaler Technologien bei der Rehabilitation einer funktionellen Okklusion heraus. Im virtuellen Artikulator ließen sich die Bewegungsabläufe eingescannter Zahnreihen „live“ am Computerbildschirm verfolgen

und könnten so für eine optimale Rehabilitation analysiert werden. Mit einem konsequent funktionsorientiert-digitalen Workflow – soweit derzeit technisch möglich – biete sich die Chance, der okklusalen Dimension näher kommen zu können.

Prof. Dr. Dr. Ingrid Grunert (Universität Innsbruck, Österreich) referierte über digitale Herstellung von Totalprothesen. Zwar könne man bei der Abformung, der Zahnaufstellung im virtuellen Artikulator und der Herstellung bereits digitale Verfahren anwenden, ein „kompletter digitaler Workflow ist aber derzeit noch nicht möglich.“ Bei gedruckten Totalprothesen scheint die „okklusale Korrektheit noch ein Problem zu sein“, was die Anfertigung von Probeprothesen erforderlich mache.

Der Zahnarzt *Gerd Christiansen* (Ingolstadt) beschrieb anhand seiner „Condy-

lographie-Kaskade – von CAD/CAM über Screening und Diagnostik zur Therapie“ die Vorteile einer computergestützten Funktionsanalyse. Bereits an den Artikulatorwerten wie horizontale Kondylenbahnneigung, immediate Sideshift und Bennettkurvatur ließen sich Hinweise auf eine mögliche manifeste oder latente Dysfunktion ablesen und eine entsprechende Therapieentscheidung ableiten.

Laut *Prof. Dr. Dr. Ulrich Meyer* (Universität Düsseldorf) wird die navigierte Implantologie in Zukunft einen immer größeren Stellenwert in der Implantattherapie einnehmen. Mit der Anwendung der dreidimensionalen Darstellung und des digitalen Workflows würden sich neue Möglichkeiten der Diagnostik, Behandlungsplanung und prothetischen Präzision in der Implantologie ergeben. Hierbei sei die Optimierung der Schnittstellen zwischen Befunderhebung (DVT), Implan-

FOKUSTHEMA



Fotos: Fotolia.com / Blacky

tatpositionierung, digitaler Abformung und Fertigung der prothetischen Arbeit die aktuelle Herausforderung.

Für *Prof. Dr. Sven Reich* (Universitätsklinikum Aachen) erschöpft sich die digitale Abformung nicht nur in Zeitersparnis. Sie ermögliche vielmehr das sequentielle Vorgehen bei der Abformung sowie sofortige Analyse-, Modifikations- und Fusionsoptionen von intraoralen 3D-Daten am Bildschirm, was wiederum am Behandlungsstuhl zu erhöhter Qualitätssicherheit und Stressfreiheit führt. Weitere vielversprechende Optionen lägen in den Registriermöglichkeiten mit anderen bildgebenden Verfahren.

Der Kieferorthopäde *Prof. Dr. Werner Schupp* (Köln) zeigte, wie auch zuvor *Dr. Kenji Ojima* (Tokyo/Japan), wie mittels der ClinCheck-Software (Align-Technology, Köln) kieferorthopädisches Backward Planning möglich wird. Die Software erlaubt eine computergestützte, dreidimensionale Simulation der gewünschten Zahnbewegungen. Damit bietet sich die Möglichkeit, interdisziplinär im Team zusammen mit dem behandelnden Zahnarzt und dem Zahntechniker das kieferorthopädische Behandlungsergebnis als optimale Ausgangssituation für weitere zahnärztliche Maßnahmen, nicht zuletzt eine Implantation, zu erstellen.

Für *Ztm. Michael Polz* (Nürnberg) „basiert der gesamte digitale Workflow auf analogem

Implantat-Design und Prothetik

Entdecken Sie unsere
neuesten Entwicklungen!

BruxZir®
Solid Zirconia



NEU!

HAHN™
TAPERED IMPLANT



Industry Standard
Conical Connection

INCLUSIVE®
PROSTHETIC COMPONENTS

INCLUSIVE®
TAPERED IMPLANT SYSTEM



Industry Standard
Internal Hex Connection

+49 (0) 69 - 2475 144 30

www.glidewell dental.de
orders@glidewell dental.de

GLIDEWELL DIRECT EUROPE
CLINICAL AND LABORATORY PRODUCTS

FOKUSTHEMA



Hochkonzentrierte ...



... und gut gelaunte Teilnehmer.



Manfred Läkamp (li.) und Dr. Wolfgang Boisserée (re.)



Gerd Christiansen (li.) diskutiert mit Teilnehmern.

Fotos: Bernd Overwien

Können“. Für eine „top-prothetische Versorgung“ müsse das analog-handwerkliche Vorgehen digital umgesetzt werden. Dazu zähle auch die Erfassung des räumlichen Bewegungsfeldes auf den Okklusalfächen und ihre Reproduzierbarkeit im virtuellen Artikulator über den okklusalen Kompass. *Enrico Steger* (Italien) zeigte den Entwicklungsstand moderner zahntechnischer Komponenten wie dem Gesichtsscanner, das Plane-System von *Udo Plaster*, zur Bestimmung der Okklusionsebene samt der neuen Möglichkeit, darüber in Verbindung mit dem JMA+analyser (Schütz Dental, Rosbach) die Bewegungsabläufe in einem virtuellen Artikulator reproduzieren zu können, Zirkonoxid als Sekundärstruktur auf einer PEEK-Primärstruktur oder die Möglichkeit, keramische Einzelkronen auf Stegkonstruktionen mit vorgefrästen Stümpfen aufzubringen.

Ztm. Vincent Fehmer (Universität Genf) lotete die Möglichkeiten und Grenzen digitaler Technologien im klinischen und zahntechnischen Alltag aus. Hervorzuheben seien unter anderem die erweiterten

Diagnosemöglichkeiten und die optimierte prätherapeutische Entscheidungsfindung durch gefräste oder gedruckte Mock-ups sowie eine Kostensenkung durch kürzere Fertigungszeiten. Kritisch merkte er den noch schmalen Indikationsbereich, die Schnittstellenproblematik und die Kosten an.

Welche Möglichkeiten in der ästhetischen Rehabilitation sich mit einem Gesichtsscanner eröffnen, demonstrierten *Dr. Wolfgang Boisserée M.D.Sc.* (Köln), *Ztm. Max Meinzer* und *Ztm. Sergej Pede* sowie *Manfred Läkamp* (alle Ostbevern). Mit dem Face Hunter 3D (Zirkonzahn) könne das Gesicht direkt in Bezug zu den gescannten Modellen „gematched“ werden. Auf Basis dieser Planungsdaten ließen sich Kunststoff-Mock-ups frästechnisch anfertigen, um die Akzeptanz des Patienten mit seiner künftigen Versorgung zu testen.

Die konzentrierte Anspannung lockerte *Prof. Dr. Bernd Kordaß* mit seinem Abschlussreferat auf. Die digitale Optimierung der Biomechanik mit CAD/CAM sei

die eine, ein gutes „Beißgefühl“ des Patienten, seine somatosensorische Wahrnehmung die andere Seite einer oralen Rehabilitation. Anhand von Studien mit funktionellem MRT (fMRT) machte er diese neurophysiologischen „Innenansichten“ sichtbar. Ziel einer oralen Rehabilitation müsse das Finden der „okklusalen Heimat“ des Patienten sein.

In Summe eine gelungene Veranstaltung, die einmal mehr zeigte, in welchem großem Umfang das dentale Team aus Zahnarzt und Zahntechniker bereits heute durch den digitalen Workflow unterstützt werden kann. Um dieses „digitale“ Potenzial, das sich ständig weiter entwickeln wird, auch wirklich ausschöpfen zu können, braucht es – das machte der Kongress deutlich – erfahrene Anwender, die ihr „analoges Handwerk“ beherrschen und auch interdisziplinär „über den Teller- rand“ schauen. ■

Michael Mitteregger

over
10 years
of Long
term
data



For Dentists By Dentists

Interne, doppelte konische Verbindung

Verteilt die Belastung gleichmäßig auf das Implantat.
Minimierung von Mikrobewegungen und marginalem Knochenverlust.

S.L.A. Oberflächenbehandlung

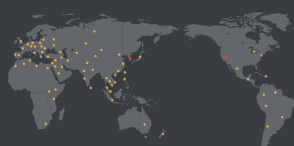
Sandgestrahlt mit großer Körnung und säuregeätzt.

Größerer Knochen-zu-Implantat Kontakt

Beschleunigt die Osseointegration auf der Oberfläche.

Optimales Gewindedesign

Reduziert den Stress auf den kortikalen Knochen und minimiert den Knochenverlust.
Steigert die Initialstabilität und sorgt für eine hermetische Versiegelung.



Mögliche digitale Abläufe bei der Herstellung von implantatgetragenen Suprakonstruktionen

CAD/CAM-Technologien im implantatprothetischen Behandlungsablauf

Dr. Steffen Kistler¹, Dr. Frank Kistler¹, Jo Miller², Stephan Adler³
und PD Dr. Jörg Neugebauer^{1,4}

Dank moderner CAD/CAM-gestützter Fertigungstechnologien kann der implantatprothetische Behandlungsablauf zwischen Zahnarzt, Zahntechniker und Patient optimiert und zugleich eine sehr hohe Präzision erreicht werden. Das Autorenteam beschreibt digitale Fertigungsvarianten für implantatprothetische Restaurationen.

In der dentalen CAD/CAM-Technologie gab es in den vergangenen Jahren erhebliche Entwicklungssprünge. Mittlerweile wird sie routinemäßig im implantatprothetischen Behandlungsablauf eingesetzt [1, 14]. Für die Herstellung der Suprakonstruktion haben sich zwei Vorgehensweisen etabliert:

1. Chairside-Systeme mit intraoraler Datenerfassung und praxisseitiger Konstruktion.
2. Speziell auf das Dentallabor zugeschnittene CAD/CAM-Systeme mit den Optionen der Inhouse-Fertigung und dem Outsourcing an zentrale Fertigungsstätten.

Je nach Indikation und Komplexität der geplanten implantatprothetischen Versorgung eröffnen sich dem Zahnarzt durch eine vorausplanende Zusammenarbeit (Backward Planning) mit dem Zahntechniker verschiedene Möglichkeiten, den implantatchirurgischen Eingriff vom Ablauf her anzupassen und individuell für den Patienten zu optimieren.

Einzelzahnversorgung

Die Sofortimplantation hat sich als zeitsparendes und den Behandlungsumfang reduzierendes Verfahren bewährt [17]. Sind die entsprechenden Voraussetzungen gegeben, kann das Implantat unmittelbar nach der Zahnentfernung eingebracht werden (Abb. 1). Kleinere Inkongruenzen zwischen Alveole und Implantatkörper werden durch augmentative Maßnahmen ausgeglichen, ohne dass es zu größeren physiologischen Umbauprozessen kommt und die Gewebestabilität des periimplantären Lagers beeinträchtigt wird. Für die Augmentation des Spalts kann ein osteokonduktives Knochenersatzmaterial dienen. Wird ein biphasisches Material (Symbios, Dentsply Implants) mit einem hohen Anteil an Tricalciumphosphat (β -TCP) verwendet, ist eine schnelle Konsolidierung des Knochens zu erwarten (Abb. 2 und 3). Durch den geringeren Anteil an Hydroxylapatit (HA) wird eine ausreichende Volumensstabilität gesichert [7].

Provisorische Versorgung

Die provisorische Versorgung ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor für den Therapieerfolg. Das Provisorium kann im Vorfeld basierend auf einer klassischen Abformung vorbereitet werden. Hierfür muss im Labor zunächst die Abformung gescannt, im weiteren Verlauf der zu extrahierende Zahn radiert und das Modell erneut digitalisiert werden. Der Zahntechniker verfügt nun über die geeigneten Vorlagen und kann die gewünschte Konstruktion anfertigen.

Neben den klassischen Provisorien für eine Sofortversorgung, die auf einem temporären Aufbau erstellt werden, haben sich für eine belastungsfreie Einheilung modifizierte Klebebrücken etabliert [6]. Die Brücken werden entweder Chairside oder im Labor mit oralen und dezenten vestibulären Flügeln hergestellt (Abb. 4). Nachdem das inserierte Implantat mit einer Verschlusschraube abgedeckt wurde, kann die Brücke als Schmetterlingsbrücke an den Nachbarzähnen

¹ Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis · Dres. Bayer, Kistler, Elbertzhagen und Kollegen · Von-Kühlmann-Straße 1 · 86899 Landsberg am Lech
Fon +49 8191 947666-0 · Fax +49 8191 947666-95 neugebauer@implantate-landsberg.de · www.implantate-landsberg.de

² Miller-Schmuck Dental GmbH · Klausenberg 8 · 86199 Augsburg

³ Implant Dental GmbH · Von-Kühlmann-Straße 1 · 86899 Landsberg am Lech

⁴ Interdisziplinäre Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie der Universität zu Köln
Direktor: Univ.-Professor Dr. Dr. J. E. Zöller · Kerpener Straße 32 · 50931 Köln



Abb. 1 Insertion eines Schraubenimplantats inklusive Verschluss-Schraube (Xive, Dentsply Implants/Mannheim) in regio 14 im palatinalen Bereich



Abb. 2 Augmentation der periimplantären Hohlräume mit HA/TCP-Knochenersatzmaterial (Symbios, Dentsply Implants/Mannheim)

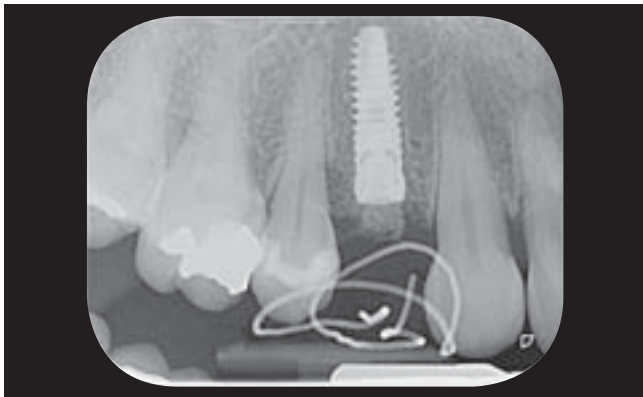


Abb. 3 Radiologische Kontrolle mittels Zahnfilm und eingelegtem Baumwolltupfer zur Darstellung des eingebrachten Implantats und Knochenersatzmaterials

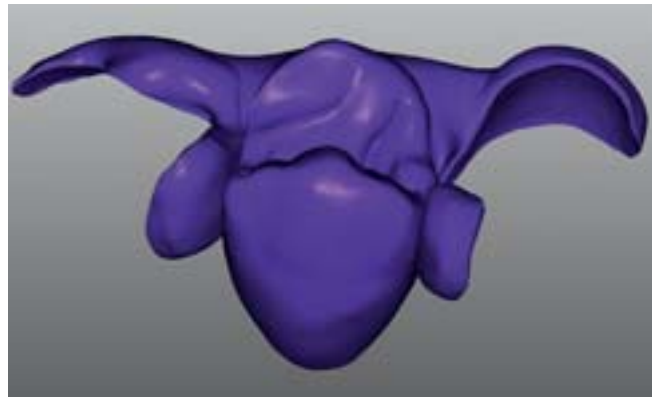


Abb. 4 CAD-Konstruktion der Klebebrücke mit palatinalen und vestibulären Flügeln



Abb. 5 Einprobe des CAM-gefrästen Provisoriums vor der adhäsiven Fixierung mit Kunststoff



Abb. 6 Eingegliederte Flügelbrücke mit idealtypischer Unterstützung des periimplantären Weichgewebes nach der Politur der Übergänge an den Retentionselementen

mit Kunststoff befestigt werden [9] (Abb. 5). Als Material für die Klebebrücke kann ein hochelastischer Kunststoff verwendet werden. Für die spätere definitive Rekonstruktion kommen unter anderem Kunststoffe, Keramiken oder neuerdings auch Hybridmaterialien infrage.

Da die Konstruktionssoftware moderner CAD/CAM-Systeme in der Regel eine freie Modellation erlaubt, lässt sich eine ideale Kontur des Pontics der Klebebrücke am Übergang zur periimplantären Mukosa gestalten. Somit wird das Weichgewebe ideal für den definitiven Zahnersatz aus-

geformt [10]. Zudem können eventuelle Weichgewebsdefizite ausgeglichen und laterale Augmentationsbereiche – wie bereits beschrieben – abgedeckt werden. Das Provisorium wird in der chirurgischen Therapiesitzung eingegliedert (Abb. 6). Der Patient verlässt die Praxis mit einer

FOKUSTHEMA



Abb. 7 Drei Monate nach der Implantatinsertion: Reizfreie Einheilung des Augmentationsmaterials nach der Abnahme des CAD/CAM-gefertigten Provisoriums (Flügelbrücke)



Abb. 8 Auf der Titanbasis verklebte Zirkonoxid-Kappe (TitaniumBase für Xive, Dentsply Implants/Mannheim) mit einem Kunststoffschlüssel zur Überprüfung der Passung



Abb. 9 Röntgenkontrolle der zementierten Implantatkrone in regio 14



Abb. 10 Reizfreies und natürlich ausgeformtes Weichgewebe sechs Monate nach der Eingliederung der Implantatkrone in regio 14

unbelasteten Sofortversorgung. Es werden keine physiologischen Kräfte auf das Implantat übertragen und eine zweizeitige Einheilphase ermöglicht. Durch einen derart gestalteten provisorischen Verschluss kann auf eine Nahtlegung verzichtet werden, wodurch sich das Risiko für störende Narbenbildung im ästhetisch relevanten Bereich minimiert.

Definitive Versorgung

Die Freilegung bedarf nur eines minimalen Eingriffs, da lediglich das Weichgewebe über der Verschlusschraube entfernt werden muss (Abb. 7). Mit einer klassischen Abformung wird die Position an das Labor übermittelt und auf Grundlage des Datensatzes für die provisorische Krone das Abutment und die definitive Krone konstruiert sowie gefertigt

(Abb. 8). Für die idealtypische Gestaltung des Präparationsverlaufs wird der Kronen- beziehungsweise Aufbauwand leicht supragingival gemäß der individuellen Kontur des Weichgewebes angelegt. Das vereinfacht das Zementieren der definitiven Restauration, da Zementreste leicht aus dem Sulkus entfernt werden können [4] (Abb. 9 und 10).

Umfangreiche Versorgung eines Kiefers

Bei komplexen implantatprothetischen Restaurationen, insbesondere bei der Versorgung eines nahezu zahnlosen Kiefers, muss aufgrund augmentativer Maßnahmen häufig auf die Sofortversorgung verzichtet werden [15] (Abb. 11). Wenn möglich werden in diesen Fällen

einzelne Pfeilerzähne belassen, um in der Einheilungsphase der Implantate beziehungsweise des Augmentats einen vorhandenen Zahnersatz oder eine Interimsversorgung zumindest teilweise abstützen zu können. Je nach Umfang der Augmentation – zum Beispiel bei einer zweizeitigen Sinusbodenelevation – verzögert sich diese Phase. Zum Zeitpunkt der Freilegung der Implantate wird der Grad der Osseointegration bestimmt und das weitere Vorgehen festgelegt [12] (Abb. 12).

Die osseointegrierten Implantate werden abgeformt und ein Wax-up mit Prothesenzähnen oder Verblendschalen hergestellt. Das Wax-up oder das in Kunststoff überführte Mock-up dienen als Scangrundlage für die festsitzende

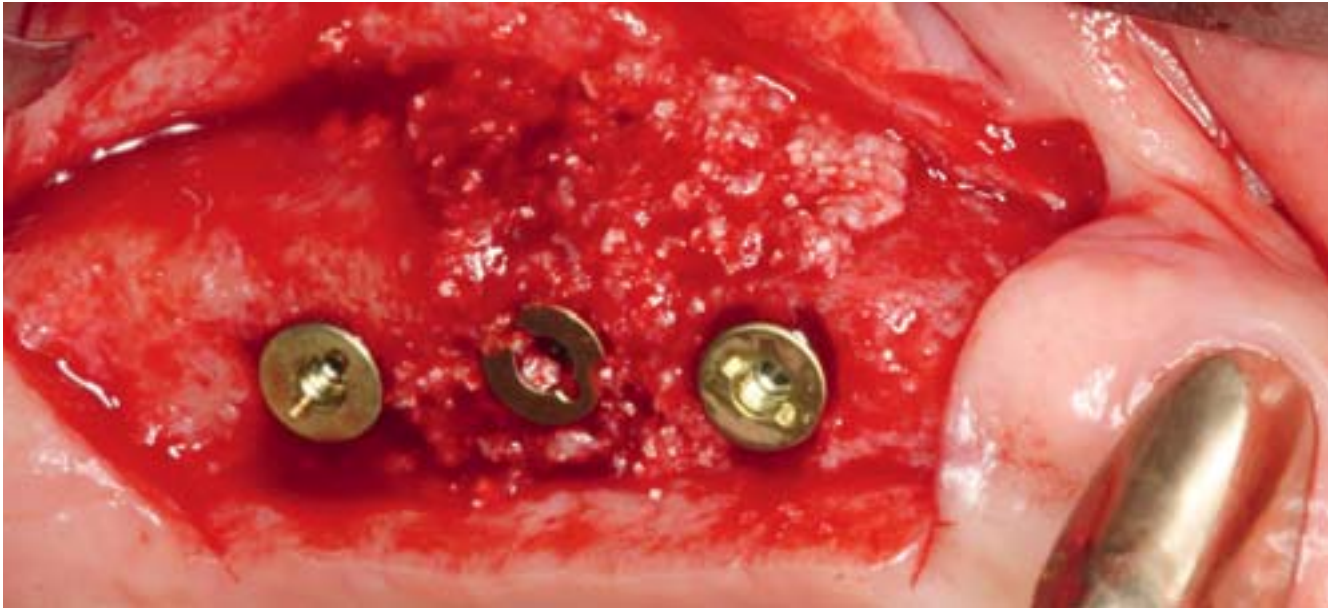


Abb.11 Implantatinsertion inklusive Verschluss-Schrauben (Xive, Dentsply Implants/Mannheim) mit lateraler Augmentation bei geringem vestibulären Knochenangebot (Symbios, Dentsply Implants/Mannheim)



Abb.12 Nach der Implantatfreilegung: Verschluss-Schrauben auf den MP-Aufbauten bis zur späteren Abformung auf Gingivaniveau



Abb.13 CAD-Konstruktion der Primärstege mit konfektionierten MK-1 Stegriegel (zini, Atlantis Isus, Dentsply Implants/Mannheim)



Abb.14 Konstruktion der Sekundärstruktur mit Retentionen für die Aufnahme der Konfektionszähne

oder herausnehmbare definitive Restauration, die nun in der CAD-Software konstruiert wird [11]. Es ist zwingend notwendig, dass ein hochpräzises physisches Modell vorliegt, das auf seine Passgenauigkeit kontrolliert wurde und die exakte Position der Implantate im Mund wiedergibt [8]. Da ein industriell gefer-

tigtes Gerüst nach seiner Herstellung nicht mehr getrennt und gelötet beziehungsweise lasergeschweißt werden sollte, ist im Vorfeld eine Überprüfung der Passgenauigkeit vorzunehmen. Dies kann auch durch einen metallarmierten Kunststoffsteg in der gleichen Sitzung geschehen, in der die ästhetische Einpro-

be der Wachsaufstellung erfolgt. Da die verbliebenen natürlichen Pfeiler oftmals während der Herstellungsphase der Restauration in situ verbleiben, müssen die zu extrahierenden Zähne auf dem Modell radiert werden. Eine voll-digitale Vorgehensweise kann in diesem Fall noch nicht umgesetzt werden.

FOKUSTHEMA



Abb.15 Klinische Kontrolle der implantatgetragenen Stege sechs Wochen nach der Eingliederung; reizfreie Weichgewebsverhältnisse



Abb.16 Radiologische Kontrolle der implantatgetragenen CAD/CAM-Stegversorgung im Oberkiefer und der teleskopgetragenen Versorgung im Unterkiefer

Die konventionell erzeugten zahntechnischen Arbeitsunterlagen werden an das Fertigungszentrum übermittelt und hier das Modell und das Wax-up digitalisiert [8]. Je nach Laborausstattung können die Oberflächenscans auch vor Ort erzeugt und an das Fräszentrum übermittelt werden. Auf Basis dieser Daten werden durch Algorithmen die Vorgaben des Zahntechnikers und Zahnarztes für die geplante Suprakonstruktion umgesetzt. Im Anschluss erhält der Zahntechniker die virtuelle 3D-Planung, die er mit dem Zahnarzt abstimmen kann. Es erfolgt die Designfreigabe für die Produktion, bei der dem Fertigungszentrum auch Designmodifikationen oder Anpassungen an die gewünschte Versorgung mitgeteilt werden können [3]. Dank der computerunterstützten Planung wird das Gerüst so konzipiert, dass die material-spezifischen und fertigungstechnischen Eigenschaften zu einer maximalen Stabilität bei dennoch graziler Gestaltung führen. Auf diese Weise lassen sich optimal gestaltete Verblendgerüste für einen festsitzenden Zahnersatz herstellen.

Stegversorgung

Als besonders vorteilhaft zeigt sich die CAD/CAM-Technologie bei der Herstellung von herausnehmbaren, steggetragenen Prothesen. Hier hat sich die implantatprothetische „2in1“-Versorgung (Atlantis Isus, Dentsply Implants/Mannheim) bewährt. Mit dieser prothetischen

Lösung ist es nicht mehr erforderlich, dass die Sekundärstruktur – ob als Brücken- oder als Hybridkonstruktion – vom Zahntechniker separat angefertigt wird. Vielmehr wird diese im Fertigungszentrum konstruiert, bei Bedarf mit Retentionselementen versehen und zusammen mit der Primärstruktur aus einem homogenen Titanblank passgenau gefräst (Abb.13 und 14). Die Sekundärstruktur vervollständigt der Zahntechniker mit Konfektionszähnen oder verblendet diese individuell mit Komposit. Zuvor wird die Passung der Primärstruktur mit einer verschraubten Bisschablone überprüft. Bei der Eingliederung werden die verbliebenen, für die definitive Suprastruktur nicht mehr benötigten, Pfeilerzähne entfernt (Abb.15 und 16).

Diskussion

Durch die Anwendung moderner Fertigungstechnologien kann der Behandlungsablauf zwischen Zahntechniker, Zahnarzt und Patient optimiert und eine hohe Präzision erreicht werden [2]. Dies bringt einerseits logistische Vorteile, da weniger Sitzungen notwendig werden. Andererseits wird der individuelle Arbeitsaufwand im Labor minimiert [5]. Die hohe Spezialisierung des Zahntechnikers kann für die Veredelung des individuellen Zahnersatzes genutzt werden. Zeitintensive, aber produktionstechnisch einfache Arbeiten, die laborseitig für die Anfertigung

einer Tertiärstruktur erbracht werden müssen, entfallen. Darüber hinaus bergen so hergestellte Strukturen aufgrund ihrer Materialhomogenität keine systemimmanenten Schwachstellen mit Frakturrisiken, wie sie bei Materialkombinationen in Form angussfähiger Bauteile auftreten können [13].

Die zu Anfangszeiten der CAD/CAM-Technologien beklagten erhöhten logistischen Aufwände durch den physischen Versand von Arbeitsunterlagen an darauf spezialisierte Fertigungszentren können durch die speziellen Systeme der digitalen Abformung kompensiert werden. Die Weiterentwicklung dieser Systeme erlaubt immer häufiger die digitale Modellherstellung ohne eine konventionelle Abformung [16]. Damit stehen bereits beim Zahnarzt digitale Daten zur Verfügung, die via Internet schnell und kostengünstig an die entsprechenden Kooperationspartner übermittelt werden können. Dies bedeutet, dass der Zahntechniker vor Ort von einfachen redundanten Arbeiten entlastet wird und sich mit all seiner Kompetenz auf die patientenspezifische Anpassung der Suprastruktur konzentrieren kann. ■

Literatur bei der Redaktion

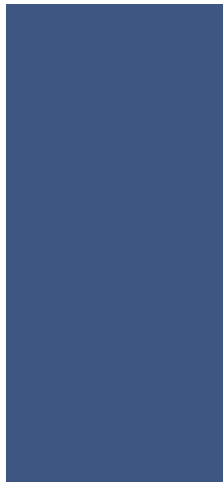


6. INTERNATIONALER

CAMLOG KONGRESS

9.–11. JUNI 2016

KRAKAU, POLEN



TACKLING EVERYDAY CHALLENGES

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

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



Erste Erfahrungen mit Patientenkommunikation via Tablet

Patientenaufklärung digital

PD Dr. Jörg Neugebauer^{1,3}, Gerhard Werling², Dr. Frank Kistler¹ und Dr. Steffen Kistler¹

Digitale Technologien gehören zum Alltag und werden zunehmend auch für die vereinfachte Patientenkommunikation in der Zahnarztpraxis verwendet. Das Autorenteam stellt ihre ersten Erfahrungen mit der Software-Applikation infoskop (synMedico, Kassel) für Tablets vor, die eine digital gestützte Patientenaufklärung ermöglicht.

Einleitung

Software-Programme für die Leistungsabrechnung haben in der zahnärztlichen Praxis eine lange Historie. Auch digitale Anwendungen für das Praxisverwaltungssystem (PVS) sind etabliert. Gleichwohl ist es üblich, dass die Behandlungsdokumentation handschriftlich in der Karteikarte vorgenommen wird. Oft scheitert die Einführung einer durchgängigen elektronischen Dokumentation an dem teilweise hohen Aufwand. Dokumente müssen digital und physikalisch dem Patienten zugeordnet werden und sollten bei Bedarf zeitnah einzusehen sein. In zahlreichen gerichtlichen Auseinandersetzungen über den angezweiferten Erfolg einer Behandlung wird die mangelhafte Aufklärung gerügt, da die Dokumentation nicht nachvollzogen werden konnte [3]. Inzwischen sind digitale Aufklärungssysteme für Tablets erhältlich, die eine rechtskonforme Patientenaufklärung über Leistungen, Kosten sowie Behandlungsablauf ermöglichen und diese zugleich im Hintergrund dokumentieren.

Das Patientenrechtegesetz besagt, dass die Einwilligung des Patienten zu einer Behandlung nur dann rechtens ist, wenn eine umfassende Aufklärung auf Basis der für den vorliegenden Befund notwendigen Informationen erfolgt [4]. Das

beinhaltet eine Diagnose- und Therapieaufklärung, die neben der Dringlichkeit die möglichen Risiken sowie Alternativen aufgreift. Auch die Folgen einer nicht vorgenommenen Therapie sind darzustellen. Für das geplante Vorgehen sind



Konventioneller Aufklärungsbogen mit handschriftlichen Ergänzungen zum Beratungsgespräch

außerdem der Ablauf der Behandlung (Ablaufaufklärung) und die Verhaltensaufklärung (Sicherungsaufklärung) nach beziehungsweise während der Therapie aufzuzeigen. Zusätzlich zur Erbringung der Aufklärungsstufen ergibt sich die

Notwendigkeit der Dokumentation. Im Streitfall sollte nachgewiesen werden können, dass eine gesetzeskonforme Aufklärung erfolgt ist [5].

Komplexität beim klassischen Aufklärungsgespräch

Die Aufklärung muss durch den Zahnarzt oder von einer damit vertrauten Person mündlich in patientengerechter Sprache erbracht werden. Zusätzlich zu den Röntgenbildern oder den intraoralen Aufnahmen können Skizzen angefertigt oder Modelle und Grafiken in animierter Form gezeigt werden. In der Vergangenheit wurde das Aufklärungsgespräch in der Regel in der Behandlungsdokumentation notiert. Allerdings war es aufgrund des großen Textumfangs und der unterschiedlichen Medien teilweise mühsam, das Gespräch im vollen Umfang schriftlich zu fixieren. Es wurden individuell in der Praxis erstellte oder vorgefertigte Aufklärungsbögen verwendet. Allerdings haben diese Bögen einerseits den Nachteil, dass nicht alle Eventualitäten abgedeckt werden. Andererseits können Aufklärungsbögen, die alle erdenklichen Risiken beschreiben, den Patienten verunsichern. Aus radiologischen Studien ist bekannt, dass bei Patienten, die nicht zu Komplikationen neigen, es dennoch zu Schwierigkeiten kommt, einfach, weil sie

¹ Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis Dres. Bayer, Kistler, Elbertzhagen und Kollegen · Von-Kühlmann-Straße 1 · 86899 Landsberg am Lech
Fon +49 8191 947666-0 · Fax +49 8191 947666-95 · neugebauer@implantate-landsberg.de · www.implantate-landsberg.de

² Praxisgemeinschaft · Dr. Gerhard und Ursula Werling · Hauptstraße 172 · 76756 Bellheim

³ Interdisziplinäre Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie · Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie der Universität zu Köln
Direktor: Univ.-Professor Dr. Dr. J. E. Zöller · Kerpener Straße 32 · 50931 Köln



Einfache Präsentation der individuellen Sachverhalte mithilfe verschiedener Medien auf dem Tablet

annehmen, dass ein Problem auftreten könnte [7, 8].

Bei den verwendeten Medien zur Darstellung des Behandlungsablaufes werden normalerweise unterschiedliche Quellen benutzt. Diese stehen oft auf der Praxis-Website oder als Präsentation auf dem PC zur Verfügung. Der Patient kann sich somit teilweise vor dem Beratungsgespräch informieren [6]. Jedoch handelt es sich bei diesen Medien größtenteils um Insellösungen. Eine Zuordnung zum Patienten sowie eine Individualisierung entsprechend der vorliegenden Befunde können nicht erfolgen. Das derzeit einziges System im deutschsprachigen Raum vereint die verschiedenen Medien und Anforderungen. Aufklärungsbögen, Fotos und Videos werden in der Software lückenlos zusammengeführt und mit dem Patienten diskutiert.

Eine weitere Problematik ergibt sich daraus, dass es schwierig sein kann, den Wissensstand des Patienten einzuschätzen und dementsprechend das adäquate Aufklärungsmedium zu wählen. Der vorinformierte Patient könnte – je nach Quelle seiner Informationen – nicht erfüllbare Erwartungshaltungen haben [2]. Im herkömmlichen Verfahren kann es bei späteren Rückfragen problematisch werden, da Ablauf und Inhalt des Beratungsgesprächs nicht nachvollziehbar sind.

Ferner sollten Medien nicht doppelt demonstriert werden oder der Patient den Zahnarzt darauf hinweisen, dass er die Informationen zum Ablauf der Behandlung bereits erfahren hat. Dies zu dokumentieren ist wichtig und hat spätestens dann Relevanz, wenn Verhaltensregeln nicht beachtet wurden und der Patient erklärt, dies sei ihm so nicht mitgeteilt worden.

Digitaler Arbeitsablauf bei der Patientenaufklärung

Die Verwendung von Tablets hat in den vergangenen Jahren rasant zugenommen. Die mobilen Geräte dienen der Wiedergabe von Texten, Bildern oder Videos und ermöglichen die Aufnahme von Skizzen sowie Textkommentaren. Damit sind die Geräte nicht nur für die Wiedergabe von Beratungsmedien geeignet, sondern können zugleich der Dokumentation der mit dem Patienten besprochenen Inhalte dienen.

In der speziell für die Aufklärung auf dem Tablet entwickelten Software-Anwendung können die Daten aus dem Praxisverwaltungs- und Dokumentationsprogramm mittels Schnittstelle übernommen werden. In der Praxis erstellte Medien (zum Beispiel Röntgenbilder) sind unmittelbar auf dem Tablet verfügbar und können in den Dialog zwischen Zahnarzt und Patient eingebunden werden. Unterschied-

liche, auf Diagnose- und Befundgruppen abgestimmte Pakete lassen die adäquate Diagnoseaufklärung zu und zeigen einen sich daraus ableitenden Behandlungsablauf. Mögliche Risikofaktoren durch internistische Erkrankungen, Medikation oder Voroperationen können anhand einer Checkliste abgearbeitet werden. Der Zahnarzt erhält mit einer derartigen digitalen Applikation ein Instrument, mit dem die Behandlungssicherheit durch einen strukturierten Arbeitsablauf erhöht wird. Durch die innovative Anwendung lassen sich die gesetzlichen Vorgaben in echte Chancen für die Praxis umwandeln. Beispielsweise kann die interaktive Aufklärung über ein Tablet zum Marketinginstrument werden. Der Zahnarzt präsentiert sich mit aktuellen Technologien und setzt diese zum Wohle seiner Patienten ein.

Bei umfangreichen Behandlungen erfolgt eine stufenweise Aufklärung. Zunächst setzt sich der Patient mit der Diagnose, dem daraus resultierenden Behandlungsablauf und den Behandlungsalternativen auseinander. Gerade bei komplexen implantatprothetischen Therapien ist auch die wirtschaftliche Aufklärung notwendig, die sich bei gesetzlich Versicherten aus dem Heil- und Kostenplan der chirurgischen und prothetischen Behandlung ergibt. Nach der Diagnose und der Ausarbeitung eines vom Patienten akzeptierten Behandlungsumfangs erfolgt daher

FOKUSTHEMA

zunächst eine Kostenabschätzung. Sofern der Patient zustimmt, können in einem weiteren Beratungsgespräch die detaillierte Risikoaufklärung mit der Darlegung der spezifischen Risiken und die Verhaltensaufklärung erfolgen. In der Software lässt sich zwischen den praxis- und patientenindividuellen Aufklärungsstufen unterscheiden.

Für das Patientengespräch wird ein für die jeweilige Indikation vorbereitetes Dokument ausgewählt. Mit der Mal- und/oder Sprachfunktion des Tablets können alle Informationen fixiert werden. Zudem werden die gezeigten Beispielbilder sowie Grafiken und die besprochenen klinischen Aufnahmen sowie Röntgenbilder eingebunden. Da der Patient nach der Aufklärung das Recht hat, die Aufklärungsunterlagen als Kopie zu erhalten, ist auch dies in der Applikation berücksichtigt [1]. Bei Bedarf kann ein digitales Dokument erzeugt werden, das dem Patienten verschlüsselt und zugriffssicher per E-Mail zugesandt wird. Am Ende des Gesprächs erhält der Patient einen Code zum Öffnen des Dokuments. Die Aufklärungsmaßnahmen respektive deren Umfang sind minutengenau dokumentiert. Über ein detailliertes Protokoll können der Aufwand und die Erläuterung des Behandlungsablaufs jederzeit nachvollzogen werden.



Die drei Säulen der Software-Anwendung auf dem Tablet: Daten aus der Praxisverwaltungssoftware, visuelle Erläuterung des Behandlungsablaufes; rechtskonforme und digitale Einverständnisdokumentation

Diskussion

Während der Heil- und Kostenplan die wirtschaftliche Aufklärung absichert, sind die weiteren Inhalte einer gesetzeskonformen Aufklärung – insbesondere bei komplexen implantatprothetischen Behandlungsabläufen – nicht einfach zu erbringen. Die Aufklärung kann durch digitale Technologien und Software-Applikationen inhaltlich sowie zeitlich strukturiert werden. Somit ist unter anderem eine Nachvollziehbarkeit unter medicolegalen Aspekten gewährleistet. Durch die Nutzung einer einheitlichen Struktur wird gerade in einer Praxis mit mehreren Zahnärzten ein einheitliches Niveau der Aufklärungstiefe erreicht. Patienten bekommen also immer die

gleichen Informationen. Sofern die Zahnärzte zwischen Beratung und Therapie wechseln, kann der Kollege, der die Aufklärung nicht selbst erbracht hat, davon ausgehen, dass über die Risiken und Folgen der Behandlung vollständig aufgeklärt worden ist.

Wird anstelle vieler Insellösungen ein innovatives Softwarepaket benutzt, bei der die gewünschten Medien über ein System aufgerufen werden können, ist eine professionelle strukturierte Aufklärung möglich. Da alle Dokumente über die Schnittstelle des PVS verfügbar und in einer Datenbank abgelegt sind, kann an das vorherige Gespräch nahtlos angeknüpft und die anstehenden Fragen des Patienten nachvollziehbar beantwortet werden.

Fazit für die Praxis

Wird für die Patientenberatung und -aufklärung eine Software-Applikation genutzt, kann den Anforderungen des Patientenrechtegesetzes nachgekommen und eine innovative sowie leicht verständliche Aufklärung angeboten werden. Somit wird die digitale Technologie genutzt, um dem Patienten mit moderner Technik zahnärztliche Sachverhalte näher zu bringen und die Behandlung – auch unter den Aspekten des Qualitätsmanagements – nach dem aktuellen Stand der Möglichkeiten zu erbringen. ■



Übertragung von Videosequenzen auf den Bildschirm der Praxis-EDV zur optimalen Darstellung während des Aufklärungsgesprächs

Literatur bei der Redaktion

Dentegris

Präzisions Implantate made in Germany



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

**Tausendfach bewährtes
Implantatsystem**

Soft-Bone-Implantat -
der Spezialist im schwierigen Knochen

SL-Sinuslift-Implantat -
der Spezialist für den Sinuslift

SLS-Straight-Implantat -
der klassische Allrounder



CompactBone® B.

Natürliches, bovines
Knochenersatzmaterial



CompactBone® S.*

Biphasisches, synthetisches
Knochenersatzmaterial



BoneProtect® Membrane

Native Pericardium Kollagenmembran



BoneProtect® Guide

Natürlich quervernetzte Kollagenmembran



BoneProtect® Fleece

Natürliches Kollagenvlies



BoneProtect® Cone

Alveolarkegel aus natürlichem Kollagen



MucoMatrixX®

Soft Tissue Graft



Dentegris
DENTAL IMPLANT SYSTEM

Konsensuskonferenz zu wichtigen Themenbereichen in der Implantologie

Neue Leitlinien mit BDIZ EDI-Input

Zum zweiten Mal veranstaltete die Deutsche Gesellschaft für Implantologie (DGI) im September eine Leitlinien-Konsensuskonferenz mit allen relevanten Fachgesellschaften und Organisationen. Unter der Schirmherrschaft der DGZMK und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) wurden dabei vier weitere Leitlinien für wichtige Themenbereiche der Implantologie auf den Weg gebracht.

„Es ist besser, wenn wir uns selbst Regeln geben als wenn uns Regeln von außen gegeben werden, etwa von der Politik, den Krankenkassen oder Herstellern“, so der DGI-Pastpräsident *Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden* in Kassel. Der Einladung nach Hameln waren 19 Fachgesellschaften und Organisationen gefolgt. Der BDIZ EDI entsandte mit Präsident *Christian Berger* und Vorstandsmitglied *Dr. Stefan Liepe* zwei Repräsentanten für die jeweiligen Fachgruppen.

Thema 1: Periimplantitis

Die Behandlung periimplantärer Entzündungen von Zahnimplantaten führte die Liste an. Moderiert wurde die Arbeitsgruppe von *Prof. Dr. Dr. Jürgen Becker*, Düsseldorf. Die Priorisierung dieses Themas begründeten die Experten mit der Prävalenz periimplantärer Entzündungen. Diese variere für die periimplantäre Mukositis und die Periimplantitis von 19 bis 65 Prozent beziehungsweise von

1 bis 47 Prozent. Die gewichtete durchschnittliche Prävalenz betrage für die periimplantäre Mukositis 43 Prozent und 22 Prozent für die Periimplantitis. Problematisch sei die erhebliche Varianz der diagnostischen Kriterien zur Definition periimplantärer Infektionen in der publizierten Literatur. Dies betrifft nach Ansicht der Arbeitsgruppe, in der auch *Christian Berger* mitarbeitete und den aktuellen Praxisleitfaden der Europäischen Konsensuskonferenz (EuCC) des BDIZ EDI in



Die zweite Leitlinien-Konsensuskonferenz unter der Schirmherrschaft von DGZMK und AWMF tagte 2015 in Hameln.



Blick auf die Diskussion zur Leitlinie „Zahnimplantatversorgungen bei multiplen Zahnnichtanlagen und Syndromen“ mit Dr. Stefan Liepe, BDIZ EDI (re.)

die Diskussion einbrachte, insbesondere die festgelegten Grenzwerte, ab welchen man einen entzündlich bedingten marginalen Knochenverlust als „Periimplantitis“ definiert. „Das Ziel der Leitlinie ist es darum“, so die Autoren, „den Anwendern eine Entscheidungshilfe zur Therapie periimplantärer Infektionen zu bieten.“

Thema 2: Zahnnichtanlagen

Das Thema „Zahnimplantatversorgungen bei multiplen Zahnnichtanlagen und Syndromen“ wurde moderiert von Prof. Terheyden. Zahnnichtanlagen sind mit schätzungsweise 5,5 Prozent in der Bevölkerung die häufigste angeborene Fehlbildung des Menschen. Insbesondere syndromale Fälle seien für die Patienten äußerst belastend. „Die verschiedenen Therapien werden in der Literatur kontrovers diskutiert und bewertet“, betonte

Prof. Terheyden. Darum sei das Ziel, ein nachhaltiges, kaufunktionelles Versorgungskonzept zu entwickeln. In diese Arbeitsgruppe brachte sich Dr. Liepe ein.

Thema 3: Implantate bei Diabetes mellitus

Eine dritte Arbeitsgruppe bearbeitete unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. Jörg Wiltfang, Kiel, das Thema „Zahnimplantate bei Diabetes mellitus“. Die Bedeutung dieses Themas leiteten die Experten aus mehreren Entwicklungen ab. Zum einen sei die Versorgung mit Zahnimplantaten heute ein Standardverfahren der dentalen Rehabilitation. Gleichzeitig wachse die Inzidenz von Diabetes mellitus, der lange Zeit als relative Kontraindikation für eine Implantattherapie galt – nicht zuletzt auch deshalb, weil die Ergebnisse bezüglich Komplikationen und

Langzeiterfolg nicht eindeutig seien. Außerdem steige die Zahl der Diabetiker, die eine Implantattherapie wünschen.

Thema 4: Implantate bei Bisphosphonaten

Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz, Wiesbaden, war Moderator der Arbeitsgruppe, die sich mit dem Thema „Zahnimplantate bei medikamentöser Behandlung mit Knochenantiresorptiva, einschließlich der Bisphosphonate“ beschäftigte. Angesichts der steigenden Zahl von Patienten, die mit diesen Medikamenten behandelt werden, sowie der Tatsache, dass die Bisphosphonat-assoziierte Kiefernekrose eine schwerwiegende Erkrankung ist, gelte es zu beschreiben, welches Subkollektiv der Patienten mit antiresorptiver Therapie von einer Versorgung mit dentalen Implantaten profitiert, ohne ein unangemessen hohes Risiko einer Osteonekrose einzugehen.

Prof. Dr. Ina Kopp vom AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement moderierte die Abstimmungsprozesse und unterstützte die Arbeitsgruppen. ■

Der Praxisleitfaden 2015 – jetzt online

Der aktuelle Praxisleitfaden der Europäischen Konsensuskonferenz unter Federführung des BDIZ EDI zum Thema periimplantäre Entzündungen steht online – sowohl in englischer als auch in deutscher Sprache. Es ist das inzwischen 10. Konsensuspapier der EuCC seit 2006. Das Papier und dient der Unterstützung des implantologisch tätigen Zahnarztes in der Praxis.

Planmeca vernetzt mit Romexis 4.0 digitale Geräte in der Praxis

Eine Software für alles

Die Software Planmeca Romexis 4.0 vernetzt digitale Geräte in der Praxis miteinander. Jetzt können alle digitalen Behandlungseinheiten, 2D- und 3D-Bildgebungsgeräte sowie CAD/CAM-Lösungen über eine Plattform miteinander kommunizieren. Das erleichtert den Arbeitsalltag in der zahnärztlichen Praxis, optimiert die Prozesse und ist zeit- sowie kosteneffizient.

Das finnische Kundenverständnis von Planmeca findet sich selbst in Details wie der: So wurde die Benutzeroberfläche der Software optimiert, um die täglichen Arbeitsabläufe des Fachpersonals zu erleichtern. Ein innovatives Dashboard-Interface arbeitet mit einem flexiblen kachelbasierten Layout. Es hilft den Benutzern, Arbeitsabläufe zu straffen und mehr mit weniger Klicks zu erreichen.

Ein weiteres Highlight ist, dass Romexis 4.0 mit Apple Mac OS und Microsoft Windows kompatibel ist. „Die Digitalisierung in Zahnarztpraxen schreitet weiter voran, damit verändern sich auch die Bedürfnisse der Zahnärzte. Romexis 4.0 trägt den neuen Anforderungen Rechnung, indem sie alle Produkte von Planmeca in einer Praxis nahtlos miteinander verknüpft“, so *Dieter Hochmuth*, Geschäftsführer der Planmeca Vertriebs GmbH. „Planmeca Romexis 4.0 steht im Zentrum unserer Produktentwicklung.

Alle für eine, eine für alles – so könnte man unser Motto in der Entwicklungsphase bezeichnen. Unser Anliegen war es, Romexis 4.0 so weiterzuentwickeln, dass sie Zahnärzte und ihre Praxisteams in der täglichen Arbeit entlastet“, sagt *Hochmuth* überzeugt.

Eines der erfolgreichen Module der Planmeca Romexis-Software ist das Clinic Management-Modul, denn digitale Praxen brauchen digitalen Support. Es erlaubt die ferngesteuerte Überwachung von Behandlungseinheiten, Röntgengeräten und Fräseinheiten von Planmeca in Echtzeit.

Je nach Anforderungen der Praxis bietet Planmeca Romexis 4.0 unterschiedliche Erweiterungen. So erfasst Planmeca Romexis 4D Jaw Motion Unterkieferbewegungen in Echtzeit und in 3D, die verfolgt und dokumentiert werden können. Planmeca Romexis Smile Design



Planmeca Romexis 4.0: Mit optimierter Benutzeroberfläche erleichtert sie die täglichen Arbeitsabläufe des Fachpersonals.

gestaltet in wenigen Minuten ein neues Patientenlächeln. Planmeca Romexis 3D Implant Planning unterstützt die Implantatplanung. ■

Weitere Informationen:
www.planmeca.de



Planmeca Romexis 4.0 bietet je nach Anforderung der Praxis unterschiedliche Software-Erweiterungen.

40

Forty Years of
Swiss Innovation



NOUVAG



Motorsystem für die Implantologie

Einfache Bedienung

Komplette Ausstattung



Implantologie und Mikrochirurgie

Moderne, sanfte Motorsteuerung

Individuell konfigurierbar

Die neue Generation Motorsysteme



Nouvag AG · St.Gallerstr. 23-25 · CH-9403 Goldach
Tel +41 (0)71 846 66 00 · Fax +41 (0)71 846 66 70
info@nouvag.com · www.nouvag.com

Nouvag GmbH · Schulthaißstr. 15 · D-78462 Konstanz
Tel +49 (0)7531 1290-0 · Fax +49 (0)7531 1290-12
info-de@nouvag.com · www.nouvag.com

Moritas DVT-Technologie überzeugt durch Funktionalität und Patientensicherheit

Schonend und scharf

Das Wohl der Patienten ist ein entscheidender Faktor bei der Produktentwicklung von Morita. Speziell in der Implantologie fußt die Therapie auf einer zuverlässigen Befundung, um die darauffolgenden Eingriffe möglichst angenehm zum Erfolg zu führen. Morita stellt dem Behandler mit dem digitalen Volumentomografen 3D Accuitomo 170 und dem Kombinationssystem Veraviewepocs 3D R100 zwei Highend-Geräte zur Verfügung, die eine sichere, schnelle und detailgetreue Diagnostik gewährleisten.

Genauso wichtig wie Qualität und Funktionalität ist bei den Praxislösungen von Morita die Patientensicherheit. Dieser Anspruch beginnt schon bei der Produktentwicklung: So sind beispielsweise alle modernen bildgebenden Verfahren so konzipiert, dass die Strahlenexposition nach dem sogenannten „ALARA-Prinzip“ (As Low As Reasonably Achievable) so gering wie möglich ausfällt. Dies steht bei Morita stets im Fokus und zeigt sich beispielsweise beim hochauflösenden Kombinationssystem Veraviewepocs 3D R100, das sich für Panora-



ma-, Cephalometrie- und 3D-Aufnahmen eignet. Sein R100-Sichtfeld ist der natürlichen Form des Kieferbogens nachempfunden. So lässt sich eine unnötige Strahlendosis vermeiden. Zur IDS 2015 hat Morita das Veraviewepocs 3D R100 um zwei weitere Fields of View (FOV) erweitert: Diese ermöglichen eine individuellere Höhenanpassung und erleichtern die Aufnahme von Ober- oder Unterkiefer. Eine sinnvolle Alternative zur Planung von implantologischen und oralchirurgischen Behandlungen stellt der DVT 3D Accui-

tomo 170 dar, der auf die hochauflösende Darstellung komplexer Strukturen in allen drei Raumebenen spezialisiert ist. Mit den insgesamt neun zylindrischen Aufnahmevolumina lassen sich alle Indikationsbereiche darstellen. Zudem lässt sich mit dem 3D Accuitomo 170 auch die Knochendichte gut einschätzen. Die smarte Software i-Dixel erlaubt eine lückenlose Dokumentation und einfache Verwaltung der Aufnahmen einschließlich vielfältiger Bildbearbeitungsoptionen sowie eine umfangreiche Aufklärung des Patienten. ■

Weitere Informationen:

www.morita.com/europe

Zusammenarbeit von Straumann und Sirona bietet breitere Auswahl an CAD/CAM-Prothetik

Für noch mehr Auswahl

Straumann und Sirona Dental Systems haben eine Zusammenarbeitsvereinbarung unterzeichnet, die es Zahnarztpraxen ermöglicht, vor Ort in der Praxis individualisierte Implantat-Prothetikelemente mit dem Sirona Cerec-System und Variobase Sekundärteilen von Straumann herzustellen. Laborkunden können im Rahmen des inLab-Workflows von Sirona gleichzeitig das zentralisierte Fräsangebot des Vertrauenspartners Straumann nutzen.

Straumann bietet CAD/CAM-Prothetik an, die in den Fräszentren des Unternehmens hergestellt wird und über dessen offene Softwareplattform bestellt werden kann.

Das CAD/CAM-System Cerec bietet umfangreiche Lösungen in den Bereichen Restaurationen, Orthodontie und Implantologie. Im Bereich der Implantologie hat

Cerec innovative Arbeitsabläufe eingeführt, die die Chairside-Produktion von kundenspezifischen Anforderungen bei Implantat-Abutments und Kronen ermöglichen.

Seit einigen Jahren genießen einfache Sekundärteile mit Titan-Verbindungs-basis (Ti-Basis) zunehmende Beliebtheit. Aufgrund dieses Trends hat Straumann

ihre Palette aus Variobase-Sekundärteilen mit Originalverbindung eingeführt und jetzt auch ein Variobase Sekundärteil für Cerec-Anwender entwickelt. Das Sirona Cerec-System erlaubt Zahnärzten und Dentallaboren vor Ort eine Auswahl an kostengünstigen Titanbasis-CAD/CAM-Prothetikelementen für Implantate herzustellen. Straumann Variobase-Sekundärteile für Cerec sind in Europa, ►



Nordamerika, Australien und Neuseeland erhältlich. Weitere Länder werden nach Erteilung der behördlichen Zulassungen folgen. Straumann plant die baldige Einführung einer neuen Version mit

optimiertem Austrittsprofil, die mit den bestehenden Materialblöcken für das Cerec-System kompatibel ist. Diese wird nach einem für Anfang 2016 geplanten Cerec-Software-Update vollständig im

Cerec-Workflow für individualisierte Ab-
tments unterstützt. ■

Weitere Informationen:
www.straumann.com



Institut für zahnärztliche Lachgassedierung

Betrifft: Angstpatienten – Die Chance für jede Zahnarztpraxis!

Wolfgang Lüder, Schulungsleiter:

70% aller Zahnarzt-Patienten haben vor der Behandlung mehr oder weniger Angst, über 10% leiden sogar unter einer Dentalphobie. Die Zahnarztangst führt häufig dazu, dass längst notwendige Zahnbehandlungen ganz ausbleiben, mit gravierenden Folgen...

Angstpatienten mit einem umfangreichen „Sanierungs-Stau“ stellen das Behandlerteam immer wieder vor ganz besondere Herausforderungen. Mit der zahnärztlichen Lachgasbehandlung und ihrer angstlösenden Wirkung wird eine Option für eine völlig entspannte Behandlung angeboten. Sie macht die Patienten viel ruhiger und trotzdem bleiben sie zu jedem Zeitpunkt voll ansprechbar. Auch Patienten mit massivem Würge-reflex sind behandelbar, die vorher eine Vollnarkose benötigt hatten.

Zusätzlich geht das Zeitgefühl verloren und die Patienten sind oft ganz erstaunt, dass die Implantation schon vorüber ist, obwohl sie 3 - 4 Stunden auf dem Behandlungsstuhl saßen. Die Patienten sind sehr dankbar, wenn Ihnen die Behandlung auf diese Weise so erleichtert wird.

Und hier liegt die Chance für jede Zahnarztpraxis: Angstpatienten, deren Mundgesundheit vollkommen wiederhergestellt wurde, sind mit Abstand die dankbarsten! Durch den Einsatz der Lachgasmethode werden neue Patienten gewonnen – gerade solche, die Angst und Panik vor dem Zahnarzt haben und fast immer einen sehr großen „Sanierungs-Stau“. Und die Bindung zu den Lachgas-Patienten ist sehr hoch. Sie haben endlich eine Anlaufstelle gefunden, wo Ihnen bei ihrem wohl größten Problem erfolgreich geholfen werden kann.



IfzL – Stefanie Lohmeier · Bad Trißl Straße 39 · D-83080 Oberaudorf
Tel: +49 (0) 8033-9799620 · E-Mail: info@ifzl.de · Internet: www.ifzl.de
16 Fortbildungspunkte gemäß BZÄK und DGZMK. Die Fortbildungen entsprechen den Empfehlungen von CED und ADA sowie den modifizierten Leitlinien der AAPD und EAP.

Wann starten Sie ?

Der Goldstandard für Ihre Lachgas-Zertifizierung:

Die neuen IfzL-Fortbildungen

Ein Tag mit Wolfgang Lüder
Lachgaszertifizierung „kompakt“

16. Januar 2016: Wiesbaden

23. Januar 2016: Fürth

30. Januar 2016: Rosenheim

23. April 2016: Rosenheim

Lachgaszertifizierung nach CED

mit Live-Behandlung eines Patienten
unter Lachgas

26./27. Februar 2016: Rosenheim

11./12. März 2016: Meerbusch bei
Düsseldorf

20./21. Mai 2016: Urdorf bei Zürich

IfzL-Qualitätsgarantie: Der 5-Sterne Goldstandard

- ★ Intensive Hands-On-Trainings
- ★ Routinierte Ausbildungsspezialisten aus allen Fachrichtungen
- ★ Psychologische Patientenführung
- ★ Gerätekunde
- ★ Rundum-Komplett-Service



Die Referenten des IMCC-Kongresses 2015.

Mit dem IMCC 2015 zog Bego mehr als 600 Teilnehmer nach Bremen

Bego steht für Miteinander

Der diesjährige „Implantology meets CAD/CAM“-Kongress – kurz IMCC – der Bego wartete mit rund 600 Teilnehmern, 16 hochkarätigen Referenten und zwei Varseo 3D-Druck-Systemen als Hauptgewinn auf. Im Fokus der Veranstaltung stand wie gewohnt der interdisziplinäre Austausch unter den Teilnehmern und mit den Bego-Experten. Bereits zum Bego-Expertentreffpunkt am Vortag des Hauptkongresstages reisten viele IMCC-Teilnehmer in die Hansestadt Bremen. Im Mittelpunkt des gesamten Geschehens stand das Bego-eigene Motto: Miteinander! Ein Begriff, den sich das Unternehmen ganz groß auf die eigenen Fahnen geschrieben zu haben scheint. Ein Motto, das alle Mitarbeiter bei Bego nicht nur kennen, sondern leben.

Eröffnet wurde der Kongressamstag vom geschäftsführenden Gesellschafter *Christoph Weiss*. Direkt im Anschluss sprach er über das Thema „Miteinander!“. Aktuelle Entwicklungen in der Dentalbranche und Unternehmenswerte, die für ein erfolgreiches wirtschaftliches Handeln von großer Bedeutung sind, standen im Fokus seines Vortrags. „All unser Tun, ob Zahntechniker, Zahnarzt oder Implantologe – am Ende kommt es einzig auf den Patienten an und dass wir ihn mit hochwertigen Produkten und Dienstleistungen gut versorgen können“, so *Weiss*.



Christoph Weiss bei seinem Vortrag zum Thema „Miteinander!“.

Das Thema 3D-Druck stellte nicht nur den Fokus des am Vortag stattfindenden Bego-Expertentreffpunktes dar, sondern auch den des Vortrags von *Prof. Constantin von See*, Danube Private University, Krems/Österreich. Er sprach vor den Teilnehmern, die aus dem gesamten Bundesgebiet, aus den Niederlanden

und aus Österreich angereist waren, über „Revolution oder Evolution? 3D-Druck im Dentalbereich“. Zur Teilnehmergruppe der Zahnmediziner, Implantologen und Zahntechniker, gesellte sich in diesem Jahr auch der dentale Nachwuchs. Die Möglichkeit zu vergünstigten Preisen am

Kongress teilzunehmen, wurde von einer Reihe junger und engagierter Auszubildenden und Meisterschülern des Handwerks sowie Studenten der Zahnmedizin und Dentaltechnik genutzt.

Später wurden die Vorträge in unterschiedlichen Podien fortgesetzt. Beim 8. Bego Medical Anwendertreffen standen gewohnt Themen aus der Zahn-technik im Fokus. Der 6. Bremer Implantologietag hielt für die Zahnmediziner und Implantologen ebenso spannende Themen bereit. So sprach *Prof. Heiner Weber*, Tübingen, über „Präzision in der Implantologie – was steckt dahinter?!“ und zeigte dazu beeindruckende Fälle aus seiner Praxis. Dabei scheute *Prof. Weber* auch nicht davor zurück, über Misserfolge aus seinem Alltag zu sprechen. Denn man kann zwar alles nach bestem Wissen und Gewissen planen, erarbeiten und gestalten – und dennoch an einem Fall schei-



Das gut gefüllte Congress Centrum Bremen während des IMCC-Kongresses.

tern. Sein Bedauern über den Ausgang dieses Falles, war ihm nach wie vor anzumerken – auch, wenn der nachfolgend vorgestellte Patient wieder nach allen Regeln der Kunst erfolgreich behandelt wurde. *Dr. Susanna Zentai*, Köln, referierte zum Thema „Werbung und Öffentlichkeitsarbeit in der Zahnarztpraxis, Grenzen und Möglichkeiten“. Dabei zeigte sie auf, welche Art der Werbung für Zahnärzte möglich, was grenzwertig und was verboten sei und dass die Einhaltung aller Regeln oft einem Minenfeld gleicht. Ihr professioneller Rat: Rechtzeitig Hilfe holen. *Prof. Ina Nitschke*, Leipzig/Zürich, beeindruckte das anwesende Auditorium mit ihrem Vortrag zum Thema „Senioren von A(lter) über I(mplantologie) bis Z(ähne)“. Sie zeigte deutlich, dass der Behandlung von alten Patienten besonderer Aufmerksamkeit gilt und dass die gesamte Praxis einmal genau unter die Lupe genommen werden sollte. Sie mahnte an, zu überlegen, ob diese für betagte Menschen einfach zu erreichen sei oder ob sich nicht doch hier und da einige Stolperstellen ausbügeln lassen könnten. Auch die Kommunikation bedarf viel Fingerspitzengefühl. Dabei darf nicht nur der einzelne Patient betrachtet werden, sondern das gesamte Umfeld muss mit eingebunden werden. *Prof. Dr. Thomas Ratajczak*, Sindelfingen, zeigte mit seinem Thema „Korruption im Gesundheitswesen“, welchen Gefahrenstellen ein Zahnarzt zum Thema Antikorruptionsgesetz

ausgesetzt ist. Er bewies eindrücklich, dass es wohl sehr einfach sei, Fehler zu begehen, es aber kein Auskommen mehr gebe, wenn der Staatsanwalt einen erst einmal im Visier hätte. Beide Vorträge stießen auf ganz besonderes Interesse der Teilnehmer des IMCC, sodass die Referenten *Nitschke* und *Ratajczak* nach ihren Vorträgen mit Fragen aus dem Auditorium überschüttet wurden und auch anschließend noch fest im Griff der Teilnehmer waren. Der übergreifende und umfassende Fallbericht von *Dr. Süleyman Selcuk*, Hamburg, und *Ztm. Olaf van Iperen*, Wachtberg, fand ebenso großen Anklang bei der Zahnärzteschaft. Ihr Vortrag trug den Titel „Versorgungen mit dem MultiPlus System – aus zahnärztlicher und zahntechnischer Sicht“. *Dr. Oliver Zernial*, Kiel, schloss das Podium des Bremer Implantologietages mit seinem Vortrag zum Thema „Marketing in der Implantologie: Verpönt, geliebt, geplant?“ ab.

Das Bego Medical Anwendertreffen startete mit einer Podiumsdiskussion, in der Anwender des Bego Varseo 3D-Druck-Systems über „Praktische Erfahrungen aus dem Laboralltag“ berichteten. In einer angeregten Diskussion sprachen *Oliver Hüskens*, *Ztm. Jörg Bressen*, *Ztm. Thomas Lenz* und *Nicolas Rebeschke* über den Einsatz des 3D-Druckers im Labor. Moderiert wurde die Runde von *Ztm. Thomas Riehl*, Bego, und *Prof. Constantin von See*, der die Entwicklung der Hochleistungskunststoff-

fe für den Varseo mitbegleitet hat. Einen Blick in die Zukunft wagte *Josef Schweiger*, LMU München, mit seinem Vortrag „Neueste Technologien und Materialien für die Zahntechnik“. *Carsten Fischer*, Frankfurt am Main, und *Ztm. Andreas Leimbach*, Ulm, schlossen sich mit ihren Präsentationen zu den Themen „Looking for perfection! – Bedeutung individueller CAD/CAM Aufbauten in der modernen Implantatprothetik“ und „Präzision von im SLM-Verfahren gefertigten Doppelkronen“ an. Über „Keramik auf Implantaten – Mythen und Wahrheiten“ sprach *Prof. Florian Beuer*, Charité Berlin, bevor *Ztm. Thomas Kwiedor*, Bego, das Anwendertreffen mit einem Résumé des Jahres 2015 und einem Ausblick auf das Jahr 2016 schloss. Anschließend gab *Christoph Weiss* die fünf Nachwuchs-Gewinner von Gutscheinen für das Bego Training Center sowie der Varseo 3D-Drucker bekannt.

Am Abend ließen die Teilnehmer die gelungene Veranstaltung im Congress Center Bremen ausklingen. „Über die große Zahl der Teilnehmer freuen wir uns natürlich besonders. Noch wichtiger ist aber das positive Feedback der Teilnehmer, welches wir erhalten haben, die die Qualität und die Atmosphäre der Veranstaltung schätzen“, freut sich *Christoph Weiss* zum Abschluss der Veranstaltung. ■

Weitere Informationen:
www.bego.com/imcc

Dentaurum Implants lud die Dentalwelt ins beschauliche Lübeck zum Humanpräparatekurs ein

Implantologische Reifeprüfung

Mit typisch schwäbischer Zurückhaltung hat Dentaurum Implants seit einigen Jahren, ohne viel Wirbel darum zu machen, eine Serie von Fachtagungen und Fortbildungsreihen aufgelegt, in denen dem niedergelassenen Zahnarzt die Implantologie Schritt für Schritt nähergebracht wird. Das jeweils vorletzte Modul der „Implantologie step by step“-Reihe bildet jeweils ein Humanpräparatekurs „Anatomie und operative Techniken“, in dem die Teilnehmer in einem theoretischen Teil noch einmal ihr Wissen der anatomischen Strukturen des Schädels und vor allem des Kiefer- und Mundraumes auffrischen können, ehe sie praktisch einüben, was sie demnächst am Patienten ausführen wollen.

Herzlich begrüßte *Dr. Daniel Schulz* aus dem nahen Henstedt-Ulzburg die Teilnehmer in der Universität Lübeck, die im nun bereits 7. Modul der Fortbildungsreihe sichtlich zu einer eingeschworenen Gemeinschaft zusammengewachsen sind. Die aktuelle Fortbildung ist gewissermaßen die implantologische Reifeprüfung – der nächste Schritt besteht bereits in der Einzelsupervision mit eigenen Patienten. Nun führte *Dr. Imke Weyers* von der Universität Lübeck von den knöchernen Strukturen über die muskulären Verspannungen bis hin zu den in ihrer Kniffligkeit nicht zu unterschätzenden Leitungsbahnen in die anatomischen Grundlagen ein. Nach der Theorie ging es direkt in den Präpariersaal. Die detaillierte Demonstration an den Feuchtpräparaten flößt stets wieder Respekt ein, in diesen diffizilen und komplexen Strukturen in wie auch immer minimaler, aber doch invasiver Weise implantologisch tätig zu werden. Allein in den anatomischen Atlanten oft sehr zentral dargestellte Nervus alveolaris

verläuft bei den meisten Präparaten eher lateral. Und wegen des Verlaufs der Blutgefäße am Gaumen sollte zum Beispiel ein Transplantat möglichst weit von der Peripherie, also vom Zahnfleischrand entnommen werden. Die Gefahrenpunkte für Einblutungen interessierten die Teilnehmer naturgemäß ganz besonders. Auch

Weitere Informationen

Fortbildungstage und -reihen 2016:
www.dentaurum-implants.de

die enge Nachbarschaft des Sinus maxillaris bei Behandlungen im Oberkiefer wird bei den Demonstrationen der Präparate wieder überdeutlich. Bei atrophischen Verhältnissen kollidiert der Wunsch nach der prothetisch idealen möglichst palatinalen Positionierung der Implantate bisweilen mit der Nähe zu kritischen anatomischen Strukturen und Leitungsbahnen.

Dr. Daniel Schulz schloss sich mit seinem Vortrag zur Gewebeheilung an – durch

geeignete Operationstechniken kann man bereits entscheidend beeinflussen, die natürlichen Heilungsprozesse möglichst ungestört ablaufen zu lassen. Nach einem Ausflug in Art und Anwendung verschiedener Knochenersatzmaterialien zeigte Schulz verschiedene moderne Augmentationstechniken, unter anderem die Schalenteknik nach *Khoury*, spannungsfreie Nahttechniken und Sinuslifttechniken – vor allem für Übungen von letzteren bieten Kurse an Humanpräparaten ideale Bedingungen. *Schulz* illustriert seine Erläuterungen mit beeindruckenden klinischen Bildern und Videos.

Prof. Dr. Samer Hakim bekleidet eine leitende Position in der Mund- und Kieferchirurgie der Universität Lübeck und erhielt zunächst die verdienten Gratulationen zu seiner kürzlich erhaltenen Professur, ehe er detailliert mit der einfachen Implantation und dem internen wie dem externen Sinuslift die drei Techniken und ihre Besonderheiten demonstrierte, die die Teilnehmer später an den Humanprä-



Abb. 1 Noch einmal die Studienbank drücken mit Dr. Weyers und Prof. Hakim



Abb. 2 Konzentriertes Arbeiten und eifriger Austausch in der Anatomie



Der Mühen Lohn – die drei Referenten Dr. Weyers, Dr. Schulz und Prof. Hakim und Thorsten Winkler, Dentaforum Implants (hintere Reihe Mitte), freuen sich mit den erfolgreichen Absolventen

paraten einüben sollten. Eine akzidentelle Perforation der Schneider'schen Membran deckt Hakim mit einer Membran ab, die dank der Blutversorgung direkt verklebt. Er mahnte, vor dem Sinuslift die Patienten in jedem Fall und in Absprache mit dem behandelnden Kardiologen von blutverdünnenden Medikationen abzusetzen, da Einblutungen in die Kieferhöhle sonst nicht kontrollierbar und wirklich bedrohlich werden könnten.

Im praktischen Übungsteil kümmerte sich Thorsten Winkler, Medizinproduktberater Dentaforum Implants, mit großem Engagement um die Wünsche der Teilnehmer nach einem besonderen Instru-

ment, Gerät, Material oder Implantattyp, die Dentaforum Implants, Mectron und Geistlich Biomaterials großzügig zur Verfügung gestellt hatten. Nun zeigte sich, wie sehr die anatomischen Strukturen und unterschiedlichen Bezahnungssituationen des Menschen vom Lehrbuch abweichen, und den Zahnarzt zwingen können, intraoperativ Materialien und Techniken zu ändern. Dank der intensiven Hilfe von Dr. Schulz, Prof. Hakim, Thorsten Winkler und Tobias Grosse, Leitung Bereich Implantologie Dentaforum, die zusammen mehr als 30 Jahre Markt- und Technikerfahrung mitbringen, konnten alle Teilnehmer die geforderte Implantati-

on sowie je einen internen und externen Sinuslift erfolgreich absolvieren. Bei allerhöchster Konzentration erfüllte den Saal der Geist eines sehr freundschaftlichen und kameradschaftlichen Miteinanders. „Innerhalb der Kursreihe sind die Teilnehmer zu dieser Gemeinschaft zusammengewachsen“, freuten sich Tobias Grosse und Thorsten Winkler. „Viele werden sich ganz sicher daher auch später in Study Clubs beispielsweise bei Dr. Daniel Schulz wiedersehen, um dann ihre implantologischen Erfahrungen aus der Praxis und auch Problemfälle gemeinsam zu diskutieren.“ Zur strukturierten Vertiefung wurde 2014 das Fachtagkonzept um die Fortbildungsreihe „step by step“ ergänzt, die mit insgesamt acht aufeinander abgestimmten Kursen absolviert wird. Mehr als acht Mal seit 2008 veranstaltete Dentaforum Implants bereits den Fachtag in Zusammenarbeit mit der Universität zu Lübeck. Dass dieses Konzept mit seinem weiterem Fortbildungsprogramm auf große Resonanz stößt, zeigen die mehr als 1100 begeisterten Teilnehmer allein in diesem Jahr. ■

STE

Patienten 80+

Titanmagnetics®

Die implantatprothetische Lösung für Gicht-, Rheuma- und Pflegepatienten!



Tel. 040-55 77 81 55 www.steco.de



6. Internationaler Camlog Kongress vom 9. bis 11. Juni 2016 in Krakau

Tackling everyday challenges

Bereits zum sechsten Mal führt die Camlog Foundation einen internationalen Kongress durch und ist überzeugt, an den bisherigen Erfolgen anknüpfen zu können. Das Motto „Tackling everyday challenges“ verspricht einen praxisnahen Bezug gepaart mit fundierter Wissenschaft.

Das wissenschaftliche Komitee unter dem Vorsitz von *Prof. Dr. Frank Schwarz* und *Prof. Dr. Piotr Majewski* freut sich schon heute darauf, in der historischen Kulturhauptstadt Polens viele Teilnehmer zu begrüßen. Als Veranstaltungsort ist das ICE – das brandneue, moderne International Conferences and Entertainment Center – ideal.

Am Donnerstag vor den beiden eigentlichen Kongresstagen finden die praktischen Workshops statt. Darin werden aktuelle Themen wie 3D-Planung, Knochenaugmentation, Sinuslift und Nahttechniken praxisnah beleuchtet und in praktischen Übungen vertieft. Parallel dazu findet zum ersten Mal ein Digital Dentistry Pre-Kongress statt. Dort werden Topreferenten aus der Zahnmedizin und Zahntechnik den interdisziplinären Workflow besprechen und spannende Ausblicke über die gesamten digitalen Möglichkeiten geben.

Der Freitag startet komplett praxisorientiert, gefolgt von einem Block zum Thema „Die Herausforderung und das Handling der posterioren Zone“. Erfolgreiche Teams werden am Nachmittag ihre Konzepte aus der Praxis präsentieren und laden das Auditorium ein, aktiv an der Diskussion teilzunehmen. Zum Abschluss des Tages erwartet die Teilnehmer ein besonderer Gastvortrag. Der Referent *Markus Gross* ist Professor der Informatik an der ETH Zürich, Preisträger mehrerer international bedeutender Auszeichnungen und Direktor der Disney Forschung. Seine Vorstellung des „Virtual man“ wird das Auditorium sicherlich mit zukunftssträchtigen Bildern und Technologien in seinen Bann ziehen.

Der Samstag steht zunächst ganz im Zeichen der Wissenschaft. Den Beginn machen sieben Kurzvorträge über aktuelle Forschungsprojekte, gefolgt von einer Session zur transmukosalen Zone. Nach der Mittagspause werden die Gewinner des Camlog Foundation Research Awards gekürt, bevor dann der Abschluss

stellt oder Statements abgegeben werden. Mit der neuen interaktiven Kongress-App bietet die Camlog Foundation allen Teilnehmern die Möglichkeit sich aktiv einzubringen und zu kommunizieren. Bereits im Vorfeld des Kongresses erhalten diese viele nützliche Informationen, um sich auf ihr persönliches Kongressumfeld



Der 6. Internationale Camlog Kongress findet vom 9. bis 11. Juni 2016 in Krakau statt.

des zweitägigen Kongresses folgt. Kontroverse Themen werden von Referenten mit unterschiedlichen Ansichten vorgestellt und diskutiert.

Auch das Auditorium wird in dieser Runde eine wichtige Rolle spielen. Es können jederzeit Fragen an die Referenten ge-

einrichten. Und auch während des Kongresses wird die App eine wichtige Rolle spielen. ■

Weitere Informationen:

www.camlogcongress.com



Tapered Internal plus Implantatsystem

make the switch

Platform-Switching

Design zur Vermehrung
des Weichgewebevolumens
auf der Implantatschulter

Laser-Lok®-Bereich

Unterstützt die Anlagerung
von Weichgewebe und erhält
den kristallinen Knochen



Optimiertes Gewindedesign

Selbstschneidendes Buttress-
Gewinde zur Erhöhung der
Primärstabilität



Einfache Restauration

Die konische
Innensechskantver-
bindung ist für eine
schnelle Identifikation
und die richtige Übere-
instimmung der Kompo-
nenten farbcodiert.



*Clinical and histologic images are courtesy of Myron Nevins, DDS and Craig Misch, DDS.

BioHorizons GmbH
Bismarckallee 9
79098 Freiburg
Tel. 0761 55 63 28-0
Fax 0761 55 63 28-20
info.de@biohorizons.com
www.biohorizons.com

Nutzen Sie unsere Kontaktdaten zur
Anforderung weiterführender Informationen.

BIOHORIZONS[®]
SCIENCE • INNOVATION • SERVICE



Prof. Istvan Urban im Hands-on Workshop: Am Schweinekiefer werden die Sausage Technique und andere Techniken zur Weich- und Hartgewebsregeneration trainiert.

Konzentrierte Kompetenz in Budapest VIP-Event Nobel Biocare

Netzwerken auf Ungarisch

Ende August 2015 fand in Budapest der Nobel Biocare VIP-Event der Region West statt. Rennommierte Referenten und zeitgemäße Themen konkurrierten mit dem Rahmenprogramm und den sommerlichen Temperaturen um die Gunst der rund 100 Teilnehmer.

„Sie haben ein gemeinsames Ziel – die Lebensqualität Ihrer Patienten wiederherzustellen“, begrüßte DACH-Geschäftsführer *Christian Berbalk* die Teilnehmer zum fachlichen Teil des Symposiums. Im ersten Fachvortrag „Ridge Augmentation using GBR“ präsentierte *Prof. Dr. Istvan Urban* die von ihm entwickelte Sausage Technique. Dabei wird eine resorbierbare Membran aus nativem Kollagen zur vollständigen Immobilisierung des Ersatzmaterials für die ersten Wochen der Knochenheilung verwendet. Damit können selbst stark horizontal atrophierte Kieferkämme ohne Titanverstärkung oder Plattentechniken granulär rekonstruiert werden. Der auf den Vortrag folgende Workshop ermöglichte den Teilnehmern die Technik am Schweinekiefer zu erproben. *Dr. Stefan Reinhardt* evaluierte in seinem Referat die Langzeitergebnisse nach unterschiedlichen Augmentationsverfahren unter der Anwendung des von *Prim. Dr. Rudolf Fürhauser* (Implan-

tatakademie Wien) entwickelten pinkesthetic-scores (PES). *Dr. Bastian Wessing* machte es sich mit seinem Vortrag: „Defektabhängige Handhabung von Kollagenmembranen bei unterschiedlichen dreidimensionalen Kieferkammdefekten“ zur Aufgabe, mehr Systematik und Struktur in die Verwendung der seit nunmehr etwa 20 Jahren verwendeten nativen Kollagenmembranen zu bringen. Der erste Kongresstag fand seinen Ausklang in einer Sightseeing Tour durch Budapest mit anschließendem Dinner Cruise bei wunderbarem Wetter.

Den Auftakt am zweiten Kongresstag bildete *Prof. Dr. Dr. Norbert Enkling*, der seine Erfahrungen mit Behandlungskonzepten für den zahnlosen Patienten aus Sicht der Universität als auch der Privatklinik darlegte. Immer gilt: Für den Therapieerfolg bedarf es eines patientenindividuellen Entscheids zur Therapievariante. *Dr. Christian Hammächer*

lenkte in seinem Vortrag „Implantate in der ästhetischen Zone bei Hart- und Weichgewebsdefekten“, ausgehend von den Grundlagen der Implantattherapie in diesem Indikationsbereich, besonderes Augenmerk auf die Risikoabschätzung sowie das hart- und weichgewebliche Krisenmanagement wie beispielsweise der Periimplantitistherapie und der Rezessionsdeckung am Implantat. Im Rhetorik Workshop leitete *Gregor Adamczyk* die Teilnehmer an, die Wirkungsweise und Macht der nonverbalen Kommunikation zu erproben. Die fantastische Atmosphäre und der Erfolg der Veranstaltung waren getragen von der positiven Energie der Teilnehmer und des Nobel Biocare Teams rund um Organisatorin *Gönül Kayan*, die einmal mehr für beste Rahmenbedingungen während der gesamten Veranstaltung sorgte. ■

Zorica Markovic

Aurea®

phibo^φ

We decode nature.

Aurea®: Design. Funktionalität. Ästhetik.



Tiefen- / Anschlagstop



Mehrfachbohrer mit Sammelkammer für autologes Knochenmaterial



Innenliegende Deckschraube und Knochenüberlagerung an der Implantatschulter bei Freilegung



Konische Innensechskantverbindung mit einer basalen parallelwandigen Torxverbindung



Aufgrund meiner langjährigen Erfahrung mit unterschiedlichen Implantatsystemen, knochenerhaltenden Maßnahmen und augmentativen Verfahren stelle ich fest, dass dieses System hervorragende Resultate zeigt.

*Dr. med. dent. Jörg Munack, M.Sc.,
ZahnMedizinischesTeam am Aegi (www.zmtaa.de),
Hannover*



Darüber hinaus bietet das System sowohl im implantologischen als auch prothetischen Bereich komplette Lösungen für das Labor und die Praxis.

*Dr. med. dent. Jens Becker, M.Sc.,
ZahnMedizinischesTeam am Aegi (www.zmtaa.de),
Hannover*





Kursbuch 2016 der Dentaforum-Gruppe mit vielen Fortbildungshighlights

20 Jahre CDC

Seit der Gründung im Jahre 1996 hat das CDC, Centrum Dentale Kommunikation, unter den verschiedenen Fortbildungszentren im Dentalbereich eine führende Rolle eingenommen. Doch die Dentaforum-Gruppe steht nicht erst seit Eröffnung des CDC für qualitativ hochwertige Kurse und Veranstaltungen. Sie verfügt vielmehr über eine langjährige Tradition und Erfahrung bei der Organisation von Kursen.

Bereits im Jahre 1910 wurden unter dem Namen *Arnold Biber* in Biber's Spezial-Laboratorium Kurse zum Thema Metall- und Porzellantechnik angeboten. In den 1980er Jahren wurden in erster Linie Modellgusskurse und KFO-Grundkurse absolviert. Danach wurde das Angebot durch Typodont-Kurse zur Geraden Bogentechnik sowie Titan- und Laserschulungen ergänzt. Das erste Kursprogramm nach der Gründung des CDC im Jahre 1996 umfasste 30 Kurse in den Bereichen Modellguss, Kronen- und Brücken-, Titan- und Lasertechnik, Orthodontie, Kieferorthopädische Zahntechnik, Implantologie, Keramik sowie Praxis- und Labormanagement. Mittlerweile werden mehr als 130 Kurse und Veranstaltungen zu den unterschiedlichsten Themen angeboten.

Das Veranstaltungshighlight in der Implantologie im April 2016 ist die International Dental Conference in Berlin. Ein engagiertes und erfahrenes Referenten-Team führt die Teilnehmer aus aller Welt drei Tage lang durch praxisbezogene



Workshops, Diskussionen und aktuelle Vorträge. Weiterhin finden an renommierten deutschen Universitäten die stets gefragten Implantationskurse an Humanpräparaten, die Fachtage Implantologie und die Kursreihen „Implantology step by step“ statt.

In der Orthodontie wurde das Kursangebot in den vergangenen Jahren deutlich erweitert. 2016 neu dabei sind die innovative Behandlung von Klasse II Gebissanomalien mit amda (advanced molar

distalization appliance) und Veranstaltungen zur digitalen Kieferorthopädie. In der Zahntechnik wurden die beliebten Modellguss-Kurse durch Kurse zur Teleskop- und Lasertechnik sowie vielfältige Keramik-Kurse ergänzt. Von einem erstklassigen Experten-Team werden das Handling mit dem ceraMotion-Keramiksyste m demonstriert und die verschiedenen Anwendungsmöglichkeiten dargestellt. Als besonderes Highlight im CDC-Jubiläumsjahr profitieren die Kursteilnehmer beim Kurs des Monats von 20 Prozent Jubiläumsrabatt. Um welchen Kurs es sich monatlich handelt, erfährt man direkt im Kursbuch 2016 oder unter www.dentaforum.de. Zusätzlich zum Kursbuch können sich Interessenten tagesaktuell auf der Dentaforum-Homepage über Fortbildungsangebote oder über den Dentaforum-Newsletter informieren. Des Weiteren steht das Kursbuch als App für das iPad, iPhone und für Android zur Verfügung. ■

Weitere Informationen:
www.dentaforum.com

**howare
you, doc?**

die Praxisbegleiter

Warum heißt Eure Firma
howareyoudoc?

Wir sprechen mit den
Menschen und beleben
die Herzlichkeit.

Was ist das Besondere an
howareyoudoc?

Wir wenden das Prinzip
der Quadrantensanierung
auf die Praxis an.

Und welche Rolle spielt
mindmaxx dabei?

mindmaxx ist das einfache
Organisationswerkzeug für
optimale Arbeitsabläufe.

Mit Herzlichkeit und Weitblick zur Praxis 3.0

Sprechstunde?!
+49 (511) 165958-0



www.hayd.info

MIND-QM® **mindmaxx**

Integriertes Organisationswerkzeug für intelligentes Qualitätsmanagement



Tom Stratton, President Implant Direct (3. von rechts) und Pedro Peñas, Wissenschaftlicher Leiter (4. v. re.), im Kreise der internationalen Referenten

3. Internationaler Implant Direct Symposium in Palma de Mallorca

Die implantologische Welt auf einer Insel

Implant Direct genießt in Kreisen renommierter und wissenschaftlich orientierter Kliniker eine solide Akzeptanz. So trafen sich Ende Oktober mehr als 500 Teilnehmer aus aller Welt in Palma de Mallorca zum 3. Internationalen Implant Direct Symposium. Das europäische Hauptquartier in Zürich hatte eine exzellente Organisation der kurzen Wege vorbereitet, und so gelang in zwei Tagen ein dichtgedrängtes Programm mit führenden Referenten aus allen Teilen der Welt.

Tom Stratton, President, und David Painter, Vice President International Sales, richteten zu Beginn des Symposiums herzliche Willkommensworte an die Teilnehmer und übergaben das Wort anschließend einem sichtlich bewegten Dr. Pedro Peña aus Madrid, der bewegt die Teilnehmer in allen vertretenen Landessprachen einen warmherzigen Gruß ehrbot. Dr. Philippe Khayat aus Paris leitete den fachlichen Teil mit dem spannenden Thema „Periimplantitis – spielen Oberfläche und Design von Implantaten eine Rolle?“ ein. Nach aufwendigen PubMed-Recherchen fanden sich annähernd ebenso viele Studien, die keinen Einfluss vermuten lassen, wie gegenteilige Arbeiten. Dr. Joan Pi Urgell aus Barcelona widmete sich alternativen Behandlungsoptionen beim atrophieren Oberkiefer. Er mahnte an, sich Zeit

zu lassen, um die Geweberegeneration bei atrophien Verhältnissen sorgfältig zu kontrollieren. Besonders der psychologische Effekt festsitzender Versorgungen sei groß, wie auch die internationale Studienlage zeigt. Dr. Jan Willem Vaartjes aus den Niederlanden leitete den nächsten Vortragsblock ein, in dem Dr. John Cavallaro aus New York die Teilnehmer an seiner „Legacy experience“ teilhaben ließ. Die Oberfläche des Implantats sei übrigens seit 23 Jahren unverändert. Eine Fünfjahresstudie mit dem Legacy-Implantat ergab nach abgeschlossenen Remodeling-Prozessen eine stabile Knochenhöhe an der Implantatschulter. Dr. Ates Parlar aus Ankara widmete sich Komplikationen beim Weichgewebsmanagement. Sein Vortrag gab eine umfängliche Übersicht über die biologischen Funktionen beim

Heilungsprozess weichgewebiger Strukturen und daraus folgend zu beachtenden Techniken und Kniffe, mit denen man sich die natürlichen Heilungsprozesse zunutze macht und Risiken periimplantärer Entzündungen vermeidet. Zum Abschluss des ersten Veranstaltungstages wurde der Gewinner der zum Symposium ausgelobten Präsentationen ausgezeichnet: Dr. Santiago Fernandez zeigte die Sofortversorgung einer parodontal schwer kompromittierten und atrophierten Situation auf 8 Legacy Kurz-Implantaten.

Früh am nächsten Morgen leitete Dr. Achim Schmidt aus München den Veranstaltungstag mit dem sehr aktuellen Thema der 3D-Diagnostik in der dentalen Implantologie speziell für Eingriffe im Oberkiefer ein. Dank Ultra Low Dose ▶

HELBO[®]

PHOTODYNAMISCHE THERAPIE

Beherrscht bakterielle Infektionen

„Erfolg seit über 15 Jahren wissenschaftlich belegt“

HELBO[®] antimikrobielle photodynamische Therapie (aPDT),
bewährt im Erhalt von Zähnen und Implantaten.
Keine Schmerzen. Keine Nebenwirkungen. Keine Resistenzen.

- **Sicher** | HELBO[®] - Einzigartiges System mit sterilen Komponenten.
- **Erstattungsfähig** | HELBO[®] - Erfüllt die Abrechnungskriterien der DKV.
- **Delegierbar** | HELBO[®] - Zahlt sich aus.

Mehr Informationen zur patientenfreundlichen HELBO[®]-Therapie direkt vom Marktführer
telefonisch unter **0 62 27 / 5 39 60-0**.



Infomaterial
anfordern unter
[http://helbo.bredent-
medical.com](http://helbo.bredent-medical.com)



SCANNE DIESE SEITE
MIT DER LAYAR APP

AKTIONSBÜNDNIS
gesundes Implantat



40 YEARS DENTAL INNOVATIONS
1 9 7 4
2 0 1 4

bredent group



Dr. Juan Pi Urgell, einer der Mitbegründer der EAO (oben li.), Renzo Cassellini, Schweizer Zahntechniker aus Los Angeles (oben Mitte), Dr. Philippe Khayat (unten li.), Dr. Maurice Salama war begehrtes Selfie-Objekt (unten Mitte) und Implant-Direct President Tom Stratton (re.)

CBCT kann die Strahlendosis abhängig vom Field of View inzwischen enorm reduziert werden. Die höheren Kosten würden durch eine mehrfach erhöhte Effizienz und Sicherheit mehr als wettgemacht. Kein chirurgischer Eingriff sei jedoch ohne Risiko, und es bedürfe guter Schulung, um sich die Vorteile der 3D-Diagnostik nutzbar zu machen. *Joseph Choukroun* aus Nizza hielt einen Vortrag zum von ihm entwickelten Wachstumsfaktorenkonzentrat A-PRF und I-PRF. Mesenchymale Stammzellen werden damit inzwischen für die tägliche Praxis nutzbar. Sein Landsmann *Dr. Marc Regrain* aus Le Raincy knüpfte an das digitale Thema des ersten Vortrags an und präsentierte mit dem Positdental-System eine von ihm speziell für die Sofortversorgung nach Extraktionen bevorzugte computergestützte Navigation. Mit Spannung erwartet folgte nach der Pause *Dr. Maurice Salama* aus Atlanta mit seinem Vortrag zu einem multidisziplinären Ansatz in ästhetischer Implantologie. Er betonte, wie wichtig die Teamarbeit und der kollegiale internationale Austausch sei und empfahl die Plattform Dental XP für stetes Lernen voneinander. Ein besonderes Zeichen für *Salamas* Kollegialität zeigte sich darin, dass er seinen Vortrag verkürzte, um *Renzo Cassellini* aus Los Angeles, dessen Präsentation am Vortrag technische Probleme bereitet hatte, doch

noch Gelegenheit zu seinem Vortrag zu geben. *Cassellini* zeigte in seinem Vortrag das ganze Spektrum moderner zahntechnischer Leistungen und implantatprothetischer 3D-Planungen sowie CAD/CAM-Lösungen unter ästhetisch optimalen Gesichtspunkten.

Am Nachmittag zeigte *Dr. Goncalo Dias* aus Portugal Strategien für vorhersagbar erfolgreiche Ergebnisse bei Sofortimplantationen in der ästhetischen Zone, *Dr. Mario Cappellin* aus Italien präsentierte seine Ergebnisse bei einem voll integrierten digitalen Workflow in der Implantat-Chirurgie und Prothetik und *Dr. Cristiano Caleffi* aus Rom schloss mit der DVT-gestützten Behandlung sowohl einfacher wie auch hoch komplexer Fälle mit den Swish-Implantaten thematisch passend an. Aus ihrer Praxis sei die 3D-Diagnostik aufgrund der deutlich gestiegenen Effizienz bei einfacher und deutlich erhöhter Sicherheit bei komplexen Fällen nicht mehr wegzudenken. *Dr. Francisco Marques dos Santos* aus Großbritannien betonte die minimalinvasive Vorgehensweise und atraumatische Extraktionstechniken. Auch er setzt kein Implantat ohne vorhergehende DVT, um möglichst lappenfrei zu arbeiten, füllt die Alveole mit partikulärem Material auf und setzt die temporäre Krone direkt auf, um so das Weichgewebe auszuformen.

Dr. Markus Lietzau aus Berlin trat mit dem provokanten Vortrag „Endodontie versus Implantologie“ an. Auch in der Endodontie hat es faszinierende Entwicklungen gegeben, über die heute selbst diffizile Fälle nach Fisteln und starkem Knochenverlust erfolgreich behandelt werden können.

Dr. Ramon Palmero aus Pamplona ist der Sohn des vor einigen Monaten leider verstorbenen chirurgischen und implantologischen Ziehvaters von *Pedro Peña*. *Dr. Palmero* gedachte eben diesem noch einmal mit sehr warmen Worten. Zusammen mit dem zahntechnischen Sidekick von *Iñigo Casares* präsentierte er die Idealform der Teamarbeit zwischen Zahnarzt und Zahntechniker und einem schon in der Planungsphase eingesetzten digitalen und von der Funktion bis zur abschließenden Weichgewebsästhetik gemeinschaftlich entwickelten Workflow. Der zuvor nur noch teilbezahnte Patient darf sich nun wieder den Steaks aus seiner Heimat erfreuen. Zusammenfassend betonten alle, der diagnostischen und der Planungsphase die größte Aufmerksamkeit zu widmen. Das thematisch dichte Symposium fand seinen Abschluss in einem unvergesslichen Abend auf der Finca Son Termens über der Bucht von Palma. ■

hypo-A

Premium Orthomolekularia

Optimieren Sie Ihre Parodontitis-Therapie!

55% Reduktion der Entzündungsaktivität in 4 Wochen!

60% entzündungsfrei in 4 Monaten durch ergänzende bilanzierte Diät



Parodontitis-Studie mit Itis-Protect HV
aMMP-8 Laborparameter zur Entzündungshemmung

Studien-geprüft!

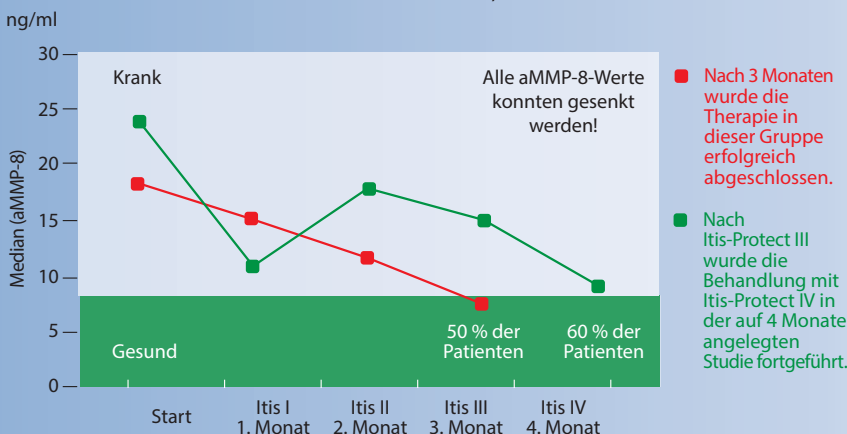


Itis-Protect I-IV

Zur diätetischen Behandlung von Parodontitis

- Stabilisiert orale Schleimhäute!
- Beschleunigt die Wundheilung!
- Schützt vor Implantatverlust!

aMMP-8 - Parodontitis-Studie 2011, Universität Jena



Info-Anforderung für Fachkreise

Fax: 0451 - 304 179 oder E-Mail: info@hypo-a.de

- Studienergebnisse und Therapieschema
- hypo-A Produktprogramm

Name / Vorname

Str. / Nr.

PLZ / Ort

Tel.

E-Mail

IT-BDIZ EDI 4.2015

hypo-A GmbH, Kücknitzer Hauptstr. 53, 23569 Lübeck
Hypoallergene Nahrungsergänzung ohne Zusatzstoffe
www.hypo-a.de | info@hypo-a.de | Tel: 0451 / 307 21 21

shop.hypo-a.de

Camlog Start-up-Days finden am 22. und 23. April 2016 in Frankfurt am Main statt

Log in to your future

In der Zeit vom Staatsexamen bis zur Verwirklichung der beruflichen Träume liegen einige Jahre der beruflichen Orientierung und Weiterqualifizierung. Der Werdegang junger Zahnmediziner trifft nach dem Studium auf viele Weichenstellungen, die kluge Entscheidungen erfordern. Eigene Praxis ja oder nein? Welche Fortbildungen und Tätigkeitsschwerpunkte passen zu mir? Welche Praxiskonzepte und Differenzierungsmöglichkeiten gibt es? Für diese wichtige Zeit der beruflichen Ausrichtung hat Camlog ein eigenes Fortbildungsformat entwickelt, das die Fragen beantwortet, die jungen Zahnmedizinern auf der Seele brennen.

Bei den Camlog Start-up-Days „Log in to your future“ am 22. und 23. April 2016 in Frankfurt am Main berichten junge Routiniers von ihren persönlichen Erfahrungen, die sie auf dem Weg zu ihrer heutigen, erfolgreichen zahnärztlichen Tätigkeit gesammelt haben. Das Programm umfasst zwei halbe Tage, sodass man noch bequem an- und abreisen kann und damit nur eine Übernachtung benötigt. Der erste Tag bietet sieben 30-minütige Vorträge zu spannenden Themen aus dem großen Feld der Implantologie. Im Anschluss an die Vorträge werden die beiden Moderatoren *Dr. Kathrin Becker*



und *Dr. Nils Weyer* mit den Referenten und dem Publikum eine Podiumsdiskussion führen. Am Abend geht es vom Radisson Blu Hotel ins Windows 25 hoch oben im Japan Tower zur Camlog Party. Der zweite Tag hat Workshop-Charakter

und bietet damit einen besonders hohen praktischen Nutzen. Es finden zwei parallele Durchläufe von neun theoretischen und praktischen Workshops statt. Damit kann jeder Teilnehmer zwei Workshops belegen, die jeweils zwei Stunden dauern. Am Ende der Workshops gibt es bei einem Stehimbiss reichlich Gelegenheit, die zwei Tage Revue passieren zu lassen und sich mit den Referenten und Teilnehmern kollegial auszutauschen. ■

Weitere Informationen:

www.log-in-to-your-future.de

Programm

Freitag, 22. April 2016

Die Camlog Erfolgsstory – was Sie garantiert noch nicht wussten
Michael Ludwig

Start-up: Ja oder Nein? Vom Maybe zum Bel
Frank Caspers

Business model implantology – are you ready?
Dr. Oliver Zernial

Standards in der Implantologie – wie wird aus komplex überschaubar und planbar?
Dr. Stefan Ulrici

Augen auf beim Praxisstart – wichtige Aspekte bei der Selbstständigkeit
Dr. Andreas Kraus

Eigeninitiative und persönliches Engagement – was will und kann ich leisten?
Dr. Angela Dergham, M.Sc.

Von der einfachen Zahnarztpraxis zum erfolgreichen Implantatzentrum – wie geht das?
Dr. Ralf Masur

Samstag, 23. April 2016

Ohne Konzept kein Kommerz – mein Weg zu persönlichem und wirtschaftlichem Erfolg
Bernd Wagner und Oliver Drifthaus

Start-up: Ja oder Nein? Ein Workshop für Maybes
Frank Caspers

Die Zukunft der Zahnmedizin ist weiblich – Erfolgskonzepte für Zahnärztinnen
Dr. Martina Obermeyer

Persönlichkeitsstrukturen erkennen und darauf eingehen mit der Insights MDT-Analyse – Gespräche erfolgreich führen
Sandra Steverding

Food for thoughts – wie finde ich meinen Weg zur Markenpraxis
Andrea Stix, M.Sc.

Fehlervermeidung und Komplikationsmanagement in der Implantologie – Tipps und Ideen für Beginner
PD Dr. Michael Stimmelmayer

My first implant – sicherer Einstieg mit den richtigen Techniken
Dr. Stephan Beuer, M.Sc.

Implantatprothetik von A wie Abutment bis Z wie zementiert
Dr. Jörg-Martin Ruppig und Danny Dorn

Naht- und Schnitttechniken in der Implantologie
Dr. Tobias Schneider

CERICX[®]

59,-€*
je ICX-Implantat
Alle Längen,
alle Durchmesser
*zzgl. MwSt.

In nur zwei Sitzungen zu einem strahlenden Lächeln

CERICX-Zirkon-Abutments – Jetzt auch für den molaren Bereich!

Die Vorteile für Behandler und Patienten:

- ✓ *Deutlich kürzere Stuhlbelegungszeiten für den Behandler – nur 2 Sitzungen*
- ✓ *weniger Sitzungen für den Patienten*
- ✓ *Gewinn von neuen Patienten durch „Abdruckfreie Implantatversorgung“ möglich*



*Auch für
Labore
geeignet!*

**0° Grad und 15° Grad – mit optimierter Prägengrenze
für intraorale Scansysteme und Cerec[®]-Scans –
in drei Zahnfarben und 5 Gingiva-Höhen.**

*Auch für
konventionelle
Abdrucknahme!*

Brånemark Osseointegration Center (BOC) Deutschland bietet praxisnahe Fortbildungen

Fit für die erfolgreiche Praxis

Das BOC Education Programm in Deutschlands einzigem Brånemark Osseointegration Center (BOC) bietet praxisnahe Fortbildungen. Integriert in einen internationalen Forschungsverbund werden Kollegen zusammen mit führenden Vertretern der allgemeinen, chirurgischen und ästhetischen Zahnmedizin fit für die erfolgreiche Praxis gemacht.

Mit seiner besonderen Kompetenz in der Implantologie setzt sich das BOC für Weiterbildung zum Wohle des Patienten getreu den Brånemark-Leitsätzen Respect Mother Nature und Less is More ein. Mit seiner Erfahrung und seinem Netzwerk will das Brånemark Osseointegration Center einen Beitrag zur permanenten Weiterentwicklung und Verbesserung der Zahnmedizin im Allgemeinen und der Implantologie im Besonderen leisten und neue Maßstäbe setzen. Die Prävention von zum Beispiel Parodontitis und Periimplantitis steht dabei ganz oben auf der Agenda. Das BOC beschäftigt ein Team erfahrener Spezialisten mit internatio-



Integriert in einen internationalen Forschungsverbund werden Zahnärzte in Deutschlands einzigem Brånemark Osseointegration Center (BOC) zusammen mit führenden Vertretern der allgemeinen, chirurgischen und ästhetischen Zahnmedizin fit für die erfolgreiche Praxis gemacht

ner Reputation. Das gut aufgebaute Netzwerk ermöglicht Zugriff auf das geballte Knowhow führender Mediziner und Opinionleader sowie auf den Erfahrungsschatz aus mehr als 50 Jahren Implantologie. Eigens initiierte klinische Studien zu Themen wie Osseo- und Periointegration sowie die wissenschaftliche Zusammenarbeit mit dem weltweit führenden Parodontologen und Harvard-Professor *Marc Nevins* belegen die hohen Fach- und Qualitätsstandards, die das BOC an sich selbst stellt und mit seinem Kursangebot weitergeben möchte. ■

Weitere Informationen:
www.boc-education.de

Kurs am Humanpräparat von Nobel Biocare für erfahrene Chirurgen am 15. Januar 2016 in Wien

Praktische Anatomie für Implantologen

Anatomische Grundlagen, implantationsrelevante Anatomie, Sinuslift, Sofortimplantation und chirurgische Aspekte der All-on-4-Behandlungsmethode – dies alles bietet der Intensivkurs am nicht fixierten Humanpräparat von Nobel Biocare. Dabei werden namhafte Implantologie-Experten durch den Kurs, der am 15. Januar 2016 in Wien stattfinden wird, führen und allen Fragen Rede und Antwort stehen.

Die menschliche Anatomie und deren Besonderheiten nehmen in der Implantattherapie einen wesentlichen Stellenwert ein. Dieser Kurs am Humanpräparat, den Nobel Biocare am 15. Januar 2016 in Wien anbietet, erlaubt es den Teilnehmern, die

Grundlagen der allgemeinen und speziellen Anatomie zu vertiefen und mehr Sicherheit in der Chirurgie und vor allem in der Implantologie zu gewinnen. Zudem werden durch die praktischen Übungen am Humanpräparat chirurgi-

sche Eingriffe wie Sinuslift oder Sofortimplantation trainiert.

Den Kursteilnehmern wird die Gelegenheit geboten, unterschiedliche Lösungsansätze kennenzulernen. Schwerpunkt ►

Die Referenten und Ihre Themen

Univ.-Prof. DDr. Gabor Tepper

Fachbereich Orale Chirurgie an der Universitätszahnklinik Wien und Privatpraxis für Implantologie, orale Chirurgie und ästhetische Zahnheilkunde

Univ.-Prof. DDr. Christian Ulm

Fachbereichsleiter Orale Chirurgie an der Universitätszahnklinik Wien und Privatpraxis für Implantologie, orale Chirurgie und Parodontologie

Priv.-Doz. DDr. Christoph Vasak

Fachbereich Orale Chirurgie an der Universitätszahnklinik Wien und Privatpraxis für Implantologie und orale Chirurgie

Univ.-Prof. DDr. Werner Zechner

Stellvertretender Fachbereichsleiter Orale Chirurgie an der Universitätszahnklinik Wien und Privatpraxis für Implantologie, orale Chirurgie und ästhetische Zahnheilkunde



des Kurses ist das praktische Training am nicht fixierten Humanpräparat mit dem Ziel, das chirurgische Vorgehen im Rah-

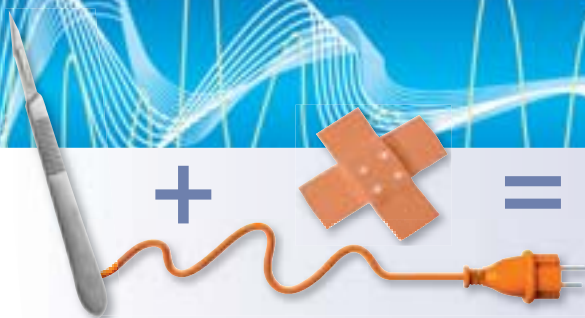
men Implantat-chirurgischer Eingriffe intensiv und praxisbezogen zu erlernen. Die Teilnehmerzahl ist beschränkt. ■

Weitere Informationen:

www.nobelbiocare.com

Die sanfte Chirurgie:

hf-Chirurgie
ab 999 €
zzgl. gesetzl. MwSt.



„hf-Skalpell“

Schnellere Wundheilung



hf Surg®

Das hf Surg®-Gerät bietet entscheidende Vorteile gegenüber dem Skalpell sowie dem Laser:

- modernste 2,2 MHz Technologie
- 14 verschiedene Schneidelektroden für extrafeine, gewebeschonende und drucklose Schnitte
- reduziert Blutungen und schafft glattere Wundränder
- Schnelle, schmerzarme Wundheilung

www.hagerwerken.de

Tel. +49 (203) 99269-0 · Fax +49 (203) 299283



Vereinbaren Sie eine kostenlose Demo



Aufmacher: Auf solche gefüllten Reihen kann man stolz sein

Synergiekongress der Praxis Dr. Markus Schlee und Kollegen

Periimplantitis – was die Zukunft bringt

Mit der Entzündung des periimplantären Gewebes droht manchem Patienten der Implantatverlust. Allein die amerikanische Gesellschaft für Parodontologie publizierte acht verschiedene Definitionen des Wortes Periimplantitis. Wie also bedeutet das Wort Periimplantitis genau? Gibt es eine wirksame Prophylaxe und Therapie? Welchen Einfluss haben chirurgisches Vorgehen, Weichgewebestruktur und -management sowie Material und Design der Abutments? Dieses spannende Thema zog 320 Kollegen Ende Oktober 2015 nach Bamberg in die Bayerischen Staatsphilharmonie zum 2. Synergiesymposium der Praxis Dr. Schlee und Partner.

Im Vorkongress informierte Steuerberater und Rechtsanwalt *Stephan Müller-Osten* über wichtige und oft vergessene Themen wie beispielsweise Personalführung, Erbfallvorsorge und Vermögensnachfolge. Er stellte dabei klar, dass es bei einem Ehescheidungsvertrag nicht um die Übervorteilung eines Partners, sondern um faire Gestaltung dieses Katastrophenfalls gehe. *Prof. Dr. Tomas Albrektsson* relativierte zunächst die



Immer ein Ereignis: Dr. Tomas Albrektsson

publizierten Daten über die Inzidenz von Periimplantitis und arbeitete heraus, dass diese primär von der Definition der Periimplantitis abhängt. Auch die Ursache für Periimplantitis werde oft missverstan-

den. In Wahrheit sei die Osseointegration eine Fremdkörper- und Abkapselungsreaktion, bei der das Implantat durch Deposition lamellären Knochens vom Körper abgegrenzt würde. Wird dieses Equilibri-



Schafft die Synergie aus geballter Information und entspannt-kollektiver Atmosphäre: Dr. Markus Schlee

um durch schlechte Implantate, schlechtes klinisches Handling und problematische Eigenheiten des Patienten gestört, kommt es zu immunologisch bedingtem, zunächst aseptischem Knochenabbau. Erst die sekundäre bakterielle Superinfektion führe dann final zu einer Abstoßungsreaktion. *Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets* berichtete über den Zusammenhang zwischen Dicke, Morphologie und Beweglichkeit des periimplantären Weichgewebes und der Periimplantitis. Er konnte aufzeigen, dass kompromittierende Faktoren durch geeignete Techniken veränderbar sind und nicht hingenommen werden müssen.

Dr. Christian Lex diskutierte in seinem praxisorientierten Vortrag sinnvolle diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die ein rechtzeitiges Erkennen der Entzündung und ein geeignetes Management des Biofilms ermöglichen. Beeindruckend war die Konsequenz, mit der er die Prophylaxe in sein Behandlungskonzept einschließt. *Ztm. José de San José González* berichtete in seinem Vortrag über das adäquate Design der Abutments und brach dabei eine Lanze für die prothetisch orientierte Implantatplanung. Er setzte sich für die Verwendung okklusal verschraubter Kronen und im Falle der Zementierung für einen su-pragingivalen Kronenrand ein. Die Bilder von sandgestrahlten oder angeschliffenen Abutment-Implantat-Interfaces aus

seinem Fundus zeigten auf verstörende Art und Weise wie wenig sich manchmal an einigen Stellen Gedanken über die Präzision gemacht werden. In die Thematik Therapie der Periimplantitis stieg *Dr. Markus Schlee* zum Abschluss des Wissenschaftsteils mit einem gescheiterten Fall ein. Aktuelle Therapiekonzepte versuchen Periimplantitis analog zu Parodontitis durch den Abtrag der Biofilme zu lösen. Aufgrund der Defektmorphologie und des Makro- und Mikrodesigns der Implantate ist dies mit den bekannten Möglichkeiten jedoch meist nicht möglich. *Schlee* demonstrierte das Ergebnis diverser Reinigungsmethoden von mit Biofilmen kontaminierten Prüfkörpern und Implantaten. Bakteriologische, mikroskopische und fluoreszenzmikrosko-

pische Tests zeigten insuffiziente Reinigungsergebnisse. Eine mögliche Lösung könnte ein neues galvano-elektrisches Reinigungsverfahren darstellen, mit dem es in vitro und im Tiermodell gelungen ist, den Biofilm komplett zu entfernen, alle Bakterien abzutöten, alle Kohlenwasserstoffe zu entfernen und die Implantatoberfläche wieder hydrophil zu gestalten.

Anschließend diskutierten die Teilnehmer mit allen Referenten noch lange über die Vorträge; und man war sich einig: Beim nächsten Synergiesymposium am 20. Oktober 2016 mit der Thematik „Kurz, fett oder lang?“ sieht man sich wieder. ■

STE

5. Internationaler Zeramex Kongress Bern am 16. Januar 2016

Legenden und Tatsachen

Es wurde schon viel über Keramikimplantate berichtet, geschrieben und weitererzählt. Doch was sind harte Fakten und was Legenden? Die Antworten auf diese und viele aktuelle Fragenstellungen rund um den Einsatz von Keramikimplantaten gibt der 5. Internationale Zeramex Kongress Bern, der am 16. Januar 2016 im Hotel Kreuz stattfinden wird.

Die Dentalpoint AG lädt am 16. Januar 2016 zum 5. Internationalen Zeramex Kongress nach Bern ein. Hochkarätige Referenten wie *Prof. Dr. sc. nat. Dieter Bosshardt*, *Dr. Urs Brodbeck*, *Dr. Kai Höckl*, *Univ. Prof. Dr. Dr. Siegfried Jank*, *ZTLM. Vanik Kaufmann-Jinoian* und *Dr. Michael Tegtmeyer* werden über ihre Erfahrungen mit Keramikimplantaten in der täglichen Praxis berichten.

Im Fokus der Vorträge steht das neue metallfreie, zweiteilige, verschraubbare Zeramex P6 Implantat. Hierzu werden die ersten Anwendungsfälle aus der Praxis sowie die neuesten Studienergebnisse präsentiert. Am Vorabend des Kongresses können die Teilnehmer während des Zeramex Flying-Dinners die Gelegenheit nutzen, sich im besonderen



Foto: © Bern Tourismus

Der 5. Internationale Zeramex Kongress Bern findet am 16. Januar 2016 im Hotel Kreuz statt.

Ambiente des alten Industriekomplexes „Dampfzentrale“ direkt an der Aare kollegial auszutauschen. ■

Weitere Informationen:
www.zra.mx/Kongress2016

Dental Balance diskutiert Kriterien für Indikationen und Materialien in der Implantatprothetik

4. Potsdamer Runde mit Ztm. Andreas Kunz

Ein kleines, feines implantatprothetisches Highlight mitten im Oktober findet bei der Potsdamer Runde am 7. Oktober 2015 statt. Ztm. Andreas Kunz, Berlin, spricht dort über moderne und fundierte Konzepte in der Implantatprothetik.

Mehrmals im Jahr organisiert das Unternehmen Dental Balance die Potsdamer Runde. An einem Abend stehen ein konkretes Thema und ein Referent im Mittelpunkt. Für den 7. Oktober 2015 lädt Dental Balance dazu ein, sich über fundierte im-

plantatprothetische Konzepte zu informieren und mit Ztm. Andreas Kunz, Berlin, dem Experten in Puncto Implantatprothetik, zu diskutieren. Er spricht auf der 4. Potsdamer Runde über Verankerungselemente bei Implantat-Suprakonstruktionen. Mit einem didaktisch erstklassig aufbereiteten Vortrag wird Ztm. Andreas Kunz erläutern, bei welcher Indikation Teleskope, Stege oder Locatoren angeraten sind und wann zum Beispiel die Galvanotechnik langfristig gute Erfolge bieten kann. Außerdem spricht er über Materialien sowie Technologien und thematisiert die Sinter-Verbundkrone. Dieser Abend bietet eine intensive Auseinandersetzung mit der komplexen Implantatprothetik. Viele Aspekte werden beleuchtet und gemeinsam diskutiert. In der kollegialen Atmosphäre der Potsdamer Runde sind Fragen erwünscht. Ztm. Kunz wird individuell darauf eingehen und Möglichkeiten zum Troubleshooting aufzeigen. Die



Ztm. Andreas Kunz spricht bei der 4. Potsdamer Runde über die Implantatprothetik



Steggetragene Prothese im Oberkiefer (Bildquelle Ztm. Andreas Kunz): Bei welcher Indikation ist welches Verankerungselement sinnvoll? Diese und weitere Fragen werden am 7. Oktober 2015 beantwortet.

Potsdamer Runde mit Ztm. Andreas Kunz findet am 7. Oktober 2015 im Restaurant Garage du Pont statt. ■

Weitere Informationen:
info@dental-balance.eu

curasan lädt zu den Frankfurter Implantologie Tagen (FIT) 2016

Hold the Date

Oralchirurgisch und implantologisch tätige Anwender sollten sich diesen Termin bereits vormerken: Am 11. und 12. März 2016 finden die Frankfurter Implantologie Tage (FIT) in Frankfurt am Main statt.

Unter dem Motto „FIT für intelligentes Knochenmanagement“ bringt die curasan AG Kliniker und Praktiker aus ganz Deutschland mit hochkarätigen Referenten zusammen. Die Teilnehmer



können dabei bis zu sieben Fortbildungspunkte erwerben. ■

Weitere Informationen:
www.curasan.de

DAS «WARUM» UND «WIE» DER REGENERATIVEN THERAPIE LERNEN

INTERNATIONALES SYMPOSIUM
**OSTEOLOGY
MONACO**
21. – 23. APRIL 2016
WWW.OSTEOLOGY-MONACO.ORG

Posterpräsentation

Einreichen der Abstracts bis 1. Dezember 2015 unter www.osteology-monaco.org

Sprache

Englisch
Klinisches Forum 1 mit Simultanübersetzung
Deutsch, Französisch und Italienisch

Veranstaltungsort

Grimaldi Forum, Monaco

Organisation

Osteology Stiftung
Landenbergstrasse 35
6002 Luzern | Schweiz

Tel. +41 41 368 44 44
info@osteology.org

Referenten/Moderatoren

Antoun Hadi | Araújo Maurício | Aroca Sofia | Becker Jürgen | Benic Goran | Beschnidt Marcus S. | Bonnet Franck | Bornstein Michael | Bosshardt Dieter | Buser Daniel | Cairo Francesco | Carvalho da Silva Robert | Chappuis Vivianne | Chen Stephen | Chiapasco Matteo | Cortellini Pierpaolo | Cosyn Jan | Dagnelid Marcus | Dahlin Christer | De Sanctis Massimo | Derks Jan | Fickl Stefan | Fontana Filippo | Giannobile William V. | Giesenhausen Bernhard | Gruber Reinhard | Grunder Ueli | Haas Robert | Hämmerle Christoph | Happe Arndt | Hermann Frederic | Holst Stefan | Jepsen Karin | Jung Ronald E. | Kasaj Adrian | Kim David | Koo Ki-Tae | Lang Niklaus P. | Malet Jacques | McClain Pamela K. | Merli Mauro | Neukam Friedrich W. | Nevins Marc | Nevins Myron | Nisand David | Rebele Stephan | Renouard Franck | Rocchietta Isabella | Rocuzzo Mario | Rothamel Daniel | Russe Philippe | Salvi Giovanni | Sanz Mariano | Scheyer Todd | Schlee Markus | Schlegel Karl Andreas | Schmelzeisen Rainer | Schwarz Frank | Sculean Anton | Simion Massimo | Thoma Daniel | Urban Istvan | Van de Velde Tommie | Wagner Wilfried | Weyer Nils | Wise Roger | Zabalegui Ion | Zucchelli Giovanni | Zuhr Otto

Wissenschaftlicher Vorsitz

Friedrich W. Neukam, Deutschland
Myron Nevins, USA

Registrierung: WWW.OSTEOLOGY-MONACO.ORG

Beiträge in der Rubrik Markt basieren auf Angaben der Hersteller und spiegeln nicht immer die Meinung der Redaktion wider.

Foto: Fotolia.com / Petrovich12

Interview Dr. Jan-Ove Nissen zur Kursreihe von Dentaureum

Unter dem Radar

Ein wenig „unter dem Radar“ fliegt Dentaureum mit seiner Kursreihe „Implantologie Step by Step“, die gemeinsam mit der Universität Lübeck unter der Schirmherrschaft von PDDr. Samer Hakim ins Leben gerufen wurde und sich einer großen Beliebtheit erfreut. In acht Modulen erhalten die Teilnehmer im Laufe eines Jahres Schritt für Schritt ein implantologisches Gesamtkonzept zur Implementierung in ihrer eigenen Praxis vermittelt. Wissenschaftliche Grundlagen sind ebenso Bestandteil der Kursreihe wie praktische Übungen und organisatorische Abläufe. Marianne Steinbeck, Projektmanagerin BDIZ EDI konkret, wollte gern wissen, welche persönlichen Erfahrungen ein bereits in eigener Praxis niedergelassener Zahnarzt mit diesem Angebot gemacht hat und sprach mit Dr. Jan-Ove Nissen aus dem schleswig-holsteinischen Gettorf.

Das Angebot an Curricula, Masterstudiengängen und anderen implantologischen Fortbildungen ist reich – warum haben Sie sich die Kursreihe von Dentaureum ausgewählt?

Unsere Praxis ist schon seit Jahren implantologisch aktiv und die kompetente und sympathische Unterstützung von Dentaureum Implants hilft bei jeglichen Fragestellungen rund um die Implantologie. Der Handelsvertreter der Firma hat mich auf die umfangreiche, gut strukturierte Fortbildungsveranstaltung aufmerksam gemacht. Nicht nur theoretische Grundlagen, auch der praktische Bezug findet in dieser Fortbildungsreihe seinen Platz. Ein zusätzlicher Anreiz war die gute Integrierbarkeit der Fortbildung in den laufenden Praxisbetrieb.

Welches war Ihr persönliches Kurs-Highlight?

Das letzte Modul stellte den OP-Tag unter Supervision eines Referenten dar. Da ich auf dem Feld der navigierten Implantologie noch nicht aktiv war, interessierte mich diese Technik besonders. Nach vorheriger gemeinsamer 3D-Planung des Falls mit dem Referenten, durfte ich einen solchen Fall operieren. Sehr spannend und interessant!



Dr. Jan-Ove Nissen

Ist es nicht seltsam, wenn eine Kursreihe von einem Industrieunternehmen angeboten wird – artet das nicht in eine reine Marketingveranstaltung aus?

Natürlich hat die Industrie Interesse daran sich als kompetenter und sympathischer Partner zu positionieren – die vermittelten Inhalte waren aber neutraler, universitärer Natur und auf jedes andere Implantat-System übertragbar. Dentaureum zeigte sich als sehr großzügiger Unterstützer und guter Organisator.

Somit konnten wir in Hands-on-Modulen die unterschiedlichsten Materialien kennenlernen und testen.

Darf man absolut blutiger Anfänger sein oder sollte man bereits einige Erfahrung mitbringen, um von der Kursreihe zu profitieren?

Sowohl als auch. Als Anfänger findet man einen guten Einstieg in ein sehr umfangreiches und hochinteressantes Spezialgebiet der Zahnmedizin. Wenn man bereits Erfahrungen hat, kann man diese auf angenehme Weise aktualisieren, ergänzen und vertiefen. Nette, kompetente Referenten stehen zudem zum umfangreichen Gedankenaustausch bereit.

Eignet sich die Kursreihe ausschließlich für Zahnärzte, die selber implantieren wollen?

Nein, auch Überweiser erhalten einen Einblick in die implantologischen Konzepte. Eigene Fälle lassen sich besser einschätzen, prothetische Planungen umsichtiger Realisieren.

Herzlichen Dank, Herr Dr. Nissen, für dieses informative Gespräch.

STE

22. – 27. Februar 2016, St. Anton am Arlberg, Österreich



PISTE

Professional Imaging, Surgery and Technique



Foto: TVB St. Anton am Arlberg/Josef Mallaun

www.piste-arlberg.de

Hands-on Kurse und hochaktuelle Vorträge mit Top-Referenten

Dr. Eduardo Anitua
Dr. Jochen Alius
Anja Balbach
Dieter Baumann
Prof. Dr. Ralf Bürgers
Dr. Torsten Conrad
Dr. Dirk Duddeck
PD Dr. Stefan Fickl
Dr. Jonathan Fleiner
PD Dr. Dr. Dr. Shahram Ghanaati
ZTM Christian Hannker
Dr. Bernd Hartmann

Dr. Detlef Hildebrand
ZTM Hans-Jürgen Joit
Prof. Dr. Norbert Krämer
ZTM Andreas Kunz
Dr. Stefan Liepe
Dr. Friederike Lotz
Dr. Ralf Masur
ZTM Niels Püschner
Dr. Peter Randelzhofer
Prof. Dr. Thomas Ratajczak
Frauke Reckord
ZTM Kurt Reichel

Holger Reinhoff
ZA Hinrich Romeike
Florian Schober
PD Dr. Dirk Schulze
ZTM Gerhard Stachulla
Dr. Dr. Andres Stricker
Dr. Dr. Ulrich Stroink
ZTM Jürg Stuck
Derya Usbas
Tina Vettors
PD Dr. Dietmar Weng
Dr. Susanne Woitzik

Anmeldung unter Tel. +49 211 87 55 08 0, E-Mail schmidt@kieferchirurgie.de oder unter www.piste-arlberg.de



Komet eröffnet neuen OnlineShop

Dentale Shoppingmeile online

Schon seit längerem wird die Komet-Vertriebsstruktur durch einen praktischen Onlineshop ergänzt. Die Komet-Homepage und die Shoppingmeile für Praxis und Labor erfuhren nun beide eine Auffrischung.

Aus den 3500 Qualitätsprodukten lässt sich mithilfe des neuen OnlineShops von Komet denkbar einfach und intuitiv die Wunschbestellung herausuchen. Die individuelle Kaufhistorie ist nach der Registrierung mittels der Kundennummer bereits hinterlegt. Die Nachorder damit mit nur einem Klick erledigt. Die Bebilderung der Instrumente bietet Sicherheit und erleichtert die Produktauswahl. Beim Stöbern nach neuen Produkten helfen drei nützliche Filter: Anwendung (zum Beispiel Kronenstrumpfpräpara-



tion), Kategorie (zum Beispiel Diamant) und Form. Die Kriterien können einzeln oder gleichzeitig eingegeben werden, um schnell zum Ziel zu führen. Wer auf diese Weise beim Wunschprodukt gelandet ist, wird mit wertvollen Zusatzinformationen

wie Gebrauchsanweisung, Broschüre, Produktinformation, Video und Fachberichte versorgt. Die klassische Auswahl nach Artikelnummer ist ebenfalls weiterhin möglich. Ob Smartphone, Tablet oder Desktop: Die Shopping-Seiten passen sich der Bildschirmgröße aller Endgeräte an. Eine schnelle und komplette Lieferung sind wie immer garantiert. ■

Weitere Informationen:
www.kometdental.de

Das International Team for Implantology (ITI) hat die ITI Online Academy auf den Weg gebracht

Das dentale Taschenmesser

Im Oktober des vergangenen Jahres hat das ITI (International Team for Implantology) die ITI Online Academy mit einem Bilderbuchstart auf den Weg gebracht. Seitdem erlebt die E-Learning-Plattform des ITI einen enormen Zuspruch. Die beiden ITI-Mitglieder, Dr. Uwe Lüdtkke aus dem niedersächsischen Uelsen und sein in Hamburg niedergelassener Kollege Dr. Sascha Pieger, berichten über ihre persönlichen Erfahrungen mit der ITI Online Academy und geben Einblicke in den Umgang mit diesem außergewöhnlichen Fortbildungstool.

Dr. Uwe Lüdtkke und Dr. Sascha Pieger nutzen seit Anfang dieses Jahres die ITI Online Academy und arbeiten sehr intensiv mit der laut ITI einmaligen E-Learning-Plattform. Die ITI Online Academy kombiniert hochwertige, evidenzbasierte Inhalte, maximale Flexibilität und Benutzerfreundlichkeit und möchte den Anwendern ein motivierendes Lernerlebnis bieten.

Die Inhalte der ITI Online Academy sind ganz auf die Bedürfnisse implantologisch tätiger Fachleute zugeschnitten. Ein benutzerzentrierter Ansatz leitet die

User ihrer individuellen Fortbildungsbedürfnisse entsprechend durch das umfangreiche Angebot an Inhalten.

Gemäß ITI stößt dieses Angebot sowohl bei ITI-Mitgliedern als auch bei Nichtmitgliedern auf reges Interesse. Die Plattform steht allen Zahnmedizinern mit Interesse an der dentalen Implantologie offen. ITI-Fellows und -Members profitieren allerdings von Sonderkonditionen auf käuflich zu erwerbende Lernmodule. Mit den sogenannten „Academy Points“, die man sich beispielsweise durch das Absolvieren von Assessments verdient hat,

lassen sich Lernmodule auch freischalten. Interessant für Einsteiger: Mit den kostenlosen Assessments zu einer Vielzahl von Themen sind mögliche individuelle Wissenslücken relativ leicht zu identifizieren.

Dr. Uwe Lüdtkke und Dr. Sascha Pieger berichten übereinstimmend, dass die ITI Online Academy mit ihren international namhaften Referenten und ihrer Vielschichtigkeit etwas besonderes sei. Laut Dr. Lüdtkke gehören die Dozenten zur ersten Garde der dentalen Implantologie und sind weltweit anerkannt. Die multimediale Inszenierung der Plattform ►

vergleicht *Dr. Pieger* mit einem Schweizer Taschenmesser, das bekanntlich in vielen Situationen wertvolle Hilfe leisten kann. Die Aktualität der Lerninhalte und ihre ständige Verfügbarkeit machen die ITI Online Academy für *Dr. Pieger* besonders attraktiv. „Wer sich gerne eigenständig Wissen aneignet, der sollte diese E-Learning-Plattform unbedingt ausprobieren und ihre Möglichkeiten testen, indem er sich zum Beispiel eigens eine konkrete Aufgabe stellt“, erklärt *Dr. Pieger*. *Dr. Lüdtk*e empfiehlt dem Einsteiger, nach dem ersten Einloggen zwei bis drei Stunden Zeit zu investieren, um so die Vielzahl an Optionen zu erkennen, die dieses Fortbildungstool bietet. Beide Zahnmediziner nutzen die Möglichkeit, eigene klinische Fälle zu archivieren oder

zu „teilen“. *Dr. Uwe Lüdtk*e verwendet das Tool außerdem, um persönliches Bildmaterial aus seiner Praxis zu sichern und vor Verlust zu schützen. Er will insbesondere diejenigen Kollegen zum Besuch der ITI Online Academy motivieren, die den Einstieg in die Implantologie planen und ihre Arbeit schon frühzeitig auf eine wissenschaftlich fundierte Basis stellen wollen. *Dr. Sascha Pieger* empfiehlt die ITI Online Academy mit den Worten: „Wenn ich einem Kollegen in drei Punkten kurz und prägnant die ITI Online Academy schmackhaft machen sollte, dann würde ich sagen: Man kann zu jeder Zeit an jedem Ort lernen, sein Wissen leicht überprüfen und hat Zugriff auf umfangreiches, evidenzbasiertes Wissen zum Thema dentale Implantologie. Wie bereits erwähnt, ist



Die Startseite der ITI Online Academy

die ITI Online Academy im Endeffekt das Schweizer Taschenmesser im E-Learning der dentalen Implantologie.“

Weitere Informationen:

www.iti.org/sites/germany

PTFE NAHTMATERIALIEN Monofilament

Weich, biologisch inert und
chemisch rückwirkungsfrei

OMNIA
Disposable Medical Devices

Für alle implantologischen und
parodontologischen Operationen
und Weichgewebetransplantationen

OMNIA S.p.A.
Via F. Delnevo, 190 - 43036 Fidenza (PR) Italy - Tel. +39 0524 527453 - Fax +39 0524 525230 -
VAT IT 01711860344 - R.E.A. PR 173685 - Company capital € 200.000,00

www.omniaspa.eu

Interview Dr. Wolfgang Bolz und Prof. Dr. Hannes Wachtel – Teil II: Patientenansprache und -führung

Wir unterscheiden zwischen drei klinischen Situationen

Mit mehr als 30 Jahren Erfahrung in Praxis- und Lehrtätigkeit in den Bereichen allgemeine Zahnmedizin, Parodontologie und Implantologie schöpfen Dr. Wolfgang Bolz und Prof. Dr. Hannes Wachtel in ihrer Praxisklinik implaneo in München aus einer langen und fundierten Praxiserfahrung. In der Ausgabe 3/15 des BDIZ EDI konkret sprachen Zorica Markovic, PR-Verantwortliche Nobel Biocare D-A-CH, und Thomas Stahl, Marketingleiter Nobel Biocare DACH, mit den beiden Ausnahme-Zahnärzten über die technischen Aspekte des All-on-4-Konzeptes. Beide betonten die richtige Patientenansprache und konsequente -führung vor, während und nach der Behandlung als mindestens ebenso wichtigen Erfolgsfaktor wie die klinische und technische Expertise.

Sie haben in sieben Jahren fast 800 Patienten mit All-on-4 versorgt – wie kommt es ausgerechnet im Großraum München zu einem so großen Potential geeigneter Fälle?

Prof. Dr. Hannes Wachtel: Dieser Strom an potentiellen Patienten hat uns auch überrascht. Wir wissen aus epidemiolo-

in unserer eigenen Klinik implementiert, sondern wollen auch Kollegen für diese Behandlungsmethode begeistern. Wir bieten deshalb spezielle Fortbildungen. All-on-4 ist dabei keine Überweisertherapie, das machen die Kollegen in ihrer eigenen Praxis und mit ihrem eigenen Team.

handlungstermin haben wir damit allein eine Umsetzrate von 45 Prozent, von dort zum tatsächlichen OP-Termin von 40 Prozent. Die Patienteninformation erfolgt bei uns via Internet, Radiowerbung – ein externes Callcenter wickelt für uns allein an die 2000 Anrufe im Monat ab – und In-



Dr. Wolfgang Bolz



Prof. Hannes Wachtel

gischen Untersuchungen, wie der Mundgesundheitsstudie DMS III und IV und SHIP-Studie, dass ein großer Bedarf an Versorgung vor allem in der älteren Bevölkerungsgruppe besteht. Beobachten Sie doch einmal selbst, wie viele ältere Menschen mit konventionellem, herausnehmbaren und schlecht funktionierenden Zahnersatz versorgt sind – und wie häufig der Wunsch nach festen Zähnen ist. Daher haben wir All-on-4 nicht nur

Dr. Wolfgang Bolz: Wichtig ist, die Information zu dieser Therapie an den Patienten zu bringen. Dafür beschäftigen wir eigens Behandlungskordinatoren, die den Patienten von der Erstberatung bis zum Recall-Management und nach der Behandlung begleiten. Das sind ausnahmslos top ausgebildete zahnmedizinische Verwaltungsangestellte, die dem Patienten keine Antwort schuldig bleiben. Von der reinen Anfrage bis zu einem Be-

foabende, zu denen monatlich zwischen 30 und 50 Patienten erscheinen. Sie sehen also, wie hoch der Bedarf an sich ist. Damit haben wir unsere Fallzahl in drei Jahren fast verzehnfacht, ohne jegliches aggressives Marketing.

Wachtel: Viele Kollegen haben nach wie vor Scheu vor dem Wort „Marketing“, aber wir haben eine Vision: Alle Patienten, die bereits zahnlos sind oder ihre

Zähne in absehbarer Zeit verlieren werden, sollen in den Genuss dieses Konzepts und der damit so klar verbesserten Lebensqualität kommen dürfen. Die Information, dass feste Zähne in einem Tag möglich sind, sollte diese Bevölkerungsgruppe kennen.

Wie setzt sich die Patientenausrichtung dann in der Praxis fort?

Wachtel: Wir beschäftigen allein drei Anästhesisten. Je älter die Patienten sind, desto multimorbider sind sie. Das heißt, dass der Bedarf an perfekt ausgerüsteten Narkoseärzten umso größer ist. Daneben haben wir spezielle FDZ-Hygienemitarbeiterinnen, die einen engmaschigen Recall gewährleisten. Wenn unsere Patienten drei Mal im Jahr zum Recall kommen, erhalten sie eine besondere Sechsjahres-Garantie.

Wie sprechen Sie die Patienten im Einzelnen an?

Bolz: Wir unterscheiden zwischen drei klinischen Situationen, mit denen Patienten zu uns kommen: Erstens, der komplett zahnlose Patient, der mit seiner herausnehmbaren Versorgung grundsätzlich zurecht kommt, aber jetzt aufgrund fortgeschrittener Kieferatrophie keine zufriedenstellende Funktion mehr hat. Hier kann man mit wenigen Implantaten, im Unterkiefer auch mit nur einem Implantat, die Situation entscheidend verbessern und die Funktion und Lebensqualität wiederherstellen. Der Patient bleibt aber weiterhin abnehmbar versorgt. Zweitens, der komplett zahnlose Patient, der mit seiner herausnehmbaren Versorgung nicht zurecht kommt und wieder feste Zähne wünscht. Hier ist grundsätzlich festsitzender, implantatgetragener Zahnersatz indiziert. Und Drittens, der Patient, der ein nicht mehr funktionierendes Gebiss mit wenigen stark geschädigten Pfeilern aufweist, fest oder herausnehmbar versorgt. Der Patient ist langsam in diese Situation hineingeschlittert. Häufig spielen Angst, Scham, Enttäuschung, verlorenes Vertrauen sowie die Vorstellung von langwierigen und intensiven Behandlungen eine

große Rolle. Gerade dann hat eine schnell durchzuführende, festsitzende Versorgung ohne Augmentationen mit geringer Morbidität enorme Vorteile. Dreidimen-

Safe the Date

The patient journey to fixed teeth in one day

The severely atrophic maxilla restored with zygomatic implants

2-Tages-Kurs (Kursprache Englisch)
4. bis 5. März 2016, jeweils 8.00-17.00 Uhr
fortbildung@nobelbiocare.com
www.implane.com

sionale Planung, Planungssoftwares wie NobelClinician und spezielle Implantate wie auch das Zygoma-Implantat helfen, diese oft aussichtslos erscheinenden Situationen zu lösen.

Wachtel: Für all diese Fälle gibt es ganz individuelle Beratungsprotokolle.

Wie ist im Einzelnen der Ablauf durch die Behandlungskordinatorinnen?

Bolz: Behandlungskordinatorin eins übernimmt die Erstinformation, klärt über das Konzept auf und berät den Patienten über die Möglichkeiten, die bei seiner individuellen Ausgangssituation indiziert wären. Sobald der Patient sich eine Versorgung vorstellen könnte, kommt es anschließend zur Untersuchung durch den Behandler. Erst anschließend übernimmt die Behandlungskordinatorin zwei und klärt den Patienten unter an-

derem über die Kostenaspekte und den Krankenkassenanteil auf. In dieser Phase kommen auch psychologische Aspekte zum Tragen – hat der Patient noch Unsicherheiten oder Ängste, müssen diese an dieser Stelle geklärt werden. Erst wenn der Patient die Vorbereitungen erfolgreich und zu seiner vollen Zufriedenheit durchlaufen hat, erfolgt die Terminierung, Planung und Vorbereitung der Behandlung.

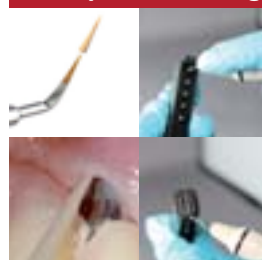
Die Anzahl zahnloser Patienten wird dank deutlich verbesserter Prophylaxe und Ernährung doch eher abnehmen – ist Ihr Modell daher nicht ein Auslaufmodell?

Wachtel: In der westlichen Welt – von anderen Regionen ganz zu schweigen – wird entgegen einiger Statistiken die Versorgungsnotwendigkeit zunehmen, da schlicht der Alterseffekt in den meisten Erhebungen vergessen wird. All unseren tatsächlich deutlich verbesserten Methoden der Zahnerhaltung läuft immer wieder die erneut steigende Lebenserwartung davon.

Bolz: Parodontalerkrankungen nehmen zu, es kommen aber nur zwei Prozent der Betroffenen zur systematischen Paro-Behandlung. Damit ist auch hier eine Zahnlosigkeit absehbar. Die Hälfte unserer All-on-4-Patienten sind schon heute unter 60 Jahren.

Herr Prof. Wachtel, Herr Dr. Bolz, herzlichen Dank für dieses Gespräch

Implantat-Pflege: EINE Spitze - ZWEI Funktionen



zantomed

PEEK-Ultraschallaufsatz zur schonenden und gründlichen Implantatprophylaxe

weitere Angaben im Shop



Tel: 0203 . 80 510 45

www.zantomed.de

Interview mit Thomas Jaberg, Geschäftsführer Vertrieb und Marketing der Intradent Deutschland GmbH

Kooperation mit Zukunft

Medentika hat sich in den vergangenen zehn Jahren als Hersteller individualisierbarer Prothetikkomponenten etabliert. Mit dem Partner Intradent Deutschland GmbH werden jetzt auch vermehrt Zahnärzte angesprochen. Marianne Steinbeck, Projektleitung BDIZ EDI konkret, sprach dazu mit Thomas Jaberg, Geschäftsführer Vertrieb und Marketing der Intradent Deutschland GmbH. Er verfügt über eine langjährige, internationale Managementenerfahrung im Bereich der Implantologie.

Bright choice. Bright smiles: Welche Aufgaben übernimmt der neue Partner Intradent bei der Kooperation mit Medentika?

Intradent wurde 2014 von einem erfahrenen Team als Distributionsplattform für den internationalen Vertrieb zahnmedizinischer Lösungen gegründet. Seit Anfang dieses Jahres arbeiten Medentika und Intradent in Hügelsheim zusammen. Medentika fokussiert weiterhin die Entwicklung, Optimierung und Herstellung von Produkten für die Implantologie. Mit dem eigenen Implantatsystem Microcone wird Medentika jetzt auch zu einem attraktiven Partner für den Zahnarzt. Die Vermarktung in Deutschland und den Ausbau des internationalen Geschäftes übernimmt Intradent. Dieser spezielle Fokus auf die einzelnen Kernkompetenzen der Unternehmen Marketing/Vertrieb und eigene Entwicklungen/Produktoptimierungen stellt sicher, dass Kunden zuverlässige Leistungen zu optimalen Preisen angeboten werden.

Was ändert sich für den Kunden?

Neben dem bewährten Produktprogramm wird Medentika über die Intradent Deutschland GmbH in absehbarer Zeit eine größere Anzahl neuer Produkte

präsentieren. Ziel ist es, die bewährte Kundenfreundlichkeit noch weiter auszubauen. Medentika-Produkte werden über das Netzwerk von Intradent noch einfacher verfügbar. Wir bauen konsequent unser qualifiziertes Mitarbeiterteam aus, um flexibel auf individuelle Wünsche eingehen zu können.

Welche Entwicklungen sind aus dem Zusammenspiel Straumann und Intradent zu erwarten?

Intradent sieht sich als eigene Organisation und bietet auch dementsprechend eigenständige Produkte und Dienstleistungen an. Die Zugehörigkeit zur Straumann Gruppe hat den Vorteil, dass Intradent eine sichere Basis für eine langfristige Präsenz darstellt und ein entsprechend solider Geschäftspartner für Labore und Zahnmediziner ist.

Welche Vorteile bietet die Entwicklung, Optimierung und Herstellung von eigenen Medentika Originalprodukten den Laboren und Zahnärzten?

Medentika hat mit den angebotenen Titanbasen und den Lokatoren von Novaloc den prothetischen Markt der pragmatischen Versorgungen in Deutschland mitgeprägt. Ein Fokus von Medentika ist die schon erwähnte Optimierung prothetischer Komponenten. Bei diesen Optimierungen handelt es sich nicht um Kopien von Prothetikteilen der Originalanbieter, sondern um eigens entwickelte und mit hoher Präzision in Deutschland gefertigte Komponenten.

Für welche Implantatsysteme sind weitere, optimierte Produkte zu erwarten?



Thomas Jaberg

Die Palette der optimierten Produkte für alle gängigen Systeme wird weiter ausgebaut. Insbesondere die PreFace-Produkte sind gerade jetzt um die Linien von Camlog, Bego und ICX erweitert worden. Wir befassen uns natürlich auch mit weiteren aktuellen Themen der Implantologie und werden dazu entsprechende Produkte anbieten. So wird es zum Beispiel bei den Lokatoren Weiterentwicklungen geben, die wir noch in diesem Herbst vorstellen werden. Neu wird im kommenden Jahr das Quattrocone-Implantsystem auf den Markt kommen. Hier stehen insbesondere der Trend zu hoher Primärstabilität und die Versorgung von zahnlosen Patienten mit vier Implantaten interforminär gesetzt im Fokus.

Herr Jaberg, vielen Dank für das Gespräch.

Weitere Informationen:
www.medentika.de



Interview mit Lütfü Agic, Generalvertreter der C-Tech-Implant Deutschland

Italienisches Design trifft Schweizer Fertigungspräzision

Seit einiger Zeit macht die C-Tech-Implant im Markt auf sich aufmerksam, die in ihrer 1500 Quadratmeter großen Fertigungsstätte in Bologna mehr als 25 Jahre Erfahrung in der Forschung und Entwicklung von Implantaten und assoziierten Peripheriegeräten in sich vereint. Dabei bietet C-Tech mit ihrem Sortiment für jede gängige Problematik in der implantologisch tätigen Praxis eine Lösung an. Nun gelang es dem Management der C-Tech-Implant, Lütfü Agic, einen vielen Anwendern bekannten Experten, als Generalvertreter für den Dentalmarkt in Deutschland zu gewinnen. Marianne Steinbeck, Projektmanagerin des BIDZ EDI konkret, nahm sich die Zeit, um mit Lütfü Agic über seine Zukunftsvisionen zu sprechen.

Wofür steht der Name C-Tech eigentlich?

Wörtlich für „Century Implant Technologies“, inhaltlich stehen wir vor allem für Qualität und Service. Deshalb war es der Firma C-Tech-Implant beispielsweise sehr wichtig, die QM-Zertifizierung seiner eigenen Fertigungsstätte in Bologna durch eine deutsche Stelle, in diesem Fall dem TÜV Süd, zu durchlaufen, um die Hochwertigkeit der Produkte zu dokumentieren.

Der Markt für Implantate in Deutschland ist von einem Wachstumsmarkt zu einem Verdrängungsmarkt geworden – wo rechnen Sie sich Ihre Chancen aus?

Mit unserem breiten Angebot erhält der Implantologe mit dem C-Tech Implantatensystem für jede Indikation eine Lösung. Neben unseren einteiligen Mini-Implantaten bieten wir zweiteilige Gingiva Level- oder Bone Level-Implantate sowie das an anspruchsvolle Ästhetik ausgerichtete Esthetic Line-Implantat an. Nicht zu vergessen das durchmesserreduzierte Narrow-Implantat. Auch im Design entsprechen wir den Wünschen des Anwenders nach zum Beispiel einer konischen Innenverbindung oder einem integrierten Platform-Switching. Unsere Kunden können sämtliche Praxislösungen bei uns aus einer Hand bekommen. Daneben fließen bei uns 25 Jahre Erfahrung in der Entwicklung und Herstellung von Implantaten zusammen. Die Fertigung unserer Produkte erfolgt auf Schweizer CNC-Maschinen und wir unterziehen uns freiwillig einer sehr hohen Qualitätskontrolle, die über



Lütfü Agic

die normalen Zertifizierungsvorgaben weit hinausgeht. Zusätzlich erweist sich der weltweite Vertrieb unserer Produkte als großer Vorteil. Die Marktanforderungen der jeweiligen C-Tech-Länder werden individuell von einem Expertenteam ausgewertet und analysiert. Folgedessen entsteht eine breite Produktpalette, die keine Kundenwünsche offen lässt. Persönlich kann ich auf eine mehr als zehnjährige Erfahrung in der dentalen Implantologie in Deutschland und einer damit optimalen Vernetzung zurückgreifen.

Nennen Sie uns ein konkretes Beispiel für Ihr innovatives Gefühl?

Unsere provisorischen Abutments zum Beispiel. Früher wurden sie aus Glasfaser hergestellt, heute sind sie aus dem Hochleistungskunststoff PEEK. Andere Unternehmen sind hier noch nicht so weit beziehungsweise nicht so breit aufgestellt wie wir. Neben unseren tem-

porären PEEK-Abutments bieten wir auch schleimhautschonende Heilkappen aus diesem Material an. Zusätzlich kann man mit unserer Sekundärkappe aus PEEK Prothesen vorübergehend stabilisieren. Manche Produkte sind dabei teilweise aus individuellen Kundenanfragen entstanden, die wir in kürzester Zeit umsetzen konnten. Auch das verstehen wir als unseren besonderen Kundenservice.

Was sind Ihre nächsten Ziele?

Wir planen, im kommenden Jahr unsere bisherigen Kurse, in denen wir den Zahnärzten die Qualität und die simple Anwendung des Systems näherbringen, noch weiter auszubauen. Zudem werden wir 2016 weiterhin Exkursionen nach Bologna organisieren, um die Anwender vor Ort von der Qualität der C-Tech-Produkte zu überzeugen. Wenn ein Zahnarzt in unserem Werk sieht, welches Knowhow hinter so einem kleinen Implantat steckt und wie es hergestellt wird, wächst sofort das Vertrauen in unsere Verlässlichkeit, Qualität und unserem besonderen Kundenservice. Nicht zuletzt laufen ergänzend zu unseren bereits bestehenden Studien derzeit unter anderem an der Universität Frankfurt am Main in Auftrag gegebene Untersuchungen, die im Laufe des kommenden Jahres publiziert werden.

Vielen Dank, Herr Agic, für Ihre Zeit und dieses Gespräch.

Dr. Gregori M. Kurtzman, Maryland/USA, zeigt, wie die Abformung mit dem Folienlöffel Miratray Implant gelingt

Fortschritte im Bereich der Implantatabformung

An der Universität Aachen wurde ein Löffel für die Abformung mit Folientechnik für die Implantologie entwickelt. Die Methode ermöglicht eine schnelle, leichte, saubere und präzise Positionierung der Implantate.

Abformungen bilden das Herzstück einer jeden Behandlung, wenn indirekte Restaurationen geplant sind, jedoch schenken die meisten Behandler dem Thema „Abformung“ zu wenig Aufmerksamkeit. Dentallabore beklagen sich immer wieder darüber, dass die Qualität der angelieferten Abformungen zu wünschen übrig lässt, was die Herstellung der gewünschten Restaurationen erheblich erschwert. Die Samet Studie belegt, dass 89 Prozent aller an Labore gesandten Abformungen sichtbare Mängel aufweisen. Besonders kritisch ist die Qualität der Abformung bei festsitzenden Implantaten. Da Implantate nicht das gleiche Desmodont aufweisen wie natürliche Zähne, verhindern schon leichte Abweichungen bei der Abformung einen passiven Sitz der fertigen prothetischen Arbeit. Dieser mangelhafte passive

Sitz verursacht Druck auf die Implantate, was zu krestalem Knochenabbau sowie zu Spannungen auf die einzelnen Komponenten führen kann, eventuell bis hin zum Bruch der Implantatschraube oder zum Versagen der Prothetik.

Geschlossener oder offener Abformlöffel

Implantate, die mit einer verschraubten Prothetik versorgt werden sollen, können mit direkt auf den Implantaten verschraubten Abformpfosten (-kappen) abgeformt werden. Im Gegensatz zur Abformung mit natürlichen Abutments benötigt man bei Implantatabformungen keine Retraktion zur Berücksichtigung der subgingivalen Aspekte der Implantatbefestigung. Man platziert einen Abform-

kopf auf die jeweilige Implantatbefestigung und es entsteht eine Abformung durch die geschlossene oder offene Abformnahmetechnik. Es bestehen sehr wohl Unterschiede zwischen den beiden Techniken, und es gibt klinische Argumente für die jeweilige Bevorzugung einer dieser Methoden. Obwohl der Behandler für die Abformung mit dem geschlossenen Löffel weniger klinische Erfahrung benötigt als für die Abformung mit den Abformköpfen der offenen Löffel, erfordert diese Technik nach intraoraler Entfernung eine Neuausrichtung der Abformköpfe in der Abformung. Wenn diese nicht genau in der horizontalen Achse ausgerichtet werden (in der Abformung in die korrekte Position gedreht), kann dies zu Problemen mit der Implantatverbindung führen. Nicht geschienter Zahnersatz



Abb.1 Miratray Implant für Ober- und Unterkiefer, erhältlich in klein, medium und groß.



Abb.2 Komplette Oberkieferabformung für fünf Implantate mit Miratray Implant nach intraoraler Entfernung.



Abb. 3 Miratray Implant, eingesetzt zur Demonstration des Abformabutments im Löffel mit der Abformung des gesamten Oberkiefers.



Abb. 4 Intraoral eingesetztes Miratray Implant, gefüllt mit Abformmasse; der Haltestift durchsticht die transparente Folie des Löffels.

muss in die gewünschte Position gedreht werden. Wenn dieser nicht vollständig eingebracht ist (Vertikalachse), wird die Restauration nicht die gewünschten okklusalen Bedingungen aufweisen. Außerdem kann es zu Abweichungen zwischen den einzelnen Befestigungen kommen, da bei der geschlossenen Technik normalerweise weniger harte Materialien eingesetzt werden, um ein Wiedereinsetzen der Abformabutments zu ermöglichen. Stents, die die Präzision zwischen den Befestigungen garantieren, können bei geschlossenen Löffeln im Abformstadium nicht benutzt werden, da sonst die Abformung nicht entfernt werden kann, ohne ihn vom Stent und den Abutments abzureißen. Wenn ein Stent zur Verifizierung der Masterabformung gewünscht wird, wird eine zusätzliche Sitzung zur Anpassung notwendig. Außerdem kann dies dazu führen, dass das Labor die Abformung vor der Herstellung der Prothese abändern muss. Aus diesem Grund bieten offene Abformlöffel dem Behandler sowie dem Labor erhebliche Vorteile. Sie erlauben den Einsatz von Materialien mit größerer Endhärte, was den Vorteil hat, dass die Befestigungen in exaktem Verhältnis zueinander in richtiger Orientierung erfasst werden. Ein Stent kann bei der Abformung angefertigt werden, was eine zusätzliche Sitzung zur Verifizierung der Masterabformung unnötig macht. Da die Abutments bei intraoraler Entfernung in der Abformung eingebettet sind, verhindert man außerdem Probleme, die bei der

Reinsertion der Abutments in die Abformung entstehen können. Bei der Technik des offenen Löffels wurden Abformungen traditionell entweder durch die Herstellung eines maßgefertigten Löffels mit Öffnungen in der okklusalen Oberfläche oder mithilfe von handelsüblichen Löffeln, deren Öffnungen in der okklusalen Oberfläche angepasst wurden, genommen. Bei der Entscheidung für einen maßgefertigten Löffel entstehen zusätzliche Kosten und ein höherer Zeitaufwand, da vor der Herstellung des Löffels im Labor eine Vorabformung und ein Modellguss notwendig werden. Die große Herausforderung bei beiden Techniken ist die, dass man beim Einsetzen den mit Abformmaterial gefüllten Löffel so lange drehen muss, bis die langen Stifte an den vorgegebenen okklusalen Öffnungen austreten. Diese Herausforderung steigt mit der Anzahl der Befestigungen im Kiefer.

Miratray Implant Advanced Tray

Das Miratray Implant Tray vereinfacht den Prozess der Abformung mit offenem Löffel. Der Löffel ist in jeweils drei Größen für Ober- und Unterkiefer erhältlich. Jeder Löffel ist einzigartig im Design (Abb.1). Die okklusale Oberfläche ist mit einer transparenten Folie bespannt, sodass die Köpfe der intraoralen Stifte gut sichtbar sind. Retentionsschlitze und eine Innenkante sorgen für eine mechanische Retention und vermeiden somit das Herausquellen des Abformmaterials. Wenn der Behand-

ler diese Wirkung durch ein PVS-Löffeladhäsiv verstärken will, sollte er dieses nicht auf der Folienoberfläche aufbringen, da ansonsten die Sichtbarkeit der Stifte beim Einsatz des Löffels negativ beeinflusst werden kann. Außerdem sei erwähnt, dass PVS-Löffeladhäsive an Puttymaterialien nicht haften und somit die Retention des Materials im Löffel nicht erhöht wird. An Materialien mit anderer Endhärte haftet der PVS-Löffel adhäsiv. Bei dieser Technik wird der Löffel mit geeignetem Abformmaterial gefüllt; es wird entweder ein Universal- PVS oder ein Löffel- beziehungsweise Putty-PVS empfohlen. Der Löffel wird dann intraoral eingeführt und nach unten gedrückt, bis die Spitzen der Stifte durch die transparente Folie sichtbar werden. Jetzt muss der Behandler den Löffel noch weiter nach unten drücken, bis die Stifte die Folie durchstechen und deutlich sichtbar herausragen. Das Abformmaterial befindet sich in der Folie, sodass, im Gegensatz zu individuell angepassten Löffeln, die Abformmasse die Sicht auf die Spitzen der Abformstifte nicht beeinträchtigt. Nach der Aushärtung werden die Haltestifte gegen den Uhrzeigersinn gedreht und aus dem Material entfernt. Die Abformung kann aus dem Mund entfernt werden (Abb. 2). Die Ausgestaltung des Löffels ermöglicht einen Einsatz bei allen Situationen, auch bei teilweise oder komplett unbezahnten Kiefern. ■

Weitere Informationen:
www.hagerwerken.de

Neues Washtray von Dentsply Implants für die maschinelle Reinigung

Sicher, gesetzeskonform und komfortabel

Die Hersteller von wiederaufbereitbaren Medizinprodukten sind verpflichtet, detaillierte Instruktionen für die manuelle sowie für die maschinelle Reinigung der chirurgischen Instrumente zur Verfügung zu stellen. Um die maschinelle Reinigung nicht nur sicher und gesetzeskonform, sondern auch einfach und komfortabel zu gestalten, hat Dentsply Implants ein neues Washtray entwickelt.

Für das Astra Tech-Implantatsystem EV ist es bereits erhältlich – auch als Variante für die computergestützte Implantologie mit Simplant. Washtrays für die Implantatsysteme Ankylos und Xive sind in Vorbereitung. In diesem Tray werden die Bohrer in Instrumentenhaltern einzeln arretiert. Das Design des Washtray-Einsatzes ist dem Einsatz der Kunststoff-Chirurgie-Kassette sehr ähnlich. Dies ermöglicht größtmögliche Übersichtlichkeit für die Assistenz bei der Instrumentenaufbereitung. Die Bohrer sind durch die neu entwickelte Halterung mit Metallfedern im Tray befestigt und können auch bei Drehen oder Kippen des Washtrays nicht herausfallen. Die Instrumente verbleiben während der gesamten maschinellen Wiederaufbereitung im Washtray, sodass das zeitaufwendige Ausräumen und erneute Einsortieren der Instrumente entfällt. Da vor Beginn der

Wiederaufbereitung nur grobe Verunreinigungen entfernt werden müssen, sinkt zudem die Verletzungsgefahr der mit der Wiederaufbereitung betrauten zahnmedizinischen Fachkräfte oder Hygienebeauftragten. Zerlegbare Instrumente, wie zum Beispiel die Drehmomentratsche, werden vor der Reinigung wie üblich und vorgeschrieben demontiert und in den eigens dafür entwickelten Instrumenten-Siebkorb gelegt.

Mit dem Washtray können alle Instrumente in einer übersichtlichen Anordnung alle Schritte der Wiederaufbereitung vom Behandlungsstuhl über die komplette Aufbereitung wieder zurück zum OP durchlaufen. Dieser Prozess beginnt mit der zwingend erforderlichen Vorreinigung im Ultraschallbad. Anschließend erfolgt die maschinelle Reinigung im Wasch- beziehungsweise Desinfekti-

onsgerät. Zum Abschluss wird das Tray in einem entsprechenden Sterilisationsbeutel oder Sterilisationscontainer verpackt und sterilisiert. Gerade Großspraxen und Kliniken mit einem hohen Durchlauf an aufzubereitenden Instrumenten müssen die Wiederaufbereitung unter großem Zeitaufwand abdecken. Daher ist das neue Washtray gerade für sie geeignet, Zeit zu sparen und den Personaleinsatz zu optimieren. Da mit dem Washtray alle rechtlichen Validierungsvorgaben zur maschinellen Aufbereitung und Sterilisation von Instrumenten eingehalten werden können, kann eine Aufbereitung insbesondere in einer Zentralsterilisation von Universitäten oder bei externen Aufbereitungsfirmen sicher und kostensparend erfolgen. ■

Weitere Informationen:

www.dentsplyimplants.de





Das iSy-Implantatsystem bietet nun auch 7,3 mm kurze Implantate, verschraubbare Esthomic Gingivaformer und zusätzliche prothetische Komponenten.

Camlog bietet mit den Implantat-Sets
mehr Einsatzmöglichkeiten

iSy ausgebaut

Das iSy-Implantatsystem von Camlog ist schlank, flexibel und überzeugt in der Praxis mit einfacher Handhabung, einem effizienten Workflow und günstigen Preisen. Nun hat der Hersteller das System erweitert und kommt damit dem Wunsch vieler Anwender nach, die iSy-Implantate in noch mehr Fällen einsetzen möchten.

Neu ins Produktprogramm aufgenommen wurden 7,3 mm kurze iSy-Implantate. Diese sind für Fälle mit eingeschränktem Knochenangebot geeignet und erweitern das Indikationsspektrum des Systems. Ebenfalls neu erhältlich sind direkt im Implantat verschraubbare Esthomic Gingivaformer, die Möglichkeit der Abformung auf Implantatniveau durch offene und geschlossene Abformpfosten sowie verschiedene prothetische Komponenten und Instrumente.

Die neuen iSy Esthomic-Abutments erlauben ästhetische, zementierte Rekonstruktionen. Ihr Austrittsprofil ist formkongruent mit dem der Esthomic Gingivaformer und Abformpfosten offener und geschlossener Löffel. Gleichzeitig wurde vom Hersteller die iSy-Implantatbasis auch für definitive Versorgungen freigegeben. Durch diese Erweiterungen stehen dem Behandlungsteam nun noch mehr Optionen offen – und dies unter voller Beibehaltung des ursprünglichen iSy Konzepts und dessen Vorteile an Einfachheit und Effizienz.

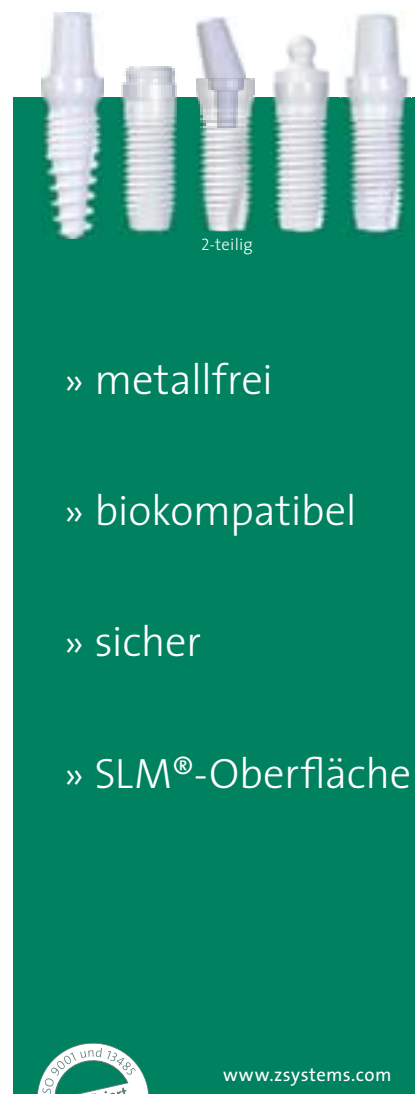
Das Konzept des iSy-Implantatsystems beruht auf den Implantat-Sets, die nicht nur ein beziehungsweise vier Implantate beinhalten, sondern wertvolle Zusatzeile. Diese sind die im Implantat vormontierten iSy-Implantatbasen, ein Einpatienten-Formbohrer, Gingivaformer und Multifunktionskappen zum Scannen, Abformen und provisorisch Versorgen. Gingivaformer und Multifunktionskappen bestehen aus PEEK und werden einfach auf die Implantatbasis aufgesteckt. ■

Weitere Informationen: www.isy-implant.de

swiss made

Zuverlässige, metallfreie
Implantate – im klinischen
Gebrauch seit 2004

Zirkonoxid Implantate
aus Zirkolith®



» metallfrei

» biokompatibel

» sicher

» SLM®-Oberfläche



www.zsystems.com



ZIRKOLITH®
by zsystems®

Henry Schein bietet individuelles Kommunikationstraining für Praxismitarbeiter

Patientenkommunikation als Erfolgsfaktor

Die Patientenkommunikation ist heute eines der zentralen Erfolgskriterien für Praxen. Patienten erwarten zunehmend ein geschultes Kommunikationsverhalten und reagieren sensibel, wenn das Praxisteam im Gespräch unsicher wirkt. Privatleistungen wie Cerec müssen vom gesamten Praxisteam überzeugend und souverän angeboten werden.

Unsicherheit und auch eine unterschiedliche Argumentation gefährden oft den Behandlungsplan. Speziell für Praxen, die Cerec-Leistungen anbieten, hat Henry Schein deshalb ein Kommunikationstraining entwickelt, in dem Praxismitarbeiter die nötige Sicherheit für Patientengespräche vermittelt wird.

sprache zu führen und potentielle Interessenten zu erkennen. Grundlegende Kommunikationstechniken wie das aktive Zuhören und die Einwandbehandlung bilden die Basis des Trainings und werden in Rollenspielen zu typischen Beratungssituationen eingeübt. Als Trainer konnte Henry Schein einen erfahrenen

auch ein exklusives Marketingpaket angeboten, mit dem die Cerec-Leistungen gegenüber den Patienten einfach und effizient dargestellt werden können. Ein großformatiges Wandbild mit dem Titel „Schöne Zähne in nur einer Behandlung“ platziert die Vorteile von Cerec aufmerksamkeitsstark in der Praxis. Informations-



Ziel der intensiven Schulung ist es, dass die Teilnehmer Privatleistungen professionell und mit Erfolg ansprechen. Der Zahnarzt kann so beispielsweise einen großen Anteil der Beratungsgespräche an sein Team delegieren und hat mehr Zeit für die eigentliche Behandlung. Im Kommunikationstraining wird gezeigt, wie Privatleistungen kompetent und überzeugend angeboten werden können. In nur eineinhalb Tagen erlernen die Teilnehmer zielgerichtete Beratungsge-

Kommunikationsexperten gewinnen. Der Coach kennt die Abläufe in der Zahnarztpraxis und passt die Trainings individuell an den Bedarf der Teilnehmer an. Kleingruppen sorgen für optimale Lernbedingungen.

Das Seminar ist Bestandteil des Rundum-Sorglos-Service-Paketes Cerec+, mit dem Henry Schein Praxen beim Einstieg in die Behandlung mit Cerec unterstützt. Im Bereich Patientenkommunikation wird

flyer für das Wartezimmer geben einen guten Überblick und können auch im Beratungsgespräch unterstützend eingesetzt werden. Ein weiterer Baustein des Paketes ist die Ausbildung zur zertifizierten Cerec-Assistenz, bei der die Praxismitarbeiter in nur eineinhalb Tagen die wichtigsten Arbeitsschritte lernen. ■

Weitere Informationen:

www.henryschein-dental.de

Neue Implantatlinie Cito mini
von Dentaureum Implants am Markt

In drei Schritten zum Erfolg

Die Firma Dentaureum Implants erweitert ihr Produktspektrum um das neue Cito mini. Es handelt sich hierbei um ein System einteiliger Implantate, das die minimalinvasive Insertion in nur drei Schritten erlaubt. Diese sind meist schon kurz nach dem Einsetzen belastbar und ermöglichen Patienten somit schnell ein Gefühl wiedergewonnener Lebensqualität. Die einteiligen Cito mini Kugelkopfimplantate sind in drei Durchmessern und jeweils zwei Längen erhältlich.

Das variabel einsetzbare Instrumentarium umfasst sechs Implantate. Die enthaltenen drei Bohrer dienen der auf die jeweilige Knochenqualität abgestimmten atraumatischen Aufbereitung des Implantatbetts. Dabei können Anwender die Bohrtiefe individuell regulieren, um eine maximale Primärstabilität zu erreichen. Die Cito mini-Implantate verfügen über die aus dem tioLogic ST-Implantatsystem bekannte, wissenschaftlich belegte [1,2] selbstschneidende Gewindegeometrie. Das



zylindrisch-konische Design der Implantate unterstützt eine optimale Lasteinleitung in den Knochen [3] und eine langfristige Stabilisierung von hybridgetragenen Zahnersatz. Cito mini-Implantate können transgingival und minimalinvasiv eingebracht werden. Je nach Ausgangssituation lassen sich mit den einteiligen Kugelkopfimplantaten vielfach augmentative Maßnahmen vermeiden. Somit ist von einer geringen Belastung für die Patienten auszugehen: ein Vorteil, der im Patientengespräch eine leichtere Zustimmung zum Behandlungskonzept unterstützt. Da in vielen Fällen eine Sofortbelastung dieser Implantate möglich ist, haben Patienten zudem schnell Freude an dem Gefühl wiedergewonnener Lebensqualität. Alle Bohrer und Zubehörkomponenten von Cito mini sind in einem platzsparenden, ergonomischen Tray untergebracht. Dabei ermöglicht das

Pick-up-Entnahmekonzept ein äußerst geradliniges und sicheres Arbeiten. ■



Weitere Informationen: www.dentaureum-implants.de

[1] I. Hasan, H. Stark, C. Bourauel: Biomechanische Untersuchungen des tioLogic ST Implantats; Universität Bonn 2012

[2] A. Rahimi, F. Heinemann, A. Jäger, C. Bourauel: Biomechanische Untersuchungen des Einflusses von Gewindevarianten des tioLogic Implantats, Universität Bonn 2006

[3] I. Hasan, C. Bourauel: Biomechanische Untersuchungen des Einflusses von Geometrievarianten des CITO mini Implantats; Universität Bonn 2014.

Ich bin 29 ...



Bodo Müller, einer der
Unternehmensgründer der m&k gmbh

... mit 30 Jahren Erfahrung

- m&k Komplettangebot für die Implantologie: Regenerationsmaterialien, die Implantatlinien *ixx2® light* und *Trias®* (1- und 2-teilig), Prothetikkomponenten u.v.m.
- m&k Team: kompetent, engagiert, zuverlässig
- m&k akademie: praxisorientierte, vielfältige, topaktuelle Fortbildungen



Implantologie,
das können die!

**m&k
dental
Jona**

Spezielle Dental-Produkte

Im Camisch 49

07768 Kahla

Fon: 03 64 24 | 811-0

mail@mk-webseite.de



facebook.com/mk.gmbh

Das Jeder-System: Sinuslift-Technologie mit hohem hydraulischen Druck

Minimalinvasiver Sinuslift mit 1,5 bar Druck

Das patentierte Jeder-System verbindet erstmals minimale Invasivität mit visueller Kontrolle in Echtzeit für den operierenden Arzt: Es beinhaltet einen Sicherheitsmechanismus für den Ersteintritt in den Sinus und stellt aufgrund der erreichten Aufbauhöhe (>9 mm) eine Alternative zum offenen Sinuslift dar.

Das Jeder-System (Abb.1) besteht aus den drei Teilen Jeder-Pumpe, Jeder-Fräse sowie dem sie verbindenden Schlauchset. Die Jeder-Fräse ist das eigentliche Arbeitsinstrument, die Jeder-Pumpe erzeugt Druck und Vibration und dient außerdem der laufenden Druck- und Volumenmessung.

Der Ablauf eines Sinuslifts mit dem Jeder-System gestaltet sich überblicksmäßig folgendermaßen: Die Mundschleimhaut wird gestanzt oder aufgeklappt („Flap“) und eine Sackbohrung bis knapp unter die Kieferknochengrenze gefräst. Dann wird die Jeder-Fräse druckdicht in die Sackbohrung gesteckt und mithilfe von physiologischer Kochsalzlösung (NaCl) hoher Druck (ca. 1,5 bar) sowie Schwingung (50 Hz) in der Druckkammer der Fräse aufgebaut. In dieser Druckkam-

mer wandert ein Fräser zentral zehntelmillimeterweise in Richtung Kieferhöhlenboden. Bei der ersten kleinsten Perforation („punktförmig“) des Restknochens drückt die NaCl-Lösung aufgrund des hohen Drucks die Schneider'sche Membran schlagartig von der Fräse weg, die sie verletzen könnte (Abb.2). Gleichzeitig zeigt der Druckabfall auf dem Display der Jeder-Pumpe dem Arzt den erfolgreichen Durchbruch durch den Restknochen an (Abb.3). Nach diesem Durchbruch durch den Restknochen löst die mithilfe der Jeder-Pumpe in Schwingung versetzte („oszillierende“) NaCl-Lösung die Membran weiter vom Kieferknochen ab. Durch die flächige Ablösung wird für das Knochenersatzmaterial wie beispielsweise BioOss Platz geschaffen, das nach Rückziehung der NaCl-Lösung eingebracht

wird. Der gesamte Vorgang wird mithilfe einer gurchgehenden Druck- und Volumenmessung als elektronisches File überwacht und dokumentiert.

Das Jeder-System verbindet somit erstmals minimale Invasivität mit visueller Kontrolle für den operierenden Arzt in Echtzeit und ist seit kurzem zudem durch die FDA auf dem amerikanischen Dentalmarkt registriert. „Das ist eine Voraussetzung für den Markteintritt in die USA und ein Qualitätsbeweis des Jeder-Systems“, freut sich Jeder-GmbH-CEO *Andreas Bayerle*. Ganz neu und für einige Interessenten ein zusätzlicher Anreiz: Das Jeder-System ist nun auch zu attraktiven Leasing-Konditionen erhältlich. ■

Weitere Informationen:

www.jedersystem.com



Abb. 1
Jeder-System:
Pumpe mit
Fräse sowie
verbindendes
Schlauchset



Abb. 2 Durch den hohen Druck wird die Schneider'sche Membran schlagartig von der Fräse weggedrückt



Abb. 3
Der Druckabfall auf dem Display der Jeder-Pumpe zeigt dem Arzt den erfolgreichen Durchbruch durch den Restknochen an



Schöner Brauch: immer wenn ein Glas mit den Titanschutzhüllen der FairOne-Verpackung voll ist, gibt es eine Party für das Praxisteam.

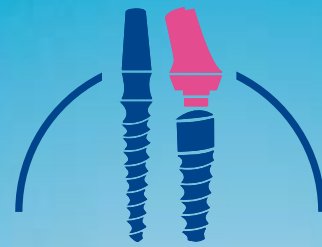
FairImplant feiert
zehn Jahre FairOne

Erfolgreich im Einsatz

Seit 2005 ist das Implantat FairOne erfolgreich im klinischen Einsatz. Die bei der Entwicklung beteiligten Implantologen setzten sich hohe Ziele für das einteilige Implantat. Die Einführung dieses Implantats setzte Maßstäbe hinsichtlich Primärstabilität, initialem Knochenkontakt und Schleimhautintegration.

Die Anwender schätzen die präzise Chirurgie und die guten prothetischen Gestaltungsmöglichkeiten. Nicht zuletzt können dem Patienten schonendere Eingriffe zu geringeren Gesamtkosten angeboten werden. Dies hilft den Praxen neue Patientenkreise zu erschließen. Viele erfahrene Implantologen nutzen das FairOne für mehr als 50 Prozent ihrer Fälle. Das Implantat wird ausschließlich in Deutschland nach strengen Qualitätsvorgaben produziert. Die Weiterentwicklung ist stetig. Um allen Indikationen gerecht zu werden, wurde das zweiteilige Schwesterimplantat FairTwo entwickelt. Mit FairWhite folgte kürzlich eine keramische Alternative. Zum Jubiläum ist ein Heft mit vielen beispielhaften Fällen unterschiedlichster Anwender erschienen, das auf Anfrage erhältlich ist. ■

Weitere Informationen:
www.fairimplant.de



KSI Bauer-Schraube

Das Original

Über 25 Jahre Langzeiterfolg



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

Das KSI-Implantologen Team freut sich auf Ihre Anfrage!

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

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

Mit Führungsherzlichkeit zur Herzlichkeitspraxis werden und Patienten begeistern

Mit Herz und Verstand

Die Zielsetzung ist nicht neu: Zusammen mit ihren Mitarbeitern bilden ambitionierte Praxen ein begeistertes Team, das durch eine optimale Betreuung die hohe Behandlungsqualität der Praxis für ihre Patienten noch besser erleb- und wahrnehmbar macht!

Für die Bildung eines begeisterten Teams braucht es naturgemäß Top-Mitarbeiter. Diese zu finden und langfristig an die Praxis zu binden, ist schwieriger geworden. Es herrscht zunehmend Fachkräftemangel. Die Auswirkungen:

- Praxen bewerben sich um Top-Kräfte und nicht umgekehrt
- Neben einer angemessenen Vergütung erwarten Top-Kräfte optimale Arbeitsbedingungen und „Karrierepläne“
- Teammotivation und das Führungsverhalten der Praxisleitung gewinnt an Bedeutung
- Die systematische Abwerbung hochtalentierter Kräfte ist kein Tabu mehr

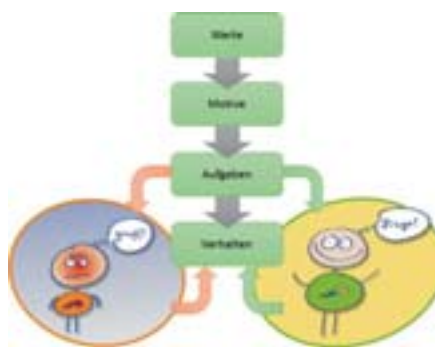
Mitarbeiterbindung durch wertebasierte Führung

Für Patienten ist das harmonische und freundliche Team einer der wichtigsten Vertrauensfaktoren. Im Umkehrschluss bedeutet das, Praxen mit einer hohen Mitarbeiter-Fluktuation laufen Gefahr, wichtige Patienten zu verlieren. Daher gilt es, die richtigen Mitarbeiter zu finden, zu gewinnen und langfristig zu binden!

Die Voraussetzung dafür ist es, den Mitarbeitern ein gutes Bauchgefühl und Anerkennung zu vermitteln. Die Psychologin *Dr. Maja Storch* hat sich eingehend mit dem Thema Bauchgefühl beschäftigt. Zur Erklärung der Bedeutung der in der Psychologie definierten somatischen Marker auf unsere Entscheidungen hat sie ein sehr anschauliches Synonym gefunden: Den „Wurm“! Ist der Wurm zufrieden („Bingo!“), ist die Leistungsbereitschaft der Mitarbeiter hoch. Ist er unzufrieden („grmpfl!“), sinkt die Leis-

tungsbereitschaft und es besteht die Gefahr, auf Dauer diesen Mitarbeiter zu verlieren.

Der Ausgangspunkt ist das individuelle Wertesystem eines Menschen, das wiederum seine Motive bestimmt. Weicht dieses eklatant von den Wertesystemen



der Kollegen und der Praxisleitung abweichen, wird es schwierig. Potentielle Wertekonflikte wirken sich auf die Qualität der Aufgabenerledigung aus und bestimmen nachhaltig das gesamte Verhalten des Mitarbeiters. Häufig reicht ein Wertekonflikt aus, um die Leistungsfähigkeit eines gesamten Teams zu stören. Das lässt sich vermeiden.

Beim Konzept „Führungsherzlichkeit“ werden zunächst die Wertesysteme aller Mitarbeiter und der Praxisleitung abgeglichen und ein Konsens hergestellt. Anschließend werden die Aufgaben-Profile der Mitarbeiter „wurmgerichtet“ gestaltet und im gleichen Zuge die Arbeitseffizienz gesteigert. Werteprofile können zudem für die Neugewinnung von Führungskräften herangezogen werden.

Systematische Praxisführung mit der „Quadrantensanierung“ von HowAreYouDoc

Praxisführung muss die Bereiche Mitarbeiter, Prozesse, Patienten und Finanzen berücksichtigen. Um die Praxis zukunftsfähig zu machen, darf keiner der Bereiche



fehlen. Entscheidend ist die Einhaltung der Reihenfolge. In jedem Bereich wird die Zielerreichung jeweils mit nur einer Kennzahl gemessen und als Tacho dargestellt. Wir bei Mind-QM nennen dieses System „Quadrantensanierung“. Am Ende steht Ihre Herzlichkeitspraxis – und das können wir Ihnen sogar zertifizieren. Das System Führungsherzlichkeit wird alternativ in Coachings vorort oder in Chef-Lehrgängen unserer Akademie vermittelt beziehungsweise gemeinsam entwickelt. Der erste Chefkurs 2016 beginnt am 22. April 2016 in Stuttgart. ■

Heiko Häckelmann und Harald Gensler

Weitere Informationen:
www.hayd.info

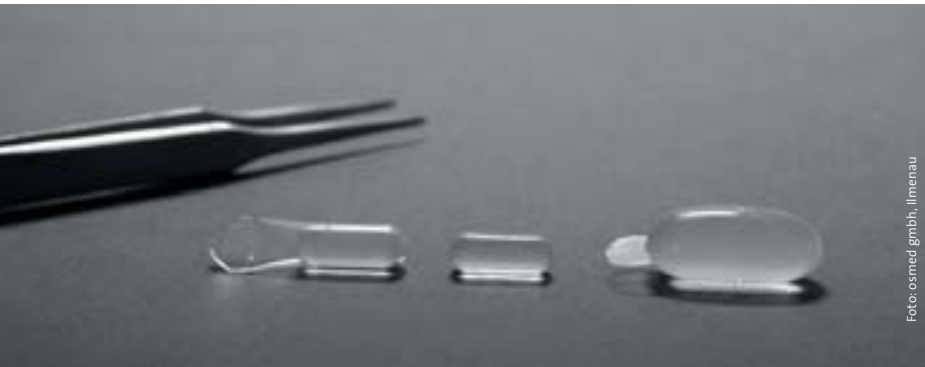


Foto: osmed gmbh, Ilmenau

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

osmed-Gewebeexpander auf Hydrogelbasis für eine spannungsfreie plastische Deckung

Augmentieren ohne Risiko

Knochenaugmentationen scheitern häufig an fehlendem Weichgewebe. Dies gilt vor allem für die vertikale Komponente. Durch Einsatz von osmed-Gewebeexpandern auf Hydrogelbasis lässt sich gezielt Weichgewebe für die spannungsfreie plastische Deckung gewinnen.

Das Wirkprinzip ist eine kontrollierte osmotische Quellung mit dem Faktor 5 bis 7. Über einen Zeitraum von drei bis zwölf Wochen in Abhängigkeit von der Größe des Expanders nimmt der Expander Flüssigkeit aus dem umgebenden Gewebe auf. Nach der Explantation steht ausreichend hochwertiges Weichgewebe mit einer guten Vaskularisierung in Hart- und Weichgewebe für eine erfolgreiche Knochenaugmentation zur Verfügung. Expander für die oralchirurgische Anwendung werden seit vier Jahren erfolgreich eingesetzt, nachdem sie drei Jahre vorher an den Universitäten Charité Berlin, Medizinische Hochschule Hannover und Helmstad auf ihre Eignung für den Einsatz in der Oralchirurgie geprüft wurden. Mittlerweile gibt es 23 internationale Publikationen, die die Wirkungsweise und Effektivität der Dentalexpander belegen. ■

Weitere Informationen: www.osmed.biz



Das Weichgewebe im stark resorbierten Unterkiefer wird mit einem osmed-Gewebeexpander Cylinder Dental gedehnt und damit für die Knochenaugmentation vorbereitet (links: präoperativer Zustand, rechts: Zustand vor Explantation des Expanders)

Fotos: Dr. Dogan Kaner (Abteilung für Zahnärztliche Kunde und Parodontologie, Charité Berlin)

MINVALUX BLACK



Instrumente für eine Minimal **IN**VAsive **LUX**ation

Vorteile der Keramikbeschichtung:

- Extrem strapazierfähig und lange Standzeit
- Enorme Abriebfestigkeit, daher geringerer Verschleiß
- Blendfreie Oberfläche - keine störenden Lichtreflektionen
- Mikroskopisch glatte Oberfläche
- Gewebeschonend, biokompatibel, antiallergen
- Einfache Reinigung und Sterilisation

K KOHLER
MEDIZINTECHNIK

Bodenseestrasse 14-16
78333 Stockach / Germany
Tel.: +49 7771 64999-0
Fax: +49 7771 64999-50
www.kohler-medizintechnik.de

Hu-Friedy ermöglicht schmerzlose und schnelle Ermittlung des Zahnfleischtypus

Jede Therapie optimieren

Die Auswahl einer für den Patienten geeigneten Behandlung unterstützen Colorvue Biotype-Sonden von Hu-Friedy. Mit ihnen kann die Gingivakonsistenz anhand unterschiedlich markierter, farbiger Kunststoffspitzen schnell und schmerzlos ermittelt und der individuelle Zahnfleischtypus exakt bestimmt werden.

Die Beurteilung des Gewebes erfolgt meist durch bloßes Schätzen. Studien zufolge liegen jedoch selbst erfahrene Behandler bei der Einstufung in dünn, mittel oder dick in 50 Prozent der Fälle falsch. Das nichtinvasive Sondensystem von Hu-Friedy hingegen liefert zuverlässig korrekte Ergebnisse, dabei sind die Kunststoffspitzen so filigran, dass bei der Untersuchung das Gewebe unversehrt bleibt. Der achtsame Umgang mit dem Zahnhalteapparat und der maximale Gewebeerhalt sind vor allem für die Parodontologie, Implantologie und Kieferorthopädie von Bedeutung. Hier ist eine auf den gingivalen Biotyp abgestimmte Therapie besonders wichtig, denn vor



Mit Colorvue Biotype-Sonden von Hu-Friedy kann der individuelle Zahnfleischtypus exakt bestimmt werden.

allem bei dünnerem Gewebe führt jede Verletzung zu Rezessionen oder Retraktionen und damit zu bleibenden Schäden und ästhetischer Beeinträchtigung. Colorvue Biotype-Sonden von Hu-Friedy haben feine Spitzen aus Harz, sind für bis zu 30 Anwendungen ausgelegt und werden auf ergonomischen Griffen aus Satin Steel platziert. Entwickelt wurden die Instrumente von *Dr. Tiziano Testori* und *Dr. Giulio Rasperini*. Beide haben sich als Autoren von Veröffentlichungen zu Mundgesundheit und Gewebeintegrität einen ausgezeichneten Ruf erworben. ■

Weitere Informationen:

www.hu-friedy.eu

Torsten Klapdor von medidentas erklärt Wissenswertes zum Thema Honorarberatung

Wirtschaftlich unabhängig

Sie arbeiten viel für Ihr Geld. Aber arbeitet Ihr Geld auch für Sie? Die Anzahl der Tage pro Monat, die Sie nicht in Ihrer Praxis oder Klinik sein müssen und trotzdem alle Kosten gedeckt sind, zeigt Ihnen den Grad Ihrer wirtschaftlichen Unabhängigkeit. Nur, wie ist die Anzahl dieser Tage zu erhöhen? Jedenfalls nicht mit den Verkaufsideen der Bankangestellten und Finanzvertriebe. Diese Gespräche sind von Interessenkonflikten belastet und verursachen lediglich „Finanzkaries“. Sie brauchen einen schlauen Finanzfahrplan, einen unabhängigen, qualifizierten Rat und Konsequenz in der Umsetzung.

Nur mal angenommen Sie wollten mit 55 nicht mehr arbeiten müssen – was ist dann zu tun? Wirklich gesunde Finanzen sind die Grundlage, genauso wie eine schlüssige Strategie. „Taylor Made“-Beratungen stellen Ihr Ziel der wirtschaftlichen Unabhängigkeit in den Mittelpunkt aller Aktivitäten und sorgen dafür, dass ihr Geld auch wirklich nur für Sie arbeitet.

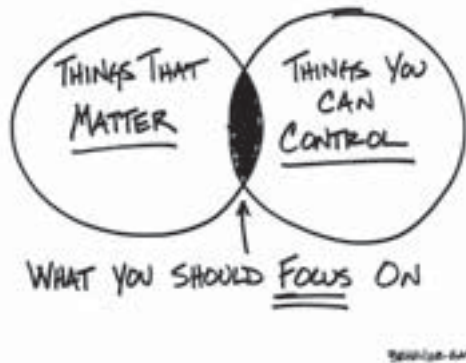
For Health in Finance – zwei Erfolgspfeiler

Alles beginnt mit dem richtigen „Finanzfahrplan“. Darin legen Sie Ihre finanziellen Ziele möglichst genau fest. Es ist nicht ausreichend zu sagen, dass man eine gute Rente haben oder vermögend werden möchte. Viel wichtiger ist es, zu wissen, welches Vermögen genau oder

welchen monatlichen Zahlungseingang Sie auf Ihrem Konto zu welchem Zeitpunkt haben möchten. Schreiben Sie Ihren Finanzfahrplan zur Erreichung Ihres Ziels auf und starten Sie sofort. Sofort ist dabei wörtlich gemeint und wirklich sehr wichtig. Premiumplanungsprogramme wie zum Beispiel von der Firma Gschwind unterstützen Sie dabei. Sie halten den Status Quo – sprich Ihr Ziel, ►

den Zeitpunkt und den Weg dahin – exakt fest. Beschäftigen Sie sich dann regelmäßig mit Ihrem Finanzfahrplan. Die Zielerreichung wird übrigens wahrscheinlicher, wenn Sie zusätzlich dieses Ziel anderen, Ihnen wichtigen Menschen mitteilen.

Nun benötigen Sie ein durchdachtes Konzept. Ein Blick auf die Vorgehensweisen von sehr vermögenden Menschen lohnt sich durchaus. Diese Strategien können Ihnen als Blaupause dienen. Erfolgreiche Investoren konzentrieren sich ausschließlich auf die Fakto-



ren, die Sie selbst beeinflussen können. Das Einkommen soll aus mehreren Quellen stammen. Langfristige Entscheidungen, wie die gezielte Investition in die richtigen Immobilien, sind von beson-

derer Bedeutung. Richtig investiert und kostengünstig verwaltet, produzieren diese Häuser schon zum Kaufzeitpunkt ein „passives Einkommen“. Um jegliche Interessenkonflikte zu vermeiden, wird dieses Team oft erfolgsorientiert vergütet. Je mehr Vermögen Mandant und Beraterteam schaffen, desto besser. Ein heute 35 Jahre alter Zahnarzt kann mit der beschriebenen Strategie durchschnittlich 8,7 Jahre früher in Rente oder „weg vom Stuhl gehen“.

■

Weitere Informationen:
www.medidentas.de

Ligosan Slow Release von Heraeus Kulzer feiert fünfjähriges Jubiläum

Keime lokal bekämpfen

Lokalantibiotika bieten Zahnärzten in der adjuvanten Therapie chronischer und aggressiver Parodontitis eine wichtige Behandlungsoption. So steht Ligosan Slow Release von Heraeus Kulzer bereits seit fünf Jahren für optimierte Wirkung, einfache Anwendung und hohe Verträglichkeit [1]. Rund 140 000 Patienten konnten Zahnärzte seither mit dem 14-prozentigen Doxycyclingel versorgen.

Ligosan Slow Release ergänzt seit 2010 die nicht-chirurgische Standardtherapie für Parodontitis (Scaling und Rootplaning, SRP) bei Erwachsenen. So bestätigt eine aktuelle Studie die wirksame Behandlung chronischer und aggressiver Entzündungen mit Doxycyclin bei einer Taschentiefe von ≥ 5 mm [1]. Unter der Annahme, dass nur einzelne Patienten wiederholt behandelt werden, konnten Zahnärzte bis heute bereits rund 140 000 Patienten versorgen.

Die Zahlen sprechen dafür, dass mittlerweile viele Anwender das Lokalantibiotikum in Gelform einsetzen. Dank der niedrigviskosen Konsistenz von Ligosan Slow Release können auch schwer zugängliche Bereiche ohne operativen Eingriff therapiert werden. Die geringe Dosierung infolge der lokalen Applikation minimiert systemische Nebenwirkungen [2]. Dies ist ein wichtiger Aspekt, wenn der Pa-

tient zeitgleich weitere Medikamente einnimmt, wie beispielsweise bei Diabetes mellitus oder einer Herz-Kreislauf-Erkrankung. Eine unkomplizierte Behandlung verhindert zudem Compliance-Probleme, denn der Wirkstoff wird kontinuierlich über mindestens zwölf Tage freigesetzt.

Bereits zum dreijährigen Jubiläum überzeugte Ligosan Slow Release in einer deutschlandweiten Anwendungsbeobachtung [1] unter Praxisbedingungen im Hinblick auf Produktsicherheit, Wirksamkeit und Handhabung. Dabei unterstrichen Zahnärzte und Patienten durchweg die gute Verträglichkeit. Auch die systemische Übersichtsarbeit von *Matesanz-Pérez et al.* konnte nachweisen, dass lokale Antibiotika ergänzend zum SRP eine signifikante klinische Wirksamkeit besitzen. Im Rahmen der Auswertung von 52 Studien mit chronischer Parodontitis



Jubiläum von Ligosan Slow Release: Lokalantibiotikum feiert fünf Jahre Anwendung in der Praxis.

zeigte lokal angewendetes Doxycyclin besonders bei tiefen oder rezidivierenden Taschen eine signifikante Reduktion der Sondierungstiefe [3].

Literatur beim Hersteller

Weitere Informationen:
www.heraeus-kulzer.de

Bego Implant Systems veröffentlicht neue Ausgabe von Close Up – The open Access

„Das Schulterdesign – Maschinierete versus mikrostrukturierte Implantatschulter – Was ist besser?“

Das Konzept von Close Up – The Open Access ist aufgegangen, die Ausgaben zu den Themen „Barrieremembranen“ und „Periimplantitis“ sind mit großem Interesse aufgenommen worden. Mit dem Thema „Das Schulterdesign – Maschinierete versus mikrostrukturierte Implantatschulter – Was ist besser?“ veröffentlicht Bego Implant Systems die mittlerweile dritte Ausgabe des Journals im Wissenschaftsportal der Homepage.

Das Design der Implantatschulter wird von *Dr. Tim Fienitz* anhand aktueller Studien diskutiert. Neben der Oberflächenbeschaffenheit und Mikroarchitektur der Implantatschulter, die einen Effekt auf die Plaqueakkumulation und damit einhergehend auf das Infektionsrisiko haben, wird des Weiteren auf das Platform Switch eingegangen. Jeder Patient bringt unterschiedliche Voraussetzungen für eine implantologische Behandlung mit, dem bei der Wahl des Implantatsystems Rechnung getragen werden muss. Dem Behandler sollte die Möglichkeit gegeben werden, die geeigneten Implantateigenschaften patientenbezogen zu wählen. „Die Bego Implant Systems bietet den



Anwendern zwei unterschiedliche Implantattypen mit integriertem Platform Switch an: die Bego Semados RS-Line ist mit einer maschinieren Schulter ausgestattet, wohingegen die RSX-Line eine Mikrostrukturierung bis zur prothetischen Schnittstelle hat“, sagt *Dr. Nina Chuchracky*, Direktor des Produktmanagements bei Bego Implant Systems. Das Close Up – The Open Access Portal portraitiert aktuelle Aspekte aus dem wissenschaftlichen Umfeld der dentalen Implantologie aus der Nähe. ■

Weitere Informationen:
www.bego.com/closeup

Gemeinsame Pressemitteilung der Metoxit AG und der FairImplant GmbH

Handelsname: FairWhite

Ab sofort wird das keramische Dentalimplantat Ziraldent der schweizerischen Metoxit AG von der Hamburger FairImplant GmbH unter dem Handelsnamen FairWhite vertrieben und fachlich betreut. Dies betrifft auch die bisher von der Metoxit betreuten Anwender aus der Anwendungsbeobachtung.

Der schweizerische Keramikspezialist Metoxit AG entwickelt und produziert seit mehr als 35 Jahren sichere und zuverlässige Medizinprodukte aus Oxidkeramiken. Als wesentliche Innovation

führte Metoxit den HIP-Prozess in die Keramikfertigung ein. Darunter versteht man das heiß-isostatische Nachverdichten (Hot Isostatic Postcompaction), das die Zuverlässigkeit und Sicherheit gegen

Brüche hochsignifikant erhöhte. Mit FairImplant steht dem implantierenden Zahnarzt ein kompetenter Partner zur Verfügung, der auf zehn Jahre erfolgreiche Anwendung der einteiligen Titan- ▶

implantate FairOne zurückblickt. Das FairWhite rundet das FairImplant-System gut ab.

Wie bei FairOne und FairTwo liegt ein Designkonzept vor, das bestmöglichen initialen Knochenkontakt und höhere Primärstabilität bietet. Die chirurgischen Protokolle entsprechen sich ebenfalls. Die Kooperation stellt sicher, dass Ziraldent-Anwender sich darauf verlassen können, dass ihre Fragen jederzeit individuell und zeitnah beantwortet werden und zugleich die systematische Weiterentwicklung des Systems sichergestellt ist. ■

Weitere Informationen:
www.fairimplant.de



Stefan Leyen (CEO Metoxit AG) überreicht anlässlich der Übergabe der Verantwortung für den Vertrieb und die Kundenbetreuung dem FairImplant Geschäftsführer Jörn Thurow symbolisch ein Implantationstray.



REGEDENT
smart regeneration

OSSIX® PLUS

Zuverlässig – gerade wenn es darauf ankommt

- Verlässliche Barriere-Membran bis zu 6 Monaten
- Schützt das Augmentat selbst bei frühzeitiger Exposition
- Exzellente dokumentierte Bioverträglichkeit und Gewebeeintegration

Glauben Sie nicht?
Kontaktieren Sie uns noch heute!



Sichern Sie sich unser Angebot für Erstbesteller!

Erstbesteller-Angebot:
 5 + 1 inkl. kostenfreiem Versand. OSSIX® PLUS ist erhältlich in:
 15 mm x 25 mm für 104,20 €, 25 mm x 30 mm für 130,25 €, zzgl. MwSt., Gültig bis 31.12.2015.

REGEDENT GmbH | Phone + 49 (0) 93 24 - 6 04 99 27 | info@regedent.com | www.regedent.com

SKY fast & fixed bridge kit von breident medical für die Sofortversorgung

Noch schneller, noch einfacher

Die Sofortversorgung zahnlos werdender Kiefer ist nun mit dem SKY fast & fixed bridge kit von breident medical schnell und einfach. Das SKY fast & fixed bridge kit ist ein handliches Komplettsset zur Herstellung von temporären Brücken für den Ober- und Unterkiefer, direkt nach dem chirurgischen Eingriff. Es verhindert neben dem mühsamen Umarbeiten vorhandener Prothesen, das Zusammenstellen einzelner Materialien, was zu einer Beschleunigung und Vereinfachung des prothetischen Protokolls und somit der Behandlung führt.

Die SKY fast & fixed-Therapie wurde in Zusammenarbeit mit erfahrenen Implantologen, Prothetikern und Zahntechnikern entwickelt und ist die optimale Sofortversorgung für zahnlos werdende Kiefer. Seit 2007 wurden mehr als 22 000 Patienten in der Praxis erfolgreich versorgt. Zudem wurde die Therapie anhand klinischer Studien dokumentiert sowie wissenschaftlich belegt und bietet einen deutlichen Mehrwert: Die Implantation im ortständigen Knochen mit anguliert gesetzten Implantaten sichert einen dauerhaften Implantaterfolg.

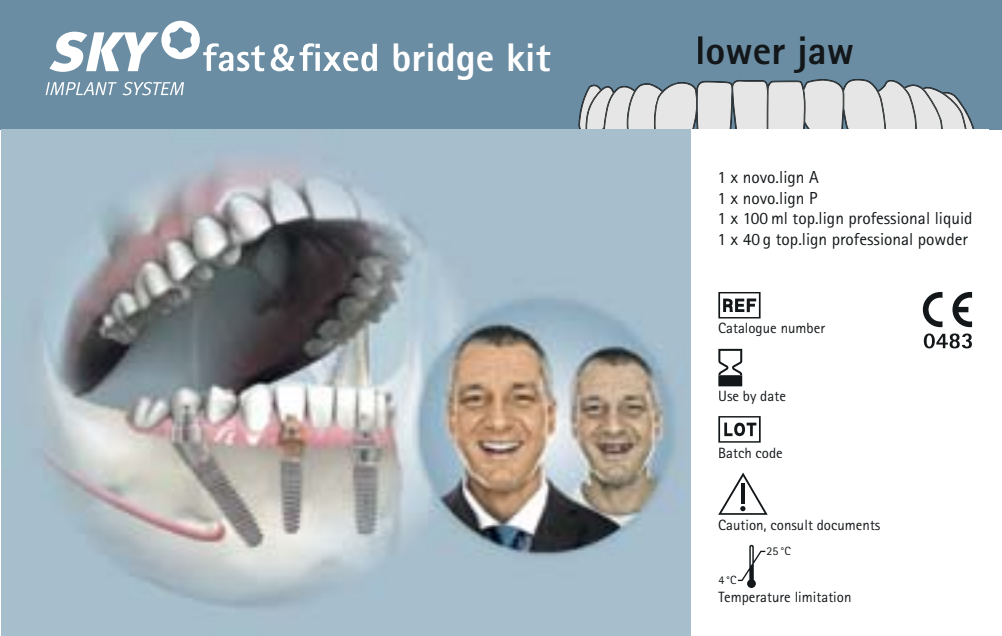
Die Implantate werden während der OP mit Abutments versorgt, was einen zweiten chirurgischen Eingriff überflüssig macht. Somit ist kein Abutmentwechsel nötig, wodurch die Gingiva nicht zusätzlich traumatisiert wird. Die schnelle Herstellung der temporären Brücke ist dabei der wesentliche Schlüssel zum Erfolg.

Damit das Team von Zahnmedizinern und Zahntechnikern dies noch schneller und einfacher verwirklichen kann, stellt breident medical das SKY fast & fixed bridge kit zur Verfügung. Dabei handelt es sich um ein Komplettsortiment zur Herstellung und Individualisierung von temporären Brücken für den Ober- und Unterkiefer. Mühsames Zusammenstellen der benötigten Materialien oder das Umarbeiten vorhandener Prothesen ist damit vorbei.

Im handlichen Set ist alles enthalten, was zur Herstellung therapeutischer Langzeitprovisorien benötigt wird und ist bereits während der OP direkt vor Ort. Der An-

spruch nach Stabilität und Ästhetik der temporären Brücke wird durch die visio.lign-System-Materialien des SKY fast & fixed bridge kits erfüllt. Seit 2008 hat

breident top.lign professional-Kunststoff bei. Dieser weist wesentlich bessere mechanische Eigenschaften auf, sodass auf ein Metallgerüst verzichtet werden kann.



SKY fast & fixed bridge kit
IMPLANT SYSTEM

lower jaw

1 x novo.lign A
1 x novo.lign P
1 x 100 ml top.lign professional liquid
1 x 40 g top.lign professional powder

REF
Catalogue number

LOT
Batch code

CE
0483

Use by date

Caution, consult documents

Temperature limitation
4°C - 25°C

breident medical

SKY fast & fixed bridge kit

sich die Verwendung der novo.lign-Verblendschalen aus dem visio.lign-System mit einem Kronen- und Brückenmaterial bewährt. Bereits 5,8 Millionen Zähne wurden in mehr als 750 000 Versorgungen eingesetzt.

Dem Set liegen die Verblendschalen in der Zahnfarbe A3 sowie der empfohlene

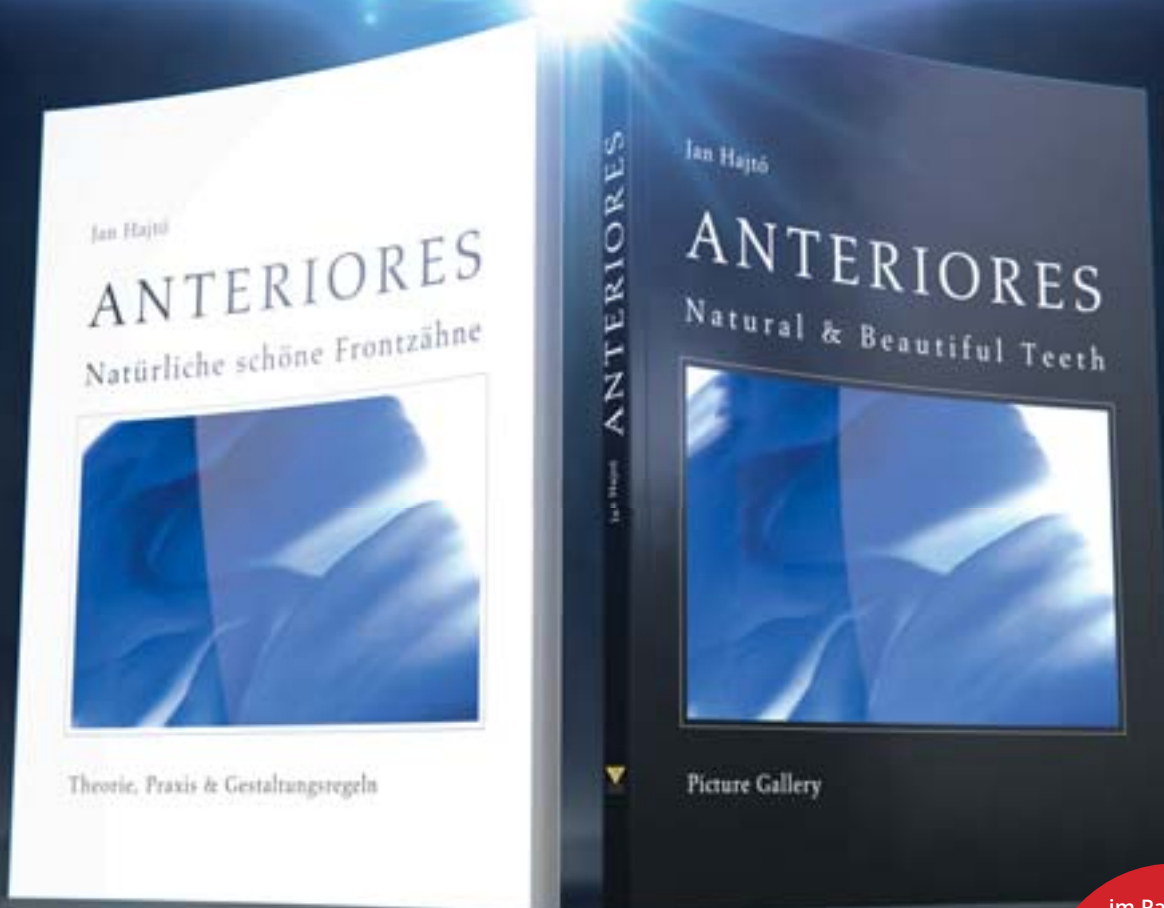
Darüber hinaus ist es für den definitiven Zahnersatz freigegeben. Durch das SKY fast & fixed bridge kit wird die Bestellung für den Anwender deutlich vereinfacht und beschleunigt. ■

Weitere Informationen:

www.breident-medical.com

Neuaufgabe 2015

BESTSELLER IM SPARPAKET



Aufgrund hoher Nachfrage jetzt in neuer Auflage:

Anteriores Band 1:

Theorie, Praxis und Gestaltungsregeln

Theoretische Aspekte schöner Zähne und ihre Beziehung zum lächelnden Gesicht. Der natürliche, individuelle Formenreichtum. Regeln zur Erzielung einer schönen Frontzahnreihe. Verständlich, illustrativ und didaktisch sinnvoll erläutert.

Anteriores Band 2:

Picture Gallery

Eine hervorragende Sammlung natürlich schöner Frontzahnreihen. Als Arbeitsbuch für die ästhetische Planung und Herstellung. Als Kommunikationshilfe zwischen Zahnarzt, Patient und Zahntechniker. Anschaulich und inspirierend.

im Paket nur
€ 239.00

statt € 268.00

Bequem bestellen unter:

www.dental-bookshop.com

oder Mail an service@teamwork-media.de, Fon +49 8243 9692-16, Fax +49 8243 9692-22

tw
media
THE DENTAL
PUBLISHERS

Zhermack

Acrycem Implant Semi

Beim Acrycem Implant Semi des Herstellers Zhermack handelt es sich um einen semi-permanenten Zement für die Befestigung von implantatgetragenen Suprakonstruktionen. Er kann sowohl für die provisorische als auch für die langzeitprovisorische Befestigung verwendet werden. Damit ist eine leichte, kontrollierte Expansion für besonders guten Randschluss möglich, was dem Eindringen von Bakterien vorbeugt. Der Zinkgehalt sorgt

für eine antibakterielle Wirkung und die geringe Filmdicke ermöglicht eine gute Passgenauigkeit. Acrycem Implant Semi bietet eine gewollt niedrige Druckfestigkeit von 40 MPa. Dadurch ergibt sich eine besonders gute stoßabsorbierende und elastische Wirkung. Durch die leichte Entfernbarkeit bei gleichzeitig hoher und dauerhafter Haftung vereint der Zement die Vorteile von permanenten und provisorischen Zementen in sich. ■



Weitere Informationen:

www.zhermack.de

BioHorizons

Mem-Lok Pliable

Mem-Lok Pliable ist eine resorbierbare, feste und zugleich formbare Barriere-membran mit einer Standzeit von 12 bis 16 Wochen. Die zelloklusiv Membran besteht aus einschichtigem intaktem Kollagen porcinen Ursprungs. Die dichte und gleichmäßige Schicht ist nicht seitenspezifisch und kann daher beidseitig verwendet werden. Mem-Lok Pliable zeichnet sich durch eine hohe Nahtreiß-



festigkeit aus. Zu den Anwendungsgebieten zählen das Auffüllen von Extraktionsalveolen, Kieferkammaugmentationen, Knochenaufbau zum Setzen des Implantats sowie Parodontaldefekte. ■

Weitere Informationen:

kundenservice.de@biohorizons.com

Komet Dental

Periimplantitis-Set 4656

Mit dem Periimplantitis-Set 4656 hat der Zahnarzt alle Instrumente für eine chirurgisch/resektive Periimplantitisbehandlung zur Hand. Gemeinsam mit Dr. Martin Dürholt aus Bad Salzuflen entwickelte Komet acht Hartmetallinstrumente in Ei- und Flammenform (H379/H379UF und H48L/H47LUF) für die intraorale Titanbearbeitung. Jedes Instrument steht in zwei Größen (1,4 und 2,3 mm) als Rotring mit normaler Verzahnung und formkongruent als Weißring mit ultrafeiner

Verzahnung zur Verfügung. Je nach Form und Länge ermöglichen die Spezialinstrumente die Glättung des Implantatgewindes selbst in schwer zugänglichen, tiefen Arealen. Sie werden im roten Winkelstück „gegen den Uhrzeigersinn“ um das Implantat herum sicher geführt. Das Ergebnis ist eine glatte, saubere Titanoberfläche, die der Plaque zukünftig wenig Retentionschance gibt. Damit bietet das Set 4656 die beste Prognose für eine sichere Fortbehandlung. ■



Weitere Informationen:

www.kometdental.de



Basiswissen Diagnostik Therapie



Leseprobe



GERD CHRISTIANSEN

Das Kiefergelenk verstehen

Wie bewegt sich ein gesundes Kiefergelenk? Wie diagnostiziert man das?
Wo steht der Kondylus im gesunden Gelenk?
Durch die systematische Arbeitsanleitung von Gerd Christiansen entsteht für den Leser ein völlig neues, klares, vor allem aber faszinierendes Bild der Funktion und Dysfunktion dieses Gelenks.

ISBN 978-3-00-039806-3, 338 Seiten, 580 Abbildungen

179,- Euro

Bequem bestellen unter:

www.dental-bookshop.com

oder Mail an service@teamwork-media.de, Fon +49 8243 9692-16, Fax +49 8243 9692-22



Geistlich

Combi-Kit Collagen

Die Kombination aus Geistlich Bio-Oss Collagen (100 mg) und der Kollagenmembran Geistlich Bio-Gide (16 x 22 mm) bietet als Geistlich Combi-Kit Collagen eine einfache Lösung für die Behandlung alveolärer Knochendefekte nach Zahnextraktion sowie kleinen Augmentationen. Bei Wissenschaftlern und Praktikern findet diese Kombination immer häufiger ihre Anwendung. „Das Alveolenmanagement mit Geistlich Bio-Oss Collagen – und bei kompromittierter Alveole zusätzlich mit Geistlich Bio-Gide – ist für

mich ein Muss, um ein funktionelles und ästhetisches Behandlungsergebnis zu erreichen“, erklärt *Dr. Karl-Ludwig Ackermann* aus Filderstadt. Experten empfehlen die Biomaterialien von Geistlich wegen der wissenschaftlichen Dokumentation, der langjährigen klinischen Erfahrungen und des anwenderfreundlichen Handlings. ■

Weitere Informationen:
www.geistlich.de



Thommen Medical

Smartbrane „Mini“

Thommen Medical Deutschland GmbH vertreibt gemeinsam mit der Regedent GmbH die kleinste derzeit am Markt erhältliche Kollagenmembran. Diese stellt eine besonders wirtschaftliche Lösung bei der Behandlung kleiner Defekte dar. Die Smartbrane ist eine native, resorbierbare Kollagenmembran aus porcinem



Perikard und neben dem Mini-Format von 10x10 mm auch in den Standard-Größen 15x20, 20x30 und 30x40 mm verfügbar. ■

Weitere Informationen:
www.thommenmedical.com

synMedico

Infoskop

Zahnärzte, die Abläufe in ihrer Praxis verbessern, Patienten multimedial informieren und die Umsätze steigern möchten, finden in infoskop die Lösung: Die von synMedico entwickelte und auf dem iPad realisierte Anwendung erfüllt diese und viele weitere Anforderungen. Die Bedienung und Integration in die vorhandene Software-Infrastruktur gestalten sich einfach. Patienten- und Anamnesebögen werden auf dem Touchscreen ausgefüllt, der Arzt führt die Pa-

tientenaufklärung am tragbaren Gerät durch oder informiert mit hinterlegten Grafiken und Videos oder anhand importierter Röntgenbilder über die unterschiedlichen Möglichkeiten, zum Beispiel beim Zahnersatz. Alle am iPad geleisteten Aufklärungsaktivitäten werden automatisch protokolliert und vom Patienten elektronisch signiert. Damit werden Leistungen, Kosten und Eingriffe anschaulich vermittelt und vor allem rechtskonform dokumentiert. ■



Weitere Informationen:
www.infoskop.de



Der Anstoß zur perfekten Komposit-Restauration

ZA Ulf Krueger-Janson

Komposit 3D **Natürliche Farb- und Formgestaltung**



Einer der weltweit renommiertesten Experten für funktionell-ästhetische Komposit-Chairside-Techniken präsentiert **die praxistaugliche Arbeitsanleitung** für perfekte Komposit-Restaurationen.

Unkomplizierter Schichtaufbau, Tipps für den Umgang mit Materialien und Gerätschaften sowie ausgesuchte Patientenfälle.

Ein Bestseller, der durch Didaktik, Gestaltung und brillante Bebilderung besticht.

Hardcover, 264 Seiten, rund **1.300 Abbildungen**
ISBN: 978-3-932599-28-6

Jetzt für 178,- Euro!



Leseprobe

Bequem bestellen unter:

www.dental-bookshop.com

oder Mail an service@teamwork-media.de, Fon +49 8243 9692-16, Fax +49 8243 9692-22



Regedent

Bond Apatite

Bond Apatite ist ein synthetischer Knochenzement basierend auf biphasischem Calciumsulfat in Kombination mit einem Hydroxylapatit-Granulat. Es wird in einer speziell entwickelten gebrauchsfertigen Zweikammerspritze geliefert, die sowohl das Knochenersatzmaterial als auch die zur Aktivierung notwendige Flüssigkeit enthält.

Werden die beiden Komponenten vermischt, ergibt sich eine Paste, die direkt

auf die Defektstelle appliziert werden kann. Auch unter Anwesenheit von Blut oder Speichel wird eine 100 prozentige Primärstabilität erzielt. Dies ermöglicht eine vereinfachte sichere Verwendung bei dentalen und maxillofazialen Indikationen. Nach der Augmentation wird die BCS-Matrix schnell und vollständig resorbiert. Das langsam resorbierende HA-Granulat bewirkt eine verlängerte Volumenstabilität. ■



Weitere Informationen:

www.regedent.com

Straumann

Variobase Sekundärteil-Sortiment

Mit zusätzlichen Variobase Sekundärteilen vergrößert Straumann die Gestaltungsmöglichkeiten von Restaurationen. Bei höheren Kronen bietet Straumann jetzt ein Variobase Sekundärteil mit 5,5 mm Schafthöhe, der bei Bedarf bis auf 3,5 mm gekürzt werden kann. Bei mehrgliedrigen Restaurationen ermöglicht die neue Variobase für Brücke oder Steg flexible Lösungen. Die konische Form mit Spiralgwinde sowie die Di-



mensionen des Referenzrands bilden die Voraussetzungen für Langzeitstabilität von Brücken- oder Stegversorgungen. Die Variobase für Cerec bietet die Originalverbindung zwischen Implantat und Restauration für Sirona-Anwender. Sie ist mit den am Markt erhältlichen Materialblocks sowie Scankörpern kompatibel. ■

Weitere Informationen:

www.straumann.de/variobaseinfos

Blue M

Blue M

Die Zahncreme Blue M enthält eine hohe Konzentration an aktivem Sauerstoff, der zum Teil aus Honigenzymen stammt, und ist speziell zur Pflege von Implantaten bestimmt. Dabei sorgt Blue M mithilfe von aktivem Sauerstoff für eine bessere Heilung von entzündetem oder verletztem Zahnfleisch. Er besitzt eine positive Wirkung auf den Heilungsprozess von Wunden im Mundraum. Dabei regt aktiver Sauerstoff den Zellstoffwechsel und

die Energieproduktion an, steigert die Zellvermehrungsrate und Epithelneubildung und fördert die Kollagensynthese und Hautfestigkeit. Des Weiteren steigert es die antibakterielle Tätigkeit sowie die Gefäßentwicklung und fördert die Revaskularisierung und die Signaltransduktion des Wachstumsfaktors. ■

Weitere Informationen:

www.bluem-care.de





Profitieren auch Sie von einer **Mitgliedschaft** im BDIZ EDI

Ja, ich interessiere mich für eine Mitgliedschaft im BDIZ EDI. **Bitte kontaktieren Sie mich.**

Name, Vorname _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Telefax _____

E-Mail _____ Homepage _____

Geburtsdatum _____ Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie seit _____ Curriculum Implantologie seit _____

absolviert bei _____ verliehen von (Bitte Zertifikat in Kopie beifügen!) _____

Per Fax an 0228 93592-46

Ich interessiere mich für folgende Mitgliedschaft:

Ordentliche Mitgliedschaft (Jahresbeitrag)

- Niedergelassener Zahnarzt 345,00 €
- Assistenz Zahnärzte, Berufsanfänger bis zum fünften Jahr nach der Approbation (das iCAMPUS-Programm übernimmt diesen Mitgliedsbeitrag zwei Jahre lang) 172,50 €
- Familienmitglieder/Mehrfachmitgliedschaft aus einer Praxis für die Zweitmitgliedschaft 172,50 €

Außerordentliche Mitgliedschaft (Jahresbeitrag)

- Kooperative Mitglieder (nicht niedergelassene Zahnärzte und Zahntechniker) 165,00 €
- Studenten der Zahnmedizin beitragsfrei
- Fördernde Mitglieder (z. B. Firmen etc.) 530,00 €



BDIZ EDI · An der Esche 2 · 53111 Bonn
Fon +49 228 9359244 · Fax +49 228 9359246
office-bonn@bdizedi.org · www.bdizedi.org

Termine / Ausschreibungen

Datum	Veranstalter	Ort	Anmeldung/Info	Thema	Referent
Februar 2016					
07.02.2016	BDIZ EDI	Köln	www.bdizedi.org	11. Expertensymposium	Diverse Referenten
Mai 2016					
26.–28.05.2016	Quintessenz Italien BDIZ EDI	Verona/Italien	www.quintessenzaedizioni.com	2. Internationaler Quintessenz-Kongress 10. Europa-Symposium	Diverse Referenten
26.–28.05.2016	Mectron	Sestri Levante	www.mectron.de	Piezosurgery Intensiv Kurs	Diverse Referenten
Juni 2016					
25.06.2016	BDIZ EDI	Bremen	www.bdizedi.org	26. Gutachterkonferenz	Diverse Referenten

Impressum

BDIZ EDI konkret Journal für die implantologische Praxis**Herausgeber:**

Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V. (BDIZ EDI)
An der Esche 2 · 53111 Bonn · Fon +49 228 93592-44 · Fax +49 228 93592-46
office-bonn@bdizedi.org · www.bdizedi.org

Chefredaktion: Anita Wuttke V.i.S.d.P. (AWU) · BDIZ EDI

Fon +49 89 72069-888 · wuttke@bdizedi.org

Chef vom Dienst: Kerstin Jung (KJ) · teamwork media GmbH

Fon +49 8243 9692-33 · k.jung@teamwork-media.de

Redaktion BDIZ EDI: Christian Berger (BER), Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller (ZOE),
Dr. Detlef Hildebrand (HIL), Dr. Heimo Mangelsdorf (MAN), Dr. Jörg Neugebauer
(NEU), Prof. Dr. Thomas Ratajczak (RAT), Dr. Renate Tischer (RTI), Marianne Stein-
beck (STE), Dr. Stefan Liepe (LIE), Dr. Hans-Hermann Liepe (HHL)

Verlag: teamwork media GmbH

Hauptstraße 1 · 86925 Fuchstal · Fon +49 8243 9692-0 · Fax +49 8243 9692-22
service@teamwork-media.de · www.teamwork-media.de

Inhaber: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln (100 %)

Geschäftsführung: Dieter E. Adolph**Leserservice:** Kathrin Schlosser · teamwork media GmbH

Fon +49 8243 9692-16 · Fax +49 8243 9692-22
k.schlosser@teamwork-media.de

Anzeigen & PR: Marianne Steinbeck · MS Media Service

Badstraße 5 · 83714 Miesbach · Fon +49 8025 5785 · Fax +49 8025 5583
ms@msmedia.de · www.msmedia.de

Es gilt die Preisliste der aktuellen Mediadaten.

Anzeigendisposition: Sarah Kruschik · teamwork media GmbH

Fon +49 8243 9692-13 · Fax +49 8243 9692-22 · s.kruschik@teamwork-media.de

Layout: Christoph Csokas**Titelseite:** Kai Sprenger**Druck:** Gotteswinter und Aumaier GmbH

Joseph-Dollinger-Bogen 22 · 80807 München · Fon +49 89 323707-0

Erscheinungsweise: 4 x im Jahr**Bezugspreis:** Einzelheft 7,- Euro, Jahresabo 24,- Euro jeweils inkl. Versand.

BDIZ EDI konkret kann direkt beim Verlag abonniert werden. ISSN: 1862-3727

Bankverbindung Verlag:

Raiffeisenbank Fuchstal-Denklingen eG

IBAN DE03 7336 9854 0000 · 4236 96, BIC GENO DE F1 FCH

Urheber/Verlagsrecht:

Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder wird keine Haftung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskriptes gehen das Recht der Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Alle in dieser Veröffentlichung enthaltenen Angaben, Ergebnisse usw. wurden von den Autoren nach bestem Wissen erstellt und von ihnen und dem Verlag mit größtmöglicher Sorgfalt überprüft. Gleichwohl sind inhaltliche Fehler nicht vollständig auszuschließen. Daher erfolgen alle Angaben ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie des Verlags oder der Autoren. Sie garantieren oder haften nicht für etwaige inhaltliche Unrichtigkeiten (Produkthaftungsausschluss).

Die in Texten genannten Präparate und Bezeichnungen sind zum Teil patent- und urheberrechtlich geschützt. Aus dem Fehlen eines besonderen Hinweises bzw. des Zeichens ® oder ™ darf nicht geschlossen werden, dass kein Schutz besteht.

Alle namentlich gezeichneten Beiträge geben die persönliche Meinung des Verfassers wieder. Sie muss nicht in jedem Fall mit der Meinung der Redaktion übereinstimmen.

Copyright by teamwork media GmbH · Gerichtsstand München

infoskop® – Ihr neues Werkzeug für zeitgemäße Patientenkommunikation



infoskop fügt sich in die vorhandene EDV-Umgebung der Praxis ein. Praxiseigene Medien wie Röntgenbilder sind unmittelbar am iPad nutzbar. Das System macht Abläufe deutlich effizienter, steigert den Workflow spürbar und dokumentiert im Hintergrund lückenlos. So bleibt mehr Zeit für den Patienten.

Vereinbaren Sie noch heute einen unverbindlichen Beratungstermin mit unserem Außendienst unter Telefon 05 61 / 76 64 06 – 0 oder einfach per E-Mail an mediaberater@synmedico.de

- Multimedial informieren
- Rechtskonform dokumentieren
- Vertrauen festigen
- Umsätze steigern

Überzeugt? Neugierig? Dann...

Telefon 05 61 / 76 64 06 – 0
E-Mail info@synmedico.de

www.synmedico.de

The logo for synMedico, featuring the word "syn" in a blue sans-serif font and "Medico" in a black sans-serif font, with a stylized orange and white arc above the "i" in "Medico".

Heraeus Kulzer

Mitsui Chemicals Group

cara

cara I-Bridge[®] angled

Entdecken Sie unsere direkt verschraubten Implantatbrücken mit höchster Präzision!

- ▶ Angulation um bis zu 20°
- ▶ Das Original – seit 10 Jahren international am Markt erhältlich
- ▶ Für alle gängigen Implantatsysteme
- ▶ 5 – 20 Jahre cara Garantie



cara makes life so easy